



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
CENTRO DE POSGRADO  
MAESTRÍA EN SALUD MENTAL**

# **AUTOPERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS MAYORES**

**Autor:**

Lic. Esp. Marisa Machado Santarelli

**Tutor:**

Prof. Esp. Margarita Garay Albarracín

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

**Montevideo, 2020**



**AUTOPERCEPCION DE LA CALIDAD DE VIDA  
DE LAS PERSONAS MAYORES**

Tesis para la obtención del título de Magister en Salud Mental en el marco del Programa de Maestrías

**Autora**

**Lic. Esp. Machado Santarelli Marisa**

**Tutora**

**Prof. Esp. Margarita Garay Albarracín**

**Montevideo- Uruguay 2020**

## Ficha Calcográfica



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA  
Centro Universitario de Rivera



Ituzaingó 667 – Rivera (ciudad) Tel./Fax: +598 4622 6313

Rivera, 7 de octubre de 2019

### CENTRO UNIVERSITARIO DE RIVERA- BIBLIOTECA

#### Constancia de tutoría

Por la presente la Biblioteca del Centro Universitario de Rivera de la Universidad de la República deja constancia que

Lic. Marisa Machado Santarelli

Lic. María Cecilia Luquez Galeano

- estudiantes de la Facultad de Enfermería, Centro de Postgrado, cumplieron con las instancias de corrección de los aspectos formales de presentación y corrección de citas bibliográficas a cargo de la Biblioteca.

Título: Autopercepción de la calidad de vida de las personas mayores

Sello



*Magali Iváñez*  
Firma, Magali Iváñez  
Jefa de Sección Biblioteca  
Región Noreste  
Universidad de la República

## Hoja de aprobación



Plan Maestrías

Montevideo, 19 de Abril de 2020

IX. Aspectos éticos. En los casos de plagio o ejecución por terceros se considerará reprobado el Trabajo de Tesis, se calificará con 0 (cero) y se derivará al estudiante al Comité de Ética de la Institución estableciéndose las sanciones correspondientes.

### ANEXO 1:

ACUERDO PARA TESIS DE MAESTRÍA ENTRE TUTOR Y TESISTA

Fecha: 19/04/2020 Maestría; Salud Mental, Generación: 2014

Estudiante: Marisa Machado

Tutor: Margarita Garay Albarracín

Título de proyecto de tesis:  
mayores

Autopercepción de la calidad de vida de las personas

En mi calidad de Tutor doy el aval para la presentación del informe final de la tesis mencionada.

Estudiante

Tutor

## **Índice General**

Dedicatoria.....	I
Agradecimientos.....	II
Epígrafe.....	III
Índice de tablas.....	IV
Índice de gráficos.....	VI
Resumen.....	VII
Abstract.....	VIII

### ***Dedicatoria***

*A mi Madre y hermanas por su amor y su apoyo incondicional durante estos años de tesis para lograr mi meta y seguir adelante.*

*A Joaquín por Acompañarme en los buenos y en los malos momentos por brindarme alegría.*

*A mis dos compañeras incondicionales Andrea y Virginia en los momentos más difíciles siempre estuvieron presentes para darme aliento*

## ***Agradecimientos***

*A mi tutora, por ser una gran persona y profesional, por sus enseñanzas y conocimientos brindados para el logro de este trabajo.*

*A mi compañera de Tesis.*

*A mi profesor de estadística por su ayuda y compromiso*

*Mis compañeros que han estado firme, Leandro, Mariela, Inés, Verónica y María.*

*A tod@s del departamento de Adulto y Anciano.*

*A la Profesora Magister Miriam Costabel, ex directora del departamento de Adulto y Anciano.*

## **Epígrafe.**

La presente tesis titulada: “Autopercepción de la Calidad de Vida de las personas; Consta de siete capítulos de los cuales desarrollados en Título de la investigación, introducción, antecedentes, justificación, objetivos, hipótesis y marco teórico. Segundo capítulo donde se describe el diseño metodológico, enfoque, alcance, identificación de las variables y dimensiones de la escala de Fumat. Unidad de análisis, cálculo de la muestra instrumento de medición y puntuación de la misma. Capítulo tres donde se presentan los datos y se analizan las dimensiones de la escala de Fumat. Cuarto capítulo análisis y discusión de los datos. Quinto se dedica a la triangulación de la metodología de destacar los resultados más relevantes de la investigación. Sexto la bibliografía empleada y por últimos los anexos



## Índice de tablas

Tabla N° 1:.....	33
Distribución de frecuencias según sexo de los integrantes de la muestra.	
Tabla N° 2.....	41
Distribución individual de los componentes de la dimensión BE según las preguntas	
Tabla N° 3.....	46
Distribución individual de la dimensión BF según las preguntas	
Tabla N° 4:.....	50
Distribución de la componente de la dimensión BM en los integrantes de la muestra	
Tabla N° 5.....	55
Distribución de las componentes de las dimensiones RI de los individuos de la muestra	
Tabla N°6.....	61
Distribución de la valoración de la calidad de vida de las distintas preguntas de la escala Fumat	

## Índice de gráficos

Gráfico N° 1:.....	34
Distribución de frecuencias relativas según sexo de los integrantes de la muestra	
Gráfico N° 2.....	35
Distribución de frecuencias de la edad según sexo de los integrantes de la muestra.	
Gráfico N°3:.....	36
Distribución de frecuencia relativa de la edad, facetado según sexo	
Gráfico N°4.....	37
Distribución de frecuencia relativa de la autopercepción de la dimensión BE	
Gráfico N°5:.....	38
Distribución de frecuencia relativa de la autopercepción del BE según mujeres y hombres integrantes de la muestra.	
Gráfico N°6.....	39

Distribución bivariada de la frecuencia relativa de la autopercepción de la dimensión BE y edad en los individuos de la muestra.

Gráfico N° 7:..... [42](#)

Distribución de frecuencia relativa de la autopercepción de la componente de la dimensión BF

Gráfico N. °8..... [43](#)

Distribución de frecuencia relativa de la autopercepción del BF según mujeres y hombres integrantes de la muestra.

Gráfico N° 9..... [44](#)

Distribución bivariada de frecuencias relativas de la autopercepción de la componente de la dimensión BF y edad en los individuos de la muestra.

Gráfico N°10..... [47](#)

Distribución de frecuencia relativa de la autopercepción de la componente de la dimensión BM

Gráfico N.11..... [48](#)

Distribución de frecuencia relativa la autopercepción del BM según mujeres y hombres integrantes de la muestra.

Gráfico N°12..... [49](#)

Distribución bivariada de la frecuencia relativa de la autopercepción de la componente de la dimensión BM y edad en los individuos de la muestra.

Gráfico N°13..... [52](#)

Distribución de frecuencia relativa de la autopercepción de la dimensión RI

Gráfico N°14..... [53](#)

Distribución de frecuencia relativa la autopercepción del RI según mujeres y hombres integrantes de la muestra

Gráfico N°15 Distribución bivariada de la frecuencia relativa de la autopercepción de la componente de la dimensión RI y edad en los individuos de la muestra..... [54](#)

Gráfico N° 16..... [57](#)

Distribución de la valoración de la calidad de vida según la puntuación desarrollada por la escala Fumat en los integrantes de la muestra

Gráfico N.º17.....58

Distribución de frecuencia relativa de la valoración de la calidad de vida según mujeres y hombres integrantes de la muestra.

Gráfico N.º 18.....59

*Distribución bivariada de la frecuencia relativa de la valoración de la calidad de vida y edad en los individuos de la muestra.*

Cuadro del perfil de la calidad de vida desarrollada para la escala Fumat.....63

## Resumen

La investigación: autopercepción de la calidad de vida de las personas mayores, ha sido elaborado por una estudiante de la Maestría en Salud Mental, Centro de Posgrado de la Facultad de Enfermería, enero a febrero 2020.

El objetivo del estudio es conocer cómo percibe un grupo de personas mayores su calidad de vida con la aplicación de la “Escala de Fumat”, según las puntuaciones obtenidas de las dimensiones de la escala de Fumat: bienestar físico, emocional, y material, así como las relaciones interpersonales.

Es un estudio descriptivo, de corte transversal en una población de personas mayores que viven en complejos habitacionales públicos. El tipo de muestreo es no probabilístico por conveniencia, ya que la selección fue según los criterios de inclusión. El Instrumento utilizado fue la escala de FUMAT y se categorizaron las variables socio demográficas.

La muestra fue de 74 mujeres y 36 hombres. De los resultados se destaca que un 25% de las personas mayores obtuvo puntuaciones más altas de la escala. Por lo que se trata de un conjunto de personas mayores en los cuales independientemente de la edad y el sexo desarrolla un perfil de calidad de vida bueno, que es auto percibido por los mismos como satisfecho. Las hipótesis planteadas en el estudio no se rechazaron.

Las palabras claves o descriptores utilizadas en el buscador De CS y BVS:

Autopercepción; Calidad de vida; Adultos Mayores

## **Abstract**

The purpose of the following research is the “Self-perception of the quality of life of the elderly”, and it has been done by a specialist graduate in order to obtain a “Masters Degree in Mental Health”, from the Graduate Center of the UDELAR Nursing School, from January to February 2020.

Methodologically Descriptive, transversal and cross-sectional study in a population of older people living in public housing, from January to February, 2020; in Montevideo, Uruguay.

The type of sample is non-probabilistic for convenience, since the selection was according to an inclusive criterion. Instrument applied is the Fumat Scale, so to characterize the socio-demographic variables scale with respect to the physical wellbeing, as well as emotional and material. The same with interpersonal relationships

Regarding the results obtained, it can be pointed out that the study population corresponded to 74% women and 36% men. The assessment of quality of life through the Fumat Scale; 27 items (individual score from 27 to 108). From the results it is remarkable that the 25% of the older people got the highest marks on the scale. So it is a group of older adults in which regardless of age and sex, they develop a good quality of life profile, which is self-perceived by them with satisfaction. This hypothesis is not rejected

The keywords or descriptors used in the DeCS and BVS search engine:

Self-perception; Quality of life; Older adults

## Contenido

Dedicatoria.....	I
Agradecimientos.....	II
Epígrafe.....	III
Índice de tablas.....	IV
Índice de gráficos.....	V
Resumen.....	VII
Abstract.....	VII
Capítulo I.....	1
1. Título de trabajo.....	1
1.1 Introducción.....	1
1.2 Antecedentes de la investigación.....	4
1.3 Justificación de la investigación.....	11
1.4 Pregunta problema.....	14
1.5 Objetivos de investigación.....	15
1.6 Objetivos específicos.....	15
1.7 Enunciado de las hipótesis de investigación.....	15
1.8 Marco teórico.....	16
1.8.1 Calidad de vida y envejecimiento.....	16
1.8.2 Calidad de vida y percepción de salud.....	18
1.8.3 Calidad de vida y salud mental.....	22
1.8.4 Modelo de Enfermería Roper-Logan-Tierney.....	23
1.8.5 Dimensiones e indicadores de calidad de vida.....	24
Capítulo II.....	25

2.0	Diseño metodológico.....	25
2.1	Enfoque de la investigación.....	25
2.2	Alcance de la investigación.....	25
2.3	Identificación y definición de variables y sus definiciones.....	25
2.4	Cuadro de variables, dimensión e indicadores (Anexo 7.2).....	27
2.5	Caracterización de la población(Anexo 7.3).....	28
2.6	Unidad de análisis y cálculo de la muestra.....	28
2.7	Instrumentos de medición y puntuaciones de la escala de Fumat.....	30
	Capítulo III.....	33
3.1	Presentación de los Resultados.....	33
3.1.1	Perfil de la muestra.....	33
3.1.2	Análisis de las Dimensiones de la Escala Fumat.....	37
3.1.2.1	Análisis de la Dimensión Bienestar Emocional.....	37
3.1.2.2	Resumen de la dimensión Bienestar Emocional.....	41
3.1.2.3	Análisis de la dimensión Bienestar Físico.....	42
3.1.2.4	Resumen de la dimensión Bienestar Físico.....	47
3.1.2.5	Análisis de la Dimensión Bienestar Material.....	47
3.1.2.6	Análisis de la dimensión Relaciones Interpersonales.....	51
	Capítulo IV.....	57
4.1	Análisis y discusión de resultados de las dimensiones de la escala FUMAT.....	57
4.2	Analisis.....	65
	Capitulo V.....	68
5.1	Conclusiones.....	68
5.2	Sugerencias.....	73
	Capítulo V I.....	75
6.1	Referencias bibliográficas.....	75
6.2	Lista de abreviaturas y de siglas.....	83

Capítulo VII.....	84
7.0 Anexos:.....	84
7.1 Dimensiones de la calidad de vida.....	84
7.2. Ficha Técnica del instrumento.....	90
7.3 Operacionalización de las variables.....	91
7.4 Puntuación de las respuestas.....	92
8.5 Autorización para la utilización del instrumento.....	94
7.6 Validación del instrumento.....	95
7.7 Instrumento Escala de Fumat.....	101
7.8 Salidas de RS.....	105
7.8.1 Anexo Bienestar Emocional.....	105
7.8.2 Anexo Bienestar físico.....	105
7.8.3Anexo Bienestar Material.....	106
7.8.4Anexo Relaciones Interpersonales.....	106
7.8.5 Anexo Escala Fumat.....	107
7.9 Consentimiento informado.....	108
7.10 Consideraciones éticas.....	111
7.11 Autorizaciones.....	156
7.12 Aval del comite de Etica.....	159
7.13 Autorización del autor del instrumento.....	160
7.14 Plan de trabajo.....	161



## **Capítulo I**

### **1. Título del trabajo**

*Autopercepción de la calidad de vida de las personas mayores*

#### **1.1 Introducción**

El informe de la Investigación: autopercepción de la calidad de vida de las personas mayores, ha sido elaborado por la licenciada especialista perteneciente a la Maestría en Salud Mental, del Centro de Posgrado de la Facultad de Enfermería, en el período de enero a febrero 2020.

El objetivo del estudio es conocer cómo percibe un grupo de personas mayores su propia calidad de vida con la aplicación de una escala técnica denominada “Escala de Fumat”.

El tema ha sido avalado por la comisión académica de posgrado (CAP) el 16 de diciembre de 2019.

La Facultad de Enfermería es referente en la formación de profesionales en Enfermería, así como de Auxiliares de Enfermería a nivel de enseñanza pública de nuestro país.

Desde el Departamento de Enfermería en Salud Mental (ENSAME), el objetivo es aportar conocimientos teórico – prácticos desde un perfil de Enfermería Profesional en Salud Mental, para la construcción del rol de enfermería por lo que esta línea de investigación es un área nueva para investigar.

El Departamento de Salud del Adulto y Anciano cuyo objetivo es implementar los procesos, inherentes a la enseñanza, investigación y la extensión en salud en el Adulto y Anciano considera de importancia esta línea de investigación.

La autopercepción de la calidad de vida (concepto proveniente y ampliamente estudiado en la Psicología Social) de un sujeto viene dada por una mirada objetiva que son las variables sociodemográficas, económicas, culturales e históricas en las que ese individuo se encuentra inserto, así como el aspecto subjetivo que viene dado por las características individuales de carácter psicosocial de cada persona.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2016), la calidad de vida “es la percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses”.

En cuanto al concepto de la calidad de vida se ve influido por los aspectos bio-sico-social y culturales de las personas mayores, así como los factores del entorno donde se desarrolla su vida, los determinantes de la salud y la satisfacción de sus necesidades básicas.

La evaluación de la calidad de vida es necesaria para el desarrollo de planes y estrategias de atención centrados en este grupo para su atención en los servicios de salud. El aumento de la esperanza de vida en la población de personas mayores amerita que se realicen estudios que aporten datos actuales y conocimientos sobre su auto percepción (p. 1).

Según el informe de la OMS (2017) sobre salud mental y adultos mayores:

Investigar sobre la salud mental de las personas mayores cobra importancia ya que es un grupo vulnerable. Un 15 % sufre de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) a las que se agregan trastornos en su salud mental debido a las condiciones socio económicas en las que transcurre su vida. Sumado a su riesgo de vulnerabilidad se agrega la ausencia de referentes familiares que los apoyen, la disminución de sus ingresos económicos, el cambio y condiciones de la vivienda, así como el entorno donde se encuentra la misma, la pérdida de amigos, pueden actuar como factor desencadenante de ansiedad, angustia, aislamiento social, que puede llevar a la depresión e incluso al intento de autoeliminación.

Por otra parte, los autores Martínez, González, Castellón y González (2018) afirman que:

Enfrentar el fenómeno del envejecimiento poblacional desde el punto de vista social y en el orden individual contribuye a que los adultos puedan envejecer con mayor calidad de vida. Por lo tanto, el desafío radica en enfocar acciones de Enfermería con un enfoque de equipo multidisciplinario (El envejecimiento, la vejez y la calidad de vida: ¿éxito o dificultad?, 2018, vol. 8 (1), pp59.60.

Así mismo Paredes (2017), afirma en su artículo:

Las personas mayores de 60 años son más de un 12% de la población mundial y mediados de este siglo puede alcanzar el 21%, esto traerá como consecuencia cambios en la composición de la población, el entorno y la familia porque la esperanza de vida se extiende (Paredes M. El proceso de envejecimiento demográfico en el Uruguay y sus desafíos. *Boletín de envejecimiento y Derechos de las personas mayores*, 14. p. 1).

En nuestro País, el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), se propuso dar una mayor cobertura al acceso a la salud, con una mayor calidad asistencial y priorizando en una de sus metas la atención de los adultos mayores ya que este grupo es un sector importante de la población.

Con el estudio propuesto se espera contribuir a la mejora en el abordaje de las personas mayores por parte de los profesionales de enfermería y el equipo de salud.

## **1.2 Antecedentes de la investigación**

Se realizó la búsqueda bibliográfica sistemática en los siguientes portales académicos: Descriptores de Ciencias de la Salud (Decs), Biblioteca Virtual de Salud (BVS), Timbó, Scielo, Pub Med, Lilacs y Colibrí.

Las palabras claves o descriptores utilizadas en el buscador DeCS y BVS:

Autopercepción, Calidad de vida; Adultos Mayores

A nivel nacional se encontró una investigación realizada por estudiantes de la Facultad de Enfermería de Montevideo, Uruguay en el año 2014 sobre “El Perfil de calidad de vida en adultos mayores institucionalizados en un centro residencial”, los resultados del estudio fueron los siguientes:

Con una muestra conformada de 13 Adultos Mayores de 65 años institucionalizados en un residencial, se halla una tendencia positiva de la calidad de vida en 8 dimensiones, 5 se encontraron por encima del percentil 50. Por debajo del percentil

50, las áreas más vulnerables fueron bienestar emocional, bienestar material y bienestar físico (p.1).

Con respecto a investigaciones sobre percepción de calidad de vida se encontraron a nivel internacional los siguientes antecedentes.

En el año 2006 una investigación realizada Galli (2006), "Autopercepción de calidad de vida: un estudio comparativo" resume que:

"El concepto Calidad de Vida tiene un componente objetivo, determinado por las condiciones socioeconómicas, y un componente subjetivo que es la autopercepción del bienestar individual. La psico educación ofrece recursos para mejorar la calidad de vida de las personas modificando la percepción y el afrontamiento de las 67condiciones externas. Se investigó si la calidad de vida subjetiva se relaciona con los niveles de calidad de vida objetiva en tres ciudades de la República Argentina" (Galli, D, 2006, (8), p. 85-106).

En el año 2009, otra investigación realizada en Perú por Coronado, Díaz, Apolaya, y

Arequipa (2009), con el propósito de "Evaluar la percepción de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de las personas adultas mayores e identificar qué características epidemiológicas están relacionadas con ello", llegaron a los siguientes resultados:

De los resultados se destaca que se encontró una población con predominio del sexo femenino (56,25%). El 52,75% mencionaron presencia de enfermedades sean agudas y/o crónicas y 18,3% mencionó consumir alguna sustancia psicoactiva (alcohol, tabaco, sedantes). Respecto a los resultados del estudio se puede observar que las dimensiones físicas, salud mental y vitalidad obtuvieron las puntuaciones más altas con el 72,75 %, 68,74%, y 64,61% respectivamente (Coronado, Díaz, Apolaya, y Arequipa, 2009, p5).

En México, en el mismo año, en una clínica de medicina familiar, Peña, Terán, Moreno y Bazán (2009), estudiaron a los participantes que tuvieran algún tipo de enfermedad, el objetivo fue “Conocer la percepción de la calidad de vida del adulto mayor.

Los resultados del estudio fueron que el 18.7% mencionó sentirse nada satisfecho con su salud, 20% reportó insatisfacción en la relación con sus hijos y 24.7% consideró valerse por sí mismo para realizar actividades de manera regular. Como conclusión la percepción de calidad de vida se relaciona de manera directa con las relaciones interpersonales (Peña, B., Terán, M, Moreno, F y Bazán, M. 2009, p. 53. 61).

En un artículo publicado sobre autopercepción de los adultos mayores sobre la vejez, Garay y Avalos (2009), encontraron una asociación entre la percepción sobre la salud física y el estado mental de las personas adultas mayores.

En el año 2011, en Santiago de Chile, Urzúa, Bravo, Ogalde y Vargas (2011),

Realizaron cuestionarios a Adultos mayores pertenecientes a agrupaciones gubernamentales y no gubernamentales de la ciudad de Antofagasta y concluyeron:

La muestra estuvo constituida por 406 participantes, de los cuales 359 pertenecían a organizaciones sociales (88,4%) y 47 Adulto mayor contactados por redes informales (11,6%). El 82,5 % eran mujeres y el 17,5% hombres. La edad osciló entre los 60 y los 90 años, con una media de 71 años (en la muestra total. El 76,1% de los evaluados reportaron presencia de enfermedades diagnosticadas, siendo las más frecuentes la hipertensión arterial (19%), diabetes mellitus (9,9%) y las músculo-esqueléticas (9,6%). Independientemente de la presencia de una enfermedad diagnosticada, 38,4% de las personas perciben sentirse enfermas, mientras que 57,4% no se sentía enfermo (Urzúa, Bravo, Ogalde y Vargas 2011, p. 139).

En un estudio realizado en el año 2011 en la Universidad de Veracruzana, Hernández, Sánchez y Vázquez (2011), sostienen:

Con el objetivo de detectar las respuestas que las personas mayores, que se perciben como sanas, ofrecen a la cuestión sobre cómo han hecho para llegar saludables a edades mayores a los 60 años. Encontraron que la generalidad de las declaraciones se inclina hacia el hecho de que el apoyo social y familiar influye de manera preponderante en su estado de salud, así como no haber cambiado radicalmente su forma de vivir después de los sesenta años. Otro aspecto que reportan es la práctica de ejercicio y una alimentación adecuada. Además, se detectó que el componente psicológico influye fuertemente tanto en

la percepción como en el estado real de ubicarse como saludables. (Hernández, Sánchez y Vázquez, 2001, pp. 17 a 24, 2011).

Otra investigación en el año 2014, en Colombia, en el estudio de “Calidad de vida relacionada con la salud en Medellín y su área metropolitana”, García, Héctor, Vera y Lugo (2014), consideran para esta investigación:

La calidad de vida (CV) relacionada con la salud es el componente de esta que se refiere a la percepción que tienen las personas sobre su capacidad para tener una vida útil y desarrollar sus potencialidades y en especial sobre su salud global y el impacto de las enfermedades y tratamientos sobre ella. Los resultados encontrados fueron que el 54,4% eran hombres que presentaron puntuaciones mayores que las mujeres en todas las dimensiones de la calidad de vida, en salud mental el porcentaje fue de 64,1% hombres respecto a un 22,5% en mujeres (García, Héctor, Vera y Lugo, 2014, p 152).

Sobre la misma temática Garza y González (2015) realizan la primera revisión del Cuestionario de Calidad de Vida para Adultos Mayores en Comunidad.

El alcance de la investigación caracteriza a una muestra en nueve dimensiones que abarcan el bienestar general, las necesidades económicas, la autonomía, la autodeterminación y plan de vida, el trabajo y ambiente, el bienestar intra subjetivo y las redes de apoyo social del adulto mayor, están basadas en el modelo propuesto por Verdugo Alonso (2009). Se lograron identificar factores culturales, emocionales y sociales. Se identificó la estructura de la calidad de



vida percibida en el adulto mayor y se integró un modelo factorial de siete componentes y la autopercepción que los adultos tienen sobre su propia vida, su satisfacción con aspectos de salud física y mental, las redes de apoyo y la capacidad para tomar decisiones y su nivel de funcionalidad física y social (José González T y Rosa Garza S, 2015, p 20).

Otro aporte lo brinda Velásquez (2017) en su tesis realizada en la Universidad de Arequipa, Perú, trató sobre calidad de vida en el Adulto Mayor:

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 (Velásquez, L Haydee .2017, p 138).

En el mismo año un artículo extraído de Chile, referido a los factores asociados al bienestar subjetivo en los adultos mayores, San Ramón, Toffoletto, Oyanedel, Salfate y Reynaldos (2017), sostienen:

Se demuestra que el bienestar subjetivo fue correlacionado con indicadores de salud, demográficos y sociales. La satisfacción con la vida se asoció con mayor edad; ser hombre; participación en organizaciones sociales; estar casado o convivir en pareja; tener estudios superiores; mayor ingreso; buena percepción

del estado de salud; mejor atención sanitaria (San Ramón, Toffoletto, Oyanedel, Salfate y Reynaldos, 2017, p 26).

Otro estudio citado por los autores Pinheiro, Alvarez y Pires.

Con el objetivo de configurar el rol de enfermería en los cuidados brindados a las personas mayores en el contexto de la Atención Primaria de Salud (APS), destacó la necesidad de pasar de acciones centradas en el ámbito biológico hacia acciones centradas en el ámbito social. Relevan la realización de actividades individuales, grupales y familiares valorizando el contexto sociocultural del adulto mayor, con la perspectiva de un envejecimiento saludable y con calidad.

En este mismo año, Maya (2018) en una investigación realizada sobre la calidad de vida de una muestra de adultos mayores no institucionalizados de la Ciudad de México, en la que aplicaron la escala de FUMAT, relacionaron el envejecimiento y las dimensiones que componen la calidad de vida según dicha escala, llegaron a los siguientes resultados:

La existencia de un nivel aceptable de calidad de vida en los adultos mayores especialmente en el grupo de mujeres de 60-70 años y de hombres de 70-80 años y la presencia de una percepción baja del bienestar material como del bienestar físico en relación con el resto de las sub escalas para ambos grupos (Dr. Eloy Maya Pérez, 2018,[vol. 15, \(1\)](#)).

### 1.3 Justificación de la investigación

Este estudio pretende conocer la autopercepción de la calidad de vida de personas mayores en una población que reside en complejos habitacionales de una institución pública.

Dado que el envejecimiento es un proceso biológico que produce una disminución progresiva de la capacidad funcional del organismo, cobra vital importancia el análisis de la calidad de vida relacionada a la salud y los factores sociodemográficos que influyen en su percepción.

Según el Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud (2015), en relación a la epidemiología del envejecimiento poblacional señala que existen alrededor de 580 millones o más de personas mayores de 60 años, comparativamente a la de década de los 90, existían 66 millones de personas mayores de 80 años. Se prevé que para el 2050 se proyecta que la cifra llegara a 2 billones de personas ancianas.

En el artículo publicado sobre Envejecimiento y cambios demográficos de OPS (2017):

Entre el 2000 y el 2050, la proporción de la población mundial que tiene 60 años de edad o más se duplicará, y pasará de 11% al 22%. Entre el 2025 y el

2030, la esperanza de vida en América Latina y el Caribe aumentará a 80,7 años para las mujeres y 74,9 años para los hombres.

Según Paredes, Ciarniello y Brunet (2017)

En Uruguay, el acceso a la salud, la seguridad social son dos aspectos fundamentales ya que es uno de los países de la región con mayor número de adultos mayores, con una sobrevivencia en las mujeres mayor que los hombres.

Un informe realizado por la Universidad de la República y Naciones Unidas llamado “Indicadores socio demográficos de envejecimiento y vejez”, ubica a Uruguay en el segundo lugar de América Latina, detrás de Cuba, en relación con las tasas de incremento poblacional descenso y la distribución de una población envejecida. El porcentaje de personas mayores a 60 años sobre la población total que asciende al 19%, de esta población, el 35% se ubica entre los más envejecidos (mayores de 75 años) (Mariana Paredes, Maite Ciarniello y Nicolás Brunet, 2017, sep, p. 96).

Para Leplège y Hunt (1998) a medida que la enfermedad progresa, ocurren ajustes internos que preservan la satisfacción que la persona siente con la vida, por lo que podemos encontrar personas con grados importantes de limitación física que consideren que su calidad de vida es buena. De acuerdo a lo antes dicho, se considera de fundamental importancia el conocer la autopercepción sobre la calidad de vida de la población Adulto Mayor, dado que Uruguay se encuentra atravesando una transición demográfica, en donde se observa un aumento progresivo de la población anciana. Los indicadores de calidad de vida son percepciones, comportamientos o condiciones específicas que manifiestan de una persona la calidad de vida ( Leplège y Hunt .cienc. ferm. Concepción dic. 2003.vol,9. (2).

De acuerdo a Berriel, Pérez y Rodríguez (2011), sobre el adulto mayor sostienen que:

Las personas están alcanzando edades más avanzadas, el hecho de que se viva más, conlleva mayores probabilidades de tener enfermedades crónicas e invalidantes que tienen como consecuencia la disminución del nivel de calidad de vida y como resulta esto en la propia percepción de la calidad de vida.

El concepto de calidad de vida, surge cuando las necesidades básicas han sido satisfechas lo que hace necesario indagar perspectivas sobre la calidad de vida relacionada con la salud. Es por eso que el proceso del envejecimiento crea cambios trascendentales en el estilo de vida de la población y tiene repercusiones en el volumen y repartimiento de la enfermedad y en su calidad de vida. Es importante tener en cuenta que la calidad de vida es un factor constitutivo del desarrollo humano de las personas y de las poblaciones, por lo tanto, es necesario propiciarla en forma continua y efectiva.

Para Botero y Pico (2007), el concepto de calidad de vida está comprendido por la salud física, la esfera psicológica, su nivel de dependencia, sus relaciones sociales y el entorno. Villalobos A. (2008) considera que:

El concepto de calidad de vida ha evolucionado a través de los años. En un principio, el concepto se centraba en entorno a la dimensión física; más adelante, al pensarse que la salud debe considerarse de forma integral, se vio la necesidad de reflexionar sobre los factores abordados desde los equipos multidisciplinarios.

Según la OMS. (2015), en su Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud:

Entre el 2000 y el 2050, la proporción de la población mundial que tiene 60 años de edad o más se duplicará, y pasará de 11% al 22%. Entre el 2025 y el 2030, la esperanza de vida en América Latina y el Caribe aumentará a 80,7 años para las mujeres y 74,9 años para los hombres.

Dada la información recabada en la revisión bibliográfica es que se plantea la siguiente pregunta de investigación.

#### **1.4 Pregunta problema**

¿Cuál es la autopercepción acerca de la calidad de vida que tienen las personas mayores con relación a las dimensiones bienestar emocional, bienestar físico, bienestar material y relaciones interpersonales, de la Escala de Fumat que viven en los complejos habitacionales seleccionados?

#### **1.5 Objetivos de la investigación**

Conocer la autopercepción de las Personas Mayores acerca de su calidad vida que residen en los complejos habitacionales públicos seleccionados durante enero a febrero 2020.

#### **1.6 Objetivos específicos**

Medir la autopercepción de la calidad de vida según las puntuaciones obtenidas de las dimensiones de la escala de Fumat: bienestar físico, emocional, y material, así como las relaciones interpersonales.

Caracterizar la autopercepción de la población de estudio según variables sociodemográficas, así como sus interrelaciones con la autopercepción de la calidad de vida de las personas mayores.

#### **1.7 Enunciado de las hipótesis de investigación**

\*La calidad de vida percibida por las personas mayores en relación a las dimensiones estudiadas resulta: Muy satisfecho o satisfecho (valoración positiva de la escala)

\*La calidad de vida (medida a través de la puntuación de las dimensiones de la escala FUMAT) es independiente de la variable sexo de las personas.

\*La calidad de vida percibida (medida a través de la puntuación de las dimensiones de la escala FUMAT) es independiente de la variable edad de las personas.



## **1.8 Marco teórico**

### **1.8.1 Calidad de vida y envejecimiento**

Haciendo referencia al objeto de estudio, que son las personas mayores y como ellas autoperciben su calidad de vida, es de vital importancia definir el proceso de envejecimiento normal.

Para Marín (2003), el Proceso de Envejecimiento es:

El conjunto de cambios morfológicos, funcionales y psicológicos, que el paso del tiempo ocasiona de forma irreversible. El envejecimiento forma parte del ciclo vital y en ese proceso también intervienen los mecanismos adaptativos ante los cambios en su situación física, funcional (pérdida de autonomía personal, dependencia) o socio-familiar (jubilación, pérdida de seres queridos, etc.). El envejecimiento fisiológico satisfactorio es aquél que permite mantener una vida independiente y adaptada a su entorno. Estas modificaciones no se presentan de forma repentina y conjunta en una persona por el mero hecho de alcanzar una determinada edad. De hecho, aunque el envejecimiento es un proceso universal (afecta ineludiblemente a todos los seres vivos), presenta una gran variabilidad individual (no todos envejecemos al mismo tiempo, ni de la misma forma, (Envejecimiento. Revista Salud Pública y Educación para la Salud. Área de Medicina Preventiva y Salud Pública. 3 (1): pp. 28-33).

Para Alvarado y Salazar (2014), se debe entender la vejez como una fase más de nuestro ciclo vital (como la infancia, la adolescencia o la madurez), con sus

características propias, que se irán presentando de forma progresiva, en función de factores intrínsecos individuales (genéticos, hereditarios), actitudes personales y circunstancias que han rodeado nuestra vida.

Actualmente, se está produciendo un envejecimiento de la población debido al aumento de la esperanza de vida, que se debe a lo que ocurre en los cambios de las tasas de natalidad y mortalidad. La salud y las políticas socio - sanitarias son una prioridad en el cambio de modelo de atención. Las mismas estarán sustentadas en la calidad, accesibilidad y equidad, haciendo realidad un modelo de atención integral y fortalecimiento del primer nivel de atención. El envejecimiento poblacional y la atención a la salud de las personas mayores constituye un desafío para el desarrollo de respuestas sanitarias y sociales, que aporten a su calidad de vida, desde una perspectiva de ciclo de vital, especialmente para quienes son más vulnerables (Alvarado y Salazar,2014;p 57).

En esta dirección el Programa Nacional del Adulto Mayor del Ministerio de Salud (2016), procura incorporar el concepto de mejora de la Calidad de Vida de los Adultos Mayores, esto significa que se debe garantizar a todos ellos una vida digna, plena y participativa, mediante el desarrollo de un programa que fomente todas las áreas que se vinculan con la salud, promoviendo hábitos de vida saludables.

En Uruguay si consideramos la vejez cronológica se considera adulto mayor a toda persona de más de 65 años de edad, constituye un 14,11 % de su población total,

según la información que se recoge del Censo de población realizado por el Instituto Nacional de Estadística (INE) en el año 2011.

### **1.8. 2 Calidad de vida y percepción de la salud**

Según el diccionario de la Real Española la calidad de vida es “el conjunto de condiciones que contribuyen a hacer agradable y valiosa la vida”.

Para Savio (2011), en su Guía en el Programa Adulto Mayor de ASSE

La calidad de vida depende tanto de factores externos (objetivos) como internos (subjetivos) propios de cada anciano según sus valores y pensamientos, cultura, país y sociedad.

El concepto de calidad de vida ha ido adquiriendo una importancia e interés especial dentro de la investigación y la práctica en el trabajo a nivel de los servicios sociales, educativos y servicios de salud. Todos los esfuerzos y desarrollos llevados a cabo durante estos últimos 30 años han permitido un desarrollo en el concepto de calidad de vida. La búsqueda de la calidad es hoy un objetivo compartido por usuarios de servicios, profesionales, organizaciones y el sistema político.

En general todos los autores coinciden en que el concepto se tiene que analizar con un enfoque multidimensional asociado a factores subjetivos y objetivos.

En el trabajo de Rubio, Rivera, Borges y González (2015), abordan la definición de calidad de vida adoptada por la OMS:

La percepción que tiene un individuo 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. Se trata de un concepto amplio influenciado por la salud física, el estado psicológico, nivel de independencia, las relaciones sociales, y su relación con los elementos esenciales de su entorno (Revista Científico-Methodológica, julio - diciembre, 2015, (61) pp. 1-7).

En cuanto a la Calidad de vida del adulto mayor, según Vera (2007):

es la resultante de la interacción entre las diferentes características de la existencia humana (vivienda, vestido, alimentación, educación y libertades humanas); cada una de las cuales contribuye de diferente manera para permitir un óptimo estado de bienestar, teniendo en cuenta el proceso evolutivo del envejecimiento, las adaptaciones del individuo a su medio biológico y psicosocial cambiante, el cual se da en forma individual y diferente; adaptación que influye en su salud física, fallas en la memoria y el temor, el abandono, la muerte, la dependencia o la invalidez.

El mismo autor sostiene también que:

La calidad de vida del adulto mayor se da en la medida en que él logre reconocimiento a partir de relaciones sociales significativas; esta etapa de su vida será vivida como prolongación y continuación de un proceso vital; de lo contrario, se vivirá como una fase de declinación funcional y aislamiento social del adulto mayor.

Otro elemento significativo en la calidad de vida del adulto mayor es que él siga teniendo una participación social significativa, la misma que para el autor “consiste en tomar parte en forma activa y comprometida en una actividad conjunta, la cual es percibida por el adulto mayor como beneficiosa.

La calidad de vida del adulto mayor es una vida satisfactoria, bienestar subjetivo y psicológico, desarrollo personal y diversas representaciones de lo que constituye una buena vida, y que se debe indagar, preguntando al adulto mayor, sobre cómo da sentido a su propia vida, en el contexto cultural, y de los valores en el que vive, y en relación a sus propios objetivos de vida.

En la autopercepción de la salud como elemento base en el funcionamiento integral del ser humano se generan transiciones de tipo psicosocial, que aluden a la salud percibida y que tienen que ver con el contexto, la familia, los factores económicos, los cambios culturales y políticos y todas aquellas acciones que directa o indirectamente aluden a la salud percibida. El estado de salud percibido

es un concepto amplio influenciado por la salud física, el estado psicológico, nivel de independencia, las relaciones sociales, y las relaciones con el entorno.

El concepto de calidad de vida, surge cuando las necesidades básicas han sido satisfechas y está delimitado por aquellas condiciones medibles, tales como la renta per cápita, nivel educativo, las condiciones de vivienda.

Para Cerquera, Linares y Florez (2010):

Es un concepto multidimensional y complejo que incluye aspectos personales como salud, autonomía, independencia, satisfacción con la vida y aspectos ambientales como redes de apoyo y servicios sociales, entre otros. El proceso de envejecimiento genera cambios importantes en el estilo de vida de la población y tiene repercusiones significativas en el volumen, la distribución de la carga social de la enfermedad en la calidad de vida. (Cerquera, A.; Flórez, L. y Restrepo, M. 2010, (31) pp. 407-428).

Para los autores Fuente Mayor y Villasmil (2008):

La percepción es cómo se interpreta y se entiende la información que se ha recibido a través de los sentidos. La percepción involucra la decodificación cerebral y el encontrar algún sentido a la información que se está recibiendo, de forma que pueda operarse con ella o almacenarse.

Dentro de este marco se puede definir a la salud de múltiples enfoques y conceptos las autoras adhieran a las siguientes definiciones:

Para el Dr. Vicente Galli. Argentina (1987), *“Es el balance entre el individuo y los otros, [su ambiente, la historia y la producción de futuro, que se desarrolla en la totalidad del]escenario social con sus múltiples [intereses y movimientos “Así mismo, Dr. Luis Weinstein, Chile (1988), define a la salud como: [“Conjunto de capacidades biopsicosociales de un individuo o un colectivo:”*

### **1.8.3 Calidad de vida y salud mental**

Considerando la importancia y relación de la salud mental en la calidad de vida, se procederá a citar definiciones de salud mental.

La ley de Salud Mental N. °. 19.529, en el artículo 2, define la salud mental como “un estado de bienestar en el cual la persona es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”.

Según la OMS, (2013):

La salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. La dimensión positiva de la salud mental se destaca en la definición de salud que formula la OMS: «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

Cualquier enfermedad genera una afectación en la calidad de vida de las personas mayores; la magnitud es mayor cuando se relaciona con la declinación de la salud mental a modo de ejemplo: (desordenes de ansiedad, depresivos, afectivos, entre otros).



Para realizar nuestra investigación nos enmarcamos en el Modelo de Enfermería Roper- Logan-Tierney (RLT), citado por Aguilar et.al (2004), centrado en las actividades de la vida en el adulto mayor para brindar el cuidado en el proceso de atención de enfermería centrado en el individuo, su entorno y la salud.

#### **1.8.4 Modelo de Enfermería Roper-Logan-Tierney**

Este modelo sus autoras lo concibieron como un marco de conocimiento que permite la aplicación del proceso de enfermería para brindar cuidado individualizado. Es un modelo teórico centrado en la práctica y adaptado a la realidad del usuario, es aplicable a todas las etapas del ciclo vital, al proceso salud enfermedad, en el contexto tanto hospitalario como en el comunitario. El mismo está basado en las actividades de la vida diaria de los usuarios.

La vida es un conjunto de actividades que la caracterizan, cada persona tiene una forma particular de desarrollarla, lo cual determina la individualidad vital del sujeto.

Definido por los siguientes conceptos fundamentales: la duración de la vida (que va desde el nacimiento hasta la muerte), el continuo de dependencia e independencia, las actividades de la vida son influidas por los factores biológicos, psicológicos, socioculturales, ambientales y políticos-económicos en conjunto con la personalización de los cuidados de Enfermería.

El mismo refleja el enfoque de vivir y de cuidar, fundamentos de la disciplina enfermera la cual practica mediante acciones de cuidado fomentando una vida saludable que le permita a las personas mayores mejorar su calidad de vida.

### **1.8.5 Dimensiones e indicadores de calidad de vida**

La escala FUMAT es un instrumento utilizado para evaluar la calidad de vida de las personas adultas mayores y personas con discapacidad.

Las dimensiones de calidad de vida que contempla la escala anteriormente referida son ocho: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos.

Los indicadores de calidad de vida son autopercepciones que el individuo tiene, comportamientos o condiciones específicas de una dimensión que se refleja en la escala de Fumat. La escala de Fumat permite obtener datos relevantes que condicionan y afecta directamente la calidad de vida de las personas, valorar la eficacia y eficiencia de las acciones llevadas a cabo y la obtención de los datos relacionados con las dimensiones de la calidad de vida consideradas en el estudio

## Capítulo II

### 2.0 Diseño metodológico.

#### 2.1 Enfoque de la investigación

Busca conocer la auto percepción de la calidad de vida de las personas mayores

#### 2.2 Alcance de la investigación

Estudio descriptivo, de corte transversal en una población de personas mayores que viven en complejos habitacionales públicos, enero a febrero, 2020; Montevideo, Uruguay

#### 2.3 Identificación y definición de variables y sus definiciones

Para poder medir las variables es necesario su definición conceptual y operacional, en este caso la variable Calidad de Vida se define de la siguiente manera:

Definición Conceptual:

Como se estableció, en el marco teórico, según Verdugo (2009), la calidad de vida hace referencia a diferentes aspectos relacionados con la vida de las personas. Por esto la calidad de vida se analiza con una perspectiva multidimensional relacionada con las dimensiones de la Escala de Fumat, de las cuales se estudiarán en esta investigación: bienestar emocional, bienestar físico, bienestar material y relaciones interpersonales. El instrumento previamente fue validado por los investigadores Miguel A. Verdugo Alonso, Laura E. Gómez Sánchez y Benito Arias Martínez en Salamanca, España.

Definición Operacional: a través los ítems de cada una de las 4 dimensiones estudiadas.

Tipo de Variable: cualitativa nominal compleja

Categorías: Muy insatisfecho (MI), Insatisfecho (I), Satisfecho (S), Muy satisfecho (M  
 S)

Con respecto a las dimensiones a estudiar, serán las siguientes y en el (Anexo.7.2) se presenta un cuadro resumen de las mismas.

### **Dimensión: Bienestar Emocional**

Definición conceptual: El bienestar emocional se refiere a la salud emocional.

Indicadores: Ausencia de estrés/ansiedad/sentimientos negativos, autoconcepto, relaciones sociales, satisfacción personal, satisfacción con la vida.

### **Dimensión: Bienestar Material**

Definición conceptual; una pensión o ingreso, en cuanto a la vivienda, las comodidades en el propio hogar y en los alrededores inmediatos, condiciones de servicio y posesiones.

Indicadores; Estatus económico, empleo, vivienda.

### **Dimensión: Relaciones Interpersonales**

Definición conceptual; Se refiere a su habilidad mental. Las personas tienen diferentes reacciones cuando son desafiadas intelectualmente.

Indicadores; Relaciones familiares, relaciones de amistad, relaciones Sociales.

Tipo de variable; cualitativa nominal compleja.

### **Dimensión: Bienestar Físico**

Definición conceptual: Se refiere a la realización de actividades físicas y alimentación saludable para mantener un estado físico óptimo.

Indicadores: Salud, actividades de vida diaria, atención sanitaria, memoria.

Tabla 1. Dimensiones e indicadores de calidad de vida (Schalock y Verdugo, 2002/2003) (Anexo 7.1)

A continuación, se presenta en formato de cuadro las variables, dimensiones e indicadores.

Y sus puntuaciones en la Escala Fumat

### **2.4 Cuadro de variables, dimensiones e indicadores (Anexo 7.2)**

Se le pregunta el sexo en hombres (masculino) o mujeres (femenino).

Se releva la edad también, haciendo referencia al tiempo transcurrido desde el nacimiento del usuario hasta la fecha de aplicación de la Escala de Fumat.

Se clasificaron en las siguientes categorías

## **2.5 Caracterización de la población (Anexo 7.3)**

### **2.6 Unidad de análisis y cálculo de la muestra**

La unidad de análisis fueron las personas mayores que se encontraban dentro de los criterios de inclusión investigación.

El área de estudio fue en Montevideo, en una población de personas mayores que residen en complejos habitacionales públicos.

El universo de estudio correspondió a 6444 personas mayores que viven en 240 complejos habitacionales públicos, en Montevideo, Uruguay, en donde se concentra el 70% de los complejos, por lo que no es necesario corrector t student

La población fue de 174 personas mayores que habitan en 4 complejos habitacionales seleccionados en Montevideo en el período de enero a febrero del 2020.

Muestra: se realiza una muestreo, no robabilístico, por conveniencia e intencional constituido por 4 complejos (tasa de muestreo, inferior al 5%) requisito para consideración de muestras, de 110 personas mayores.

Las características socio-económicas de los integrantes de los complejos permite establecer que la variabilidad entre complejos y dentro de los complejos sea baja, pudiendo proceder a realizar el tipo de muestreo establecido.

No probabilístico, ya que no todos los complejos del universo tuvieron la misma probabilidad de ser seleccionados.

Por conveniencia, porque se trabajó con los complejos que facilitaron dada su localización geográfica la ejecución de la técnica de encuesta en los plazos estipulados en el cronograma.

Intencional, porque la selección está orientada por investigaciones previas complementarias a esta investigación donde se registró alta tasa de respuesta, así como consistencia de los resultados previos.

Con respecto a los criterios de Inclusión son usuarios personas mayores de 65 años, de ambos sexos, que habitan en 4 complejos habitacionales en el periodo enero a febrero del 2020 que participaron de la entrevista de forma voluntaria.

Los mismos contaban con capacidad de comunicarse, orientados en tiempo, lugar y persona, a efectos de contestar el cuestionario.

Respecto a los criterios de exclusión: no se consideró a aquellos usuarios fuera del rango edad pre establecidos o sea menores a 64 años, usuarios mayores de 65 años con dificultades de expresión y comprensión que le impidiera responder al instrumento de recolección de datos y usuarios mayores de 65 años que no accedieron de forma voluntaria.

Considerando los principios éticos que debe tener toda investigación, previo a la aplicación del instrumento se solicitó autorización a la dirección responsable de los servicios informando la investigación a realizarse, las características de ésta.

Los participantes firmaron el consentimiento informado, aceptando participar del estudio.

Según el Decreto N°158/19 los datos obtenida fueron utilizados con total confidencialidad y preservando el anonimato de los participantes. Conjuntamente se les entrego la hoja de información de la investigación. Esta estableció los datos de la persona investigadora, que realiza el estudio su alcance.

Se utilizó para la recolección de los datos la escala de Fumat, cuyo objetivo es contestar preguntas que están enfocadas hacia el objeto de estudio.

La fiabilidad del instrumento se calculó por medio del  $\alpha$  de Cronbach cuyo coeficiente informa de las correlaciones entre las variables que forman parte de la escala Fumat.

A su vez, el instrumento asumió en esta investigación el valor de 0.81 por lo que del análisis de fiabilidad del instrumento se determina que el mismo es consiste y confiable.

(Anexo 7.6)

Para la obtención de los resultados se empleó la estadística descriptiva y el Test estadístico “Chi Cuadrado” y “r de PEARSON”

Para el procesamiento de datos y análisis estadístico se utilizó los programas Excel y R STUDIO.



## **2.7 Instrumentos de medición y puntuaciones de la escala de Fumat**

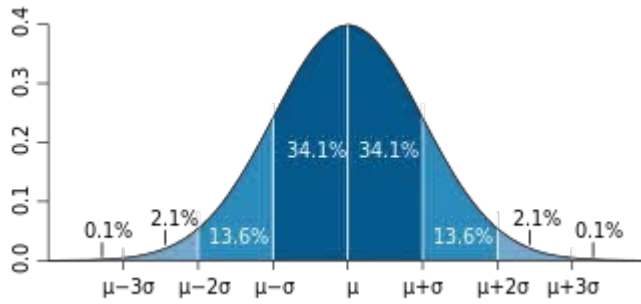
Para obtener información de las unidades de análisis y medir la variable se vinculó el concepto abstracto con indicadores empíricos que se establecen específicamente en la definición operacional de las variables, en este caso el instrumento que se utilizó fue la escala de FUMAT, la misma permitió evaluar la Autopercepción de la calidad de Vida

El cuestionario administrado, en el que el informador respondió a las preguntas sobre su calidad de vida.

La calidad de vida fue evaluada a través de 27 ítems distribuidos en 4 dimensiones seleccionadas de la escala FUMAT, que se corresponden al modelo de calidad de vida.

Se analizó la puntuación de las dimensiones a través de la sumas de las respuestas (1-2-3-4) de cada uno de los ítems.

Las puntuaciones estándar, como ya se ha señalado, establecen la posición relativa de una persona dentro de su muestra de tipificación, teniendo en cuenta que su media es 68 y su desviación típica es 14.



En el intervalo se encuentra comprendida, aproximadamente, el 99,74% de la distribución. El hecho de que prácticamente la totalidad de la distribución se encuentre a tres desviaciones típicas de la media justifica los límites de las tablas empleadas habitualmente en la normal estándar.  $[68-3*14 \quad 68+3*14] = [26 \quad 110]$  este intervalo contiene todas las puntuaciones posibles que desarrolla la escala

Se aplicó las siguientes Dimensiones: Bienestar Emocional (BE), Bienestar Físico (BF), Bienestar Material (BM) y Relaciones Interpersonales (RI).

Para el análisis de fiabilidad del instrumento y comprensión se les envió a tres profesionales donde aportaron sugerencias, a efecto de mejorar la aplicación del instrumento. (Anexo 8.)

En una segunda etapa se aplicó con las sugerencias a 10 personas como prueba piloto con las mismas características de la población a estudiar.

## Capítulo III

### 3.1 Presentación de los Resultados

#### 3.1.1 Perfil de la muestra

La muestra de 110 personas constituida por 74 mujeres y 36 hombres (Tabla 1, Gráfico 1).

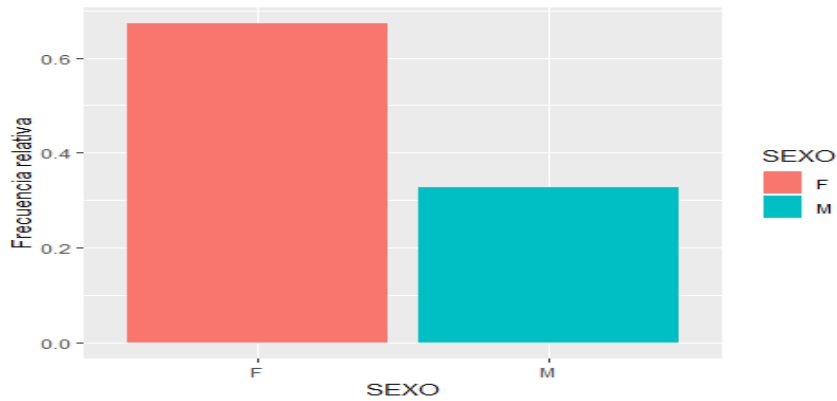
Tabla N° 1:

*Distribución de frecuencias según sexo de las P M de la muestra. Montevideo enero, febrero 2020*

Sexo	FA	FR	%
Femenino	74	0,67	67,3
Masculino	36	0,33	32,7
TOTAL	110	1	100

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N° 1: *Distribución de las personas mayores según sexo, Montevideo, enero febrero 2020*

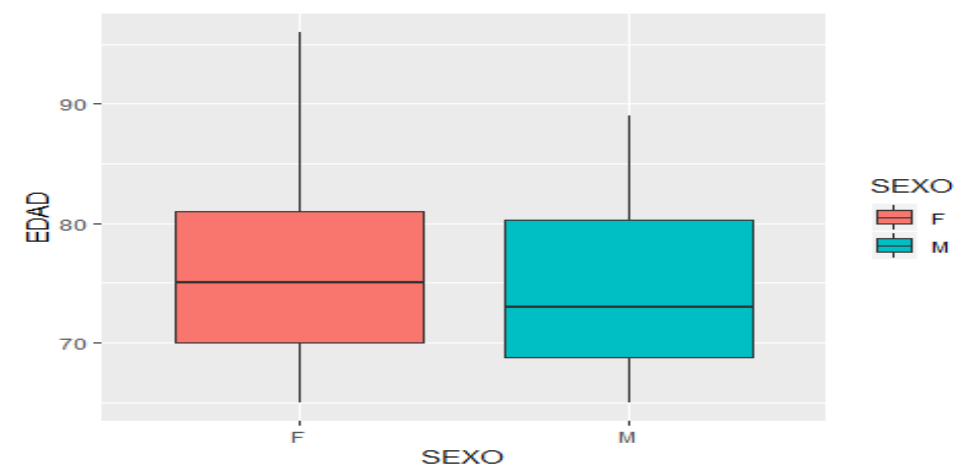


Fuente: Elaboración Propia

Como puede advertirse tanto en la tabla como en el gráfico 1 la razón de sexo es 2:1 (Cada 2 mujeres 1 hombre, el número de mujeres en la muestra duplica al de hombres de la muestra).

Gráfico N° 2

*Distribución de las personas mayores según sexo, Montevideo, enero, febrero 2020.*



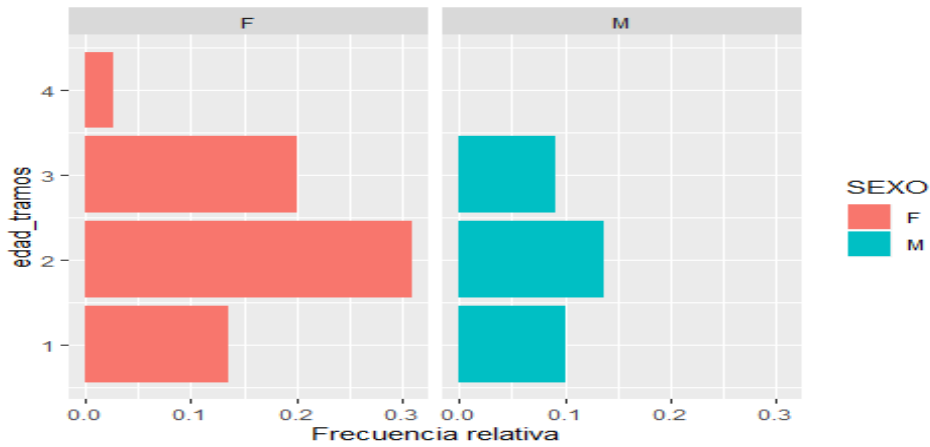
Fuente: Elaboración Propia

La variabilidad de la edad en el grupo de las mujeres en términos de rango (edad máxima - edad mínima) es mayor, no así en términos del rango intercuartílico (el 50 % central en ambos sexos es de aproximadamente 10 años) y en ambos sexos se concentran a nivel de edad de los septuagenarios.

A la edad se procede a agruparla en cuatro intervalos etarios identificados con categoría 1 en la que se incluyen individuos de entre 65 y 69 años, en la categoría 2 individuos de entre 70 y 79 años, en la categoría 3 individuos de 80 a 89 y en la categoría 4 individuos de entre 90 y 95 años de edad. La escogencia de intervalos de distinta amplitud obedece a la potencialidad de la incidencia de la misma en las distintas dimensiones de las componentes de la escala Fumat.

Gráfico N°3:

Distribución de las personas mayores según sexo y edad, Montevideo, enero, febrero 2020.



Fuente: Elaboración propia

Se observa que el intervalo con mayor frecuencia (más de un 40%) se encuentra en el intervalo que corresponde a personas septuagenarios (intervalo modal), mientras que tantos los intervalos de 65 a 69 como los octogenarios en conjunto representa casi la mitad de la muestra y en esta las representaciones de estos dos grupos se suceden casi con idénticas frecuencias relativas. La media cae es para ambos grupos (H y M) de 75 años.

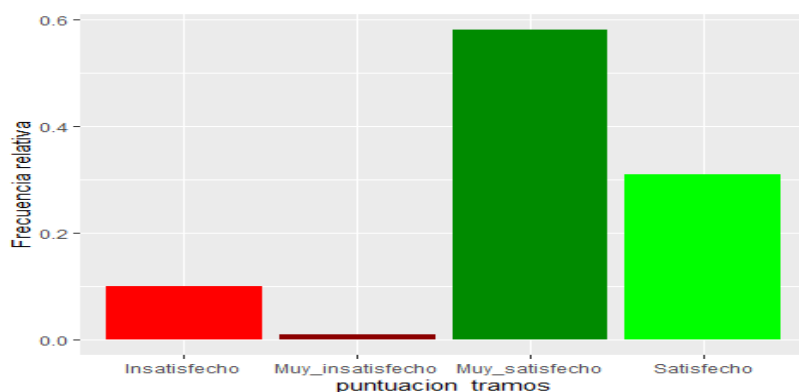
### 3.1.2 Análisis de las Dimensiones de la Escala Fumat

#### 3.1.2.1 Análisis de la Dimensión Bienestar Emocional

En el siguiente gráfico se muestra como es la valoración de la dimensión BE, la proporción de las personas mayores con valoraciones positivas (MS y S) es en relación a los que lo hacen de manera negativa (MI I) a razón 7:1

Gráfico N°4

*Distribución de la autopercepción de las PM, según la dimensión BE Montevideo enero, febrero 2020*



Fuente: Elaboración propia

Se advierte que la proporción de personas mayores en las que esta dimensión del bienestar es auto percibida con insatisfacción apenas supera el 10 %.

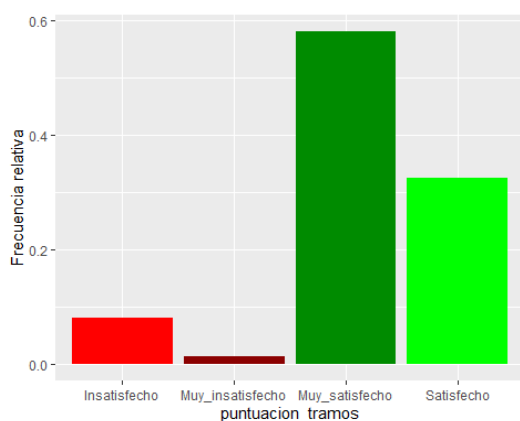
89% de las personas mayores de la muestra autoperciben con satisfacción la dimensión BE y dentro de estos se desarrolla una relación 2:1 aproximadamente en cuanto a MS con referencia a S.

A continuación, se procede a hacer el análisis de esta misma valoración de la dimensión desagregando ahora en las puntuaciones de las mujeres y hombres de la muestra

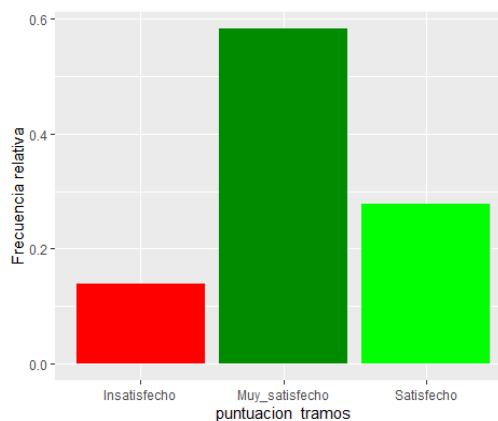
Gráfico N°5:

*Distribución de la autopercepción del BE según sexo Montevideo, enero, febrero 2020*

MUJERES



HOMBRES



Fuente: Elaboración propia.

En este gráfico se advierte como es la valoración de las mujeres y hombres de la muestra en cuanto al Bienestar Emocional.

Si se los compara con el de la muestra total, se advierte que no existen diferencias significativas en cuanto a su configuración, presentando en los dos sexos idénticos patrones de distribución al que se observa para la totalidad de la muestra.

Por lo que la variable autopercepción del Bienestar Emocional, dado por lo observado en los gráficos anteriores es independiente del sexo.



Igualmente se realiza la prueba de hipótesis chi- cuadrado con este fin.

Con significación 0.05 resultó el mismo no ser significativo, lo que confirma la independencia de la valoración de esta dimensión del BIENESTAR con la variable sexo. El criterio de decisión se basa en el p valor desarrollado por la prueba que en este caso vale 0.6902 (ver anexo 7.8.1 Bienestar Emocional) Recordando que p-values mayores que 0.05 implican el que no se rechaza la hipótesis nula de independencia y dado que asume el valor 0.69 se decide no rechazar la hipótesis nula y se concluye que las variables son independientes.

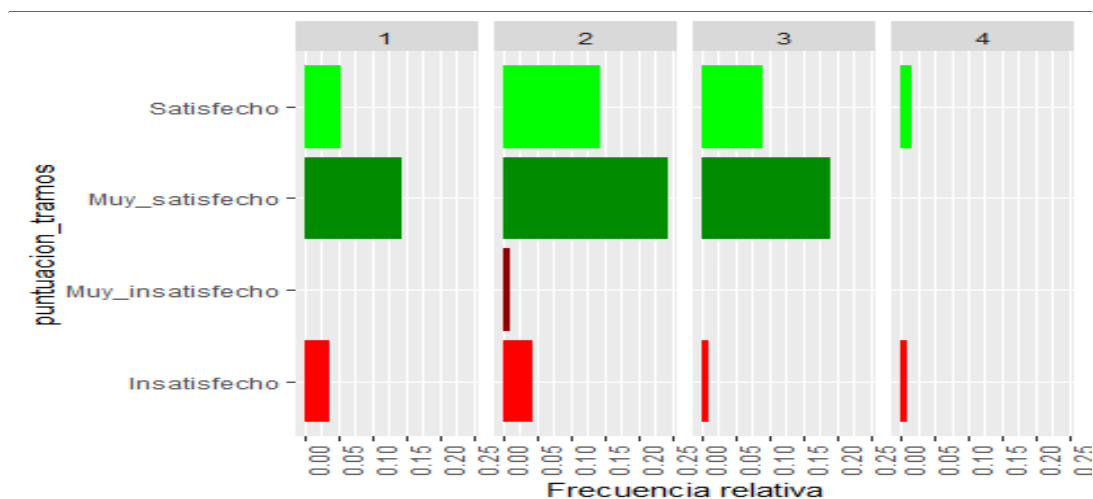
Valoración de la dimensión Bienestar Emocional es independiente del sexo.

A continuación, evaluamos como es la relación entre la autopercepción del BE y la edad.

N°6

*Distribución bivariada de la autopercepción de la dimensión BE y edad en las PM*

*Montevideo, enero, febrero 2020*



Fuente: Elaboración propia

En la categoría 1 se incluyen individuos de entre 65 y 69 años, en la categoría 2 individuos de entre 70 y 79 años, en la categoría 3 individuos de 80 a 89 y en la categoría 4 individuos de entre 90 y 95 años de edad. La escogencia de intervalos de distinta amplitud obedece a la potencialidad de la incidencia de la misma en las distintas dimensiones de las componentes del bienestar emocional desarrolladas por la escala Fumat.

En el gráfico se observa que la autopercepción de esta componente es independiente del tramo etario considerado, esto se observa en el hecho de que la configuración de la distribución de las edades al interior de cada categoría de la autopercepción del BE es semejante en todos los tramos etarios considerados. Independientemente al análisis descriptivo, se realiza la prueba de hipótesis de correlación, la cual mide la asociación entre variables cuantitativas, a través del estadístico  $r$  de Pearson. El criterio de decisión se basa en el  $p$  valor desarrollado por la prueba que en este caso vale 0.28 (ver anexo 7.8.1 Bienestar Emocional)

Existe una correlación de -0.104 la cual implica que al aumentar la edad, la valoración de la componente BE disminuye, pero es de carácter débil y por el  $p$  valor no resulta significativa. Valoración de la dimensión Bienestar Emocional es independiente de la edad.

Al finalizar el análisis de esta dimensión de la muestra, se marcan cuáles son las clases modales al interior de cada pregunta con el fin de identificar cuáles son las componentes que explican los niveles de insatisfacción y satisfacción.

Tabla N° 2

*Distribución individual de los componentes de la dimensión BE según las preguntas Montevideo enero, febrero 2020*

	1	2	3	4	
<b>Pregunta 1</b>	13	12	22	63	110
<b>Pregunta 2</b>	18	7	23	62	110
<b>Pregunta 3</b>	18	12	43	37	110
<b>Pregunta 4</b>	9	13	14	74	110
<b>Pregunta 5</b>	12	2	11	85	110
<b>Pregunta 6</b>	8	14	8	80	110
<b>Pregunta 7</b>	14	4	48	44	110
<b>Pregunta 8</b>	13	5	15	77	110

Fuente: Elaboración propia

Las preguntas 3 (Se muestra intranquilo o nervioso) la 8 (Muestra sentimientos de incapacidad e inseguridad) la 2 (Manifiesta sentirse inútil) y 7 (Manifiesta sentirse triste o deprimido) son las que mayores guarismos de insatisfacción global manifiestan. En todas las preguntas la clase modal de la autopercepción es MS.

### 3.1.2.2 Resumen de la dimensión Bienestar Emocional

\* 8 ítems (puntuación individual de la dimensión de la componente de 8 a 32).

\*Autopercepción del BE MI I (8-14) I (15-20) S (21-26) MS (27-32).

\*Muestra Global. (MI e I) 11% (S y MS) 89%

\*Mujeres (MI e I) 11% (S y MS) 89% Hombres (MI e I) 11% (S y MS) 89%

Valoración de la dimensión Bienestar Emocional independiente del sexo.

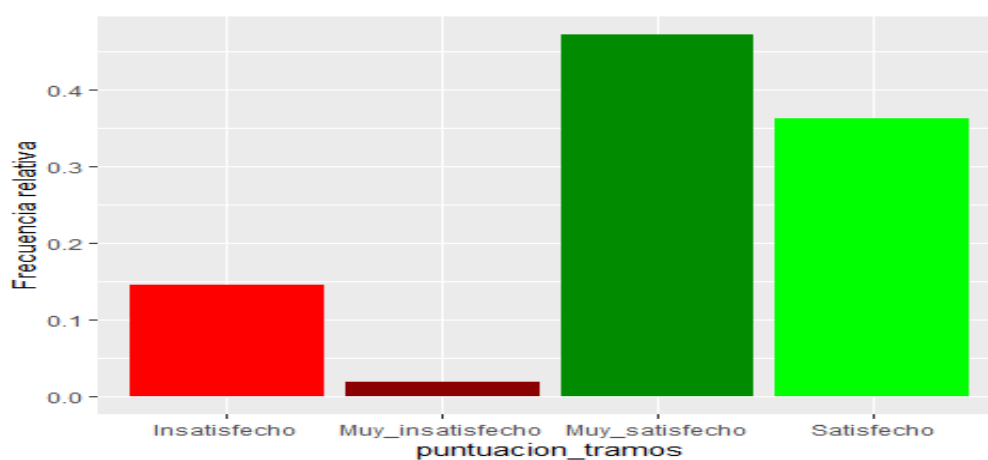
Valoración de la dimensión Bienestar Emocional independiente de la edad.

### 3.1.2.3 Análisis de la dimensión Bienestar Físico

En el siguiente gráfico se muestra como es la valoración de la dimensión BF.

Gráfico N° 7:

*Distribución de la autopercepción de la componente de la dimensión BF, Montevideo, enero, febrero 2020*

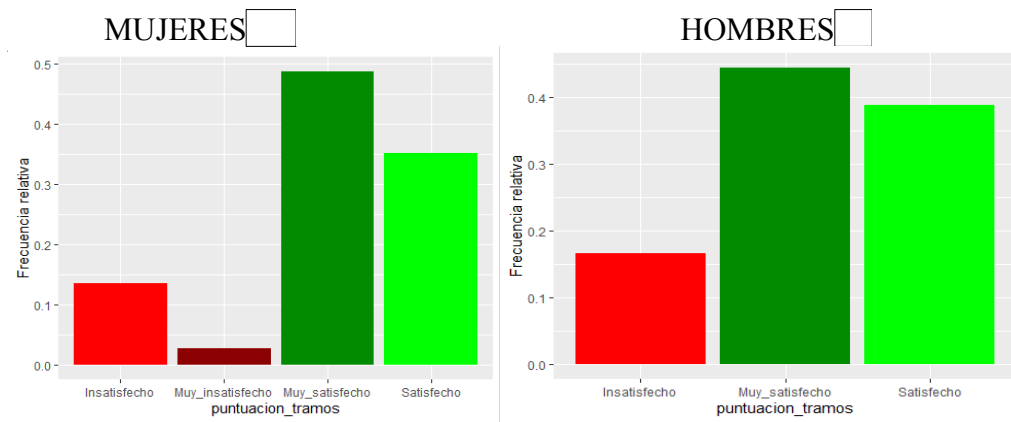


Fuente: Elaboración propia

Un 83% de las personas mayores identifican esta componente de la dimensión como Satisfactoria o Muy Satisfactoria, se observa una disminución de la valoración, en relación a lo que sucedía con el BE (89% So MS) a continuación observamos como es el comportamiento al interior de esta dimensión discriminado según el sexo de las personas.

Gráfico N. °8

*Distribución de la autopercepción del BF según sexo de las PM Montevideo enero, febrero 2020.*



Fuente: Elaboración propia

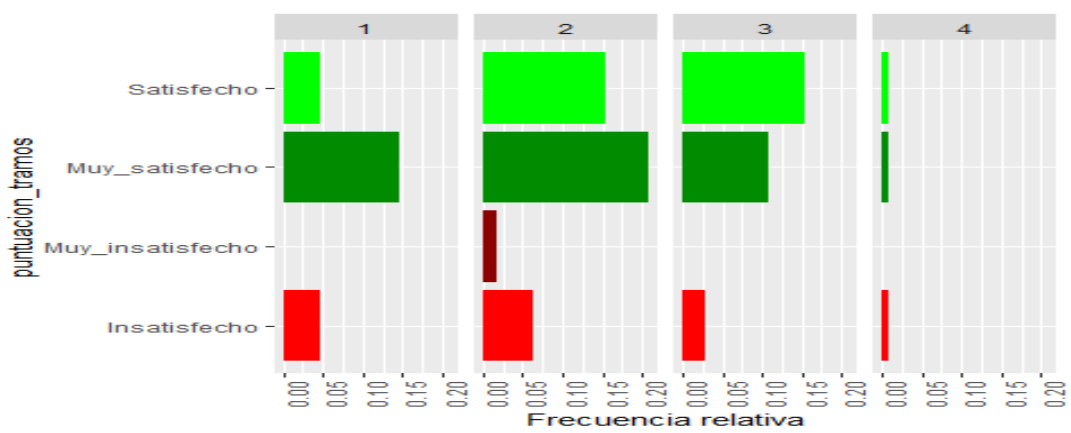
Se observa que, en el caso de las mujeres, la distribución específica de este grupo no difiere significativamente de la distribución total. Cuando evaluamos a los masculinos de la muestra, si bien la clase modal (clase con mayor frecuencia) es la misma de la del total de la población la valoración reduce la brecha existente entre Muy satisfechos y Satisfechos, en el caso de los hombres desarrolla valores relativos similares. Por lo que la variable autopercepción del Bienestar Físico, dado por lo observado en los gráficos anteriores es independiente del sexo. Igualmente se realiza la prueba de hipótesis chi-cuadrado con este fin. El criterio de decisión se basa en el p valor desarrollado por la prueba que en este caso vale = 0.7237 (ver anexo 7.8.2 Bienestar Físico)

Como p valor resultó mayor a alfa el mismo no ser significativo, concluyéndose que las variables son independientes. Valoración de la dimensión bienestar físico es independiente del sexo.

A continuación, evaluamos como es la relación entre la autopercepción del BF y la edad.

Gráfico N° 9

*Distribución bivariada de la autopercepción de la componente de la dimensión BF y edad en las PM. Montevideo enero febrero 2020.*



Fuente: Elaboración propia.

En la categoría 1 se incluyen individuos de entre 65 y 69 años, en la categoría 2 individuos de entre 70 y 79 años, en la categoría 3 individuos de 80 a 89 y en la categoría 4 individuos de entre 90 y 95 años de edad. La escogencia de intervalos de distinta amplitud obedece a la potencialidad de la incidencia de la misma en las distintas dimensiones de las componentes de la escala Fumat.

Se advierte que la autopercepción del BF es independiente de la edad

En el gráfico facetado, este hecho queda manifiesto en el hecho de que la configuración de la distribución de las edades al interior de cada categoría de la autopercepción del BF es semejante en todas. Independientemente el análisis descriptivo, se realiza la prueba de hipótesis de correlación, a través del estadístico  $r$  de Pearson. El criterio de decisión se basa en el  $p$  valor desarrollado por la prueba que en este caso vale 0.18 (ver anexo 7.8.2 Bienestar Físico)

Dado que el  $p$  valor es mayor a 0.05, se decide no rechazar la hipótesis de correlación nula (in correladas).

Valoración de la dimensión bienestar físico es independiente de la edad

Finalmente se procede a una descripción de las preguntas que reportan mayor adhesión de las personas de la muestra tanto con valoraciones positivas como negativas. El cuadro que sigue, para cada una de las 6 preguntas de la componente de la dimensión del BF muestra cual es la cantidad de personas de la muestra con cada valoración. La finalidad de este análisis radica en identificar que preguntas son las que puntúan peor y mejor.

Tabla N° 3

*Distribución individual de la dimensión BF según las preguntas Montevideo enero, febrero 2020*

	1	2	3	4	
<b>Pregunta 30</b>	<b>25</b>	4	19	62	<b>110</b>
<b>Pregunta 31</b>	9	7	12	<b>82</b>	<b>110</b>
<b>Pregunta 32</b>	13	4	12	<b>81</b>	<b>110</b>
<b>Pregunta 33</b>	<b>25</b>	<b>16</b>	12	57	<b>110</b>
<b>Pregunta 34</b>	13	8	<b>30</b>	59	<b>110</b>
<b>Pregunta 35</b>	13	8	<b>26</b>	63	<b>110</b>

Fuente: *Elaboración propia*

Por lo que puede concluirse que en gran medida la disminución de la valoración de esta componente del bienestar, se debe a la disminución de las capacidades locomotoras.

P 30 “tiene dificultades de movilidad” y la P33 “su estado de salud le permite salir a la calle”



### 3.1.2.4 Resumen de la dimensión Bienestar Físico

\* 6 ítems (puntuación individual de la componente de la dimensión de 6a 24).

\*Autopercepción del BF: M I (6-10) I (11-15) S (16-20) MS (21-24)

\*Muestra global (MI e I) 17% (S y MS) 83%

\*Mujeres (MI e I) 17% (S y MS) 83% hombres (MI e I) 16% (S y MS) 84%

Valoración de la dimensión Bienestar Físico independiente del sexo.

Valoración de la dimensión Bienestar Físico independiente de la edad.

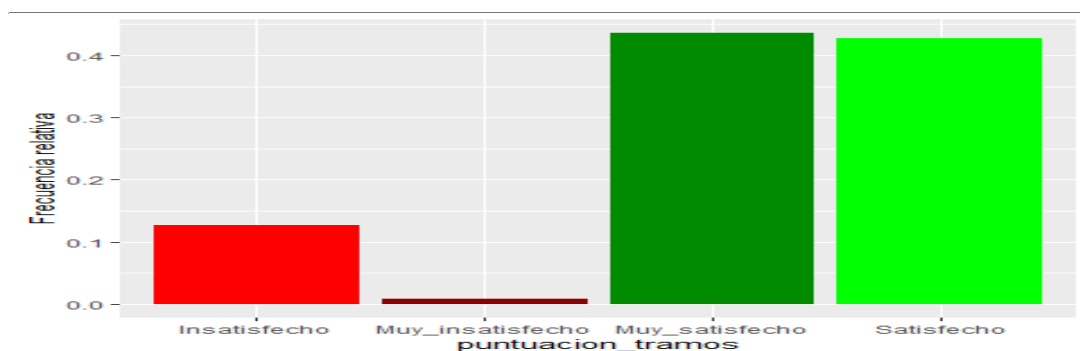
### 3.1.2.5 Análisis de la Dimensión Bienestar Material

En esta tercera componente de la escala se analiza cómo es la autopercepción del Bienestar material (BM) de los individuos de la muestra.

En el siguiente gráfico se muestra como es la valoración de la dimensión BM.

Gráfico N°10

*Distribución de la autopercepción de la componente de la dimensión BM Montevideo enero, febrero 2020.*



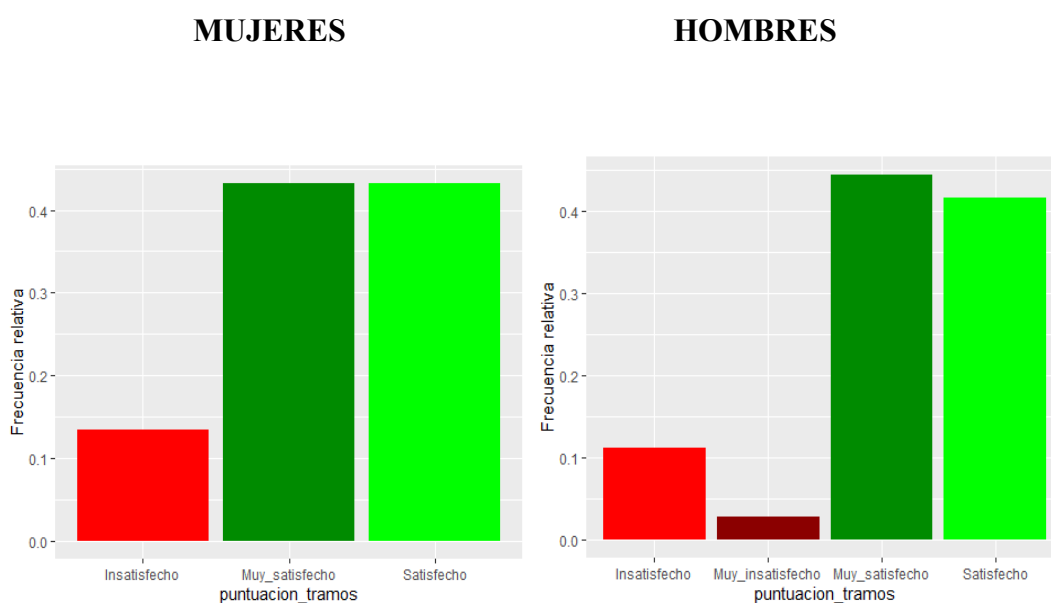
Fuente: Elaboración propia

La calidad de vida es autopercebida con insatisfacción por el 16% de la muestra, y 84 con satisfacción. Solo una persona de la muestra autopercibe esta componente como Muy Insatisfecho.

A continuación, se procede a hacer el análisis de esta misma valoración de la componente de la dimensión BM desagregando ahora en las puntuaciones de las mujeres y hombres de la muestra.

Gráfico N.11

*Distribución de la autopercepción del BM según mujeres y hombres integrantes de la muestra. Montevideo enero febrero 2020.*



Fuente: Elaboración propia.

En el caso de las mujeres vemos que las distribuciones al interior de cada categoría no difieren significativamente de las frecuencias relativas desarrolladas en la población general. En el caso de los hombres en relación a la muestra global y la de mujeres no se

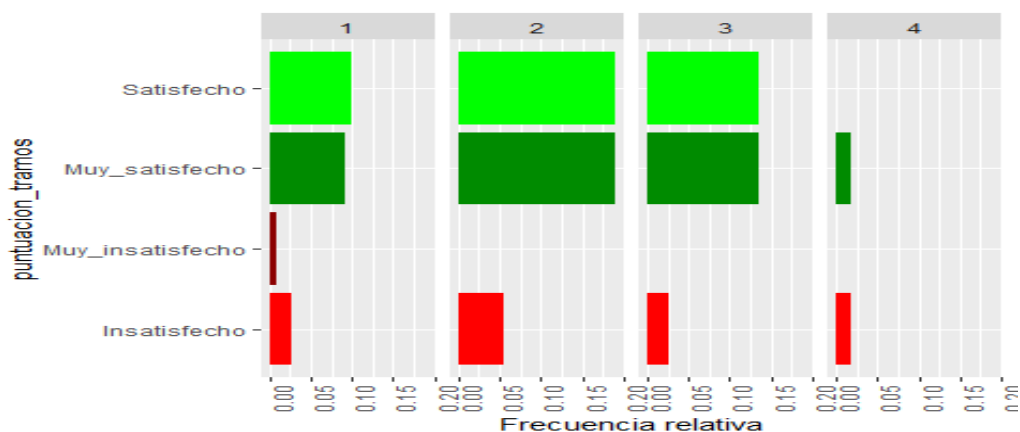
observa diferencias significativas. Se implementa la prueba de hipótesis chi- cuadrado con el fin de evaluar asociación. El criterio de decisión se basa en el p valor desarrollado por la prueba que en este caso vale 0.5344 (ver anexo 7.8.3 Bienestar Material). Al aplicársele prueba chi test con nivel de significación 0.05 no resulta significativo por lo que no se rechaza la hipótesis de independencia.

Valoración de la dimensión Bienestar material es independiente del sexo.

A continuación, evaluamos como es la relación entre la autopercepción del BM y la edad.

Gráfico N°12

*Distribución bivariada de la autopercepción de la componente de la dimensión BM y edad en las PM. Montevideo enero febrero 2020.*



Fuente: Elaboración propia

En la categoría 1 se incluyen individuos de entre 65 y 69 años, en la categoría 2 individuos de entre 70 y 79 años, en la categoría 3 individuos de 80 a 89 y en la categoría 4 individuos de entre 90 y 95 años de edad. La escogencia de intervalos de

distinta amplitud obedece a la potencialidad de la incidencia de la misma en las distintas dimensiones de las componentes desarrolladas por la escala Fumat.

Se advierte que autopercepción del BM es independiente de la edad.

La distribución de las edades al interior de cada categoría de la autopercepción del BM es semejante en todas. Se realiza la prueba de hipótesis de correlación, la cual mide la asociación entre variables cuantitativas, a través del estadístico r de Pearson. El criterio de decisión se basa en el p valor desarrollado por la prueba que en este caso vale 0.1904 (ver anexo 7.8.3 Bienestar Material)

El p valor mayor a 0.05, implica no rechazar la hipótesis de incorrelación.

Valoración de la dimensión Bienestar material es independiente de la edad

Finalmente se analiza en la componente de la dimensión BM cuáles son las preguntas que se encuentran más comprometidas con la valoración negativa y cuáles son las clases modales (categorías de la autopercepción de la componente con mayor valoración).

Tabla N° 4:

*Distribución de la componente de la dimensión BM en las PM de la muestra Montevideo enero, febrero 2020.*

	1	2	3	4	
<b>Pregunta 15</b>	5	9	8	88	110
<b>Pregunta 16</b>	34	19	23	34	110
<b>Pregunta 17</b>	38	10	28	34	110
<b>Pregunta 18</b>	9	4	19	78	110
<b>Pregunta 19</b>	12	3	22	73	110
<b>Pregunta 20</b>	12	24	25	49	110
<b>Pregunta 21</b>	20	11	19	60	110

Fuente: Elaboración propia

Las preguntas con valoración negativa son: P16. Manifiesta no estar satisfecho con su jubilación (o situación laboral actual). P17. Se queja de su salario (o pensión) P21. El lugar donde vive necesita reformas para adaptarse a sus necesidades. P20. Dispone de las cosas materiales que necesita.

Resumen de la dimensión Bienestar Material

\*7 ítems (puntuación individual de la componente de la dimensión de 7a 28).

\*Autopercepción del BM: M I (7-12) I (13-17) S (18-22) MS (23-28)

\*Muestra global (MI e I) 14% (S y MS) 86%

\* Mujeres (MI e I) 14% (S y MS) 86% Hombres (MI e I) 14% (S y MS) 86%

Valoración de la dimensión Bienestar Material independiente del sexo.

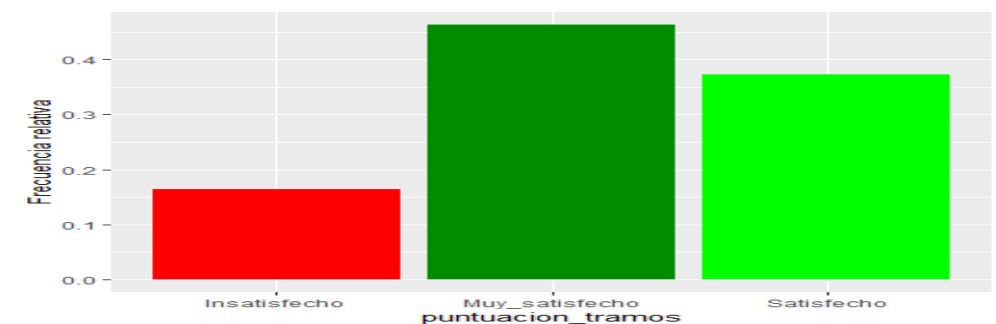
Valoración de la dimensión Bienestar Material independiente de la edad.

### **3.1.2.6 Análisis de la dimensión Relaciones Interpersonales**

En el siguiente gráfico se muestra como es la valoración de la dimensión RI

Gráfico N°13

*Distribución de la autopercepción de la dimensión RI. Montevideo enero, febrero 2020.*



Fuente: Elaboración propia

Se advierte que la proporción de las personas mayores en los que esta componente del bienestar es autopercebida con insatisfacción es un 16% de la muestra, 84% de los individuos de la muestra autopercibe con satisfacción (S y MS) la componente RI.

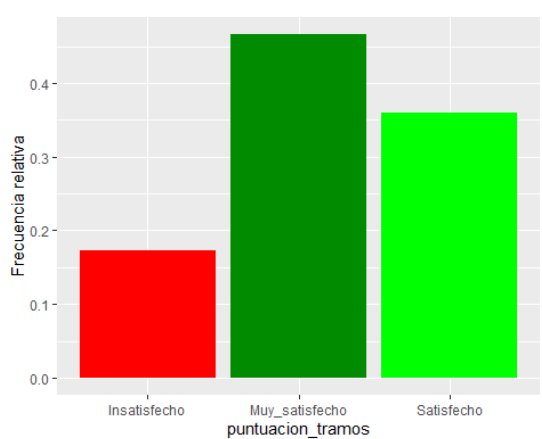
No existen en la muestra personas mayores autoperciben esta componente de manera Muy Insatisfechos.

A continuación, se procede a hacer el análisis de esta misma valoración de la componente de la dimensión desagregando ahora en las puntuaciones de las mujeres y hombres de la muestra.

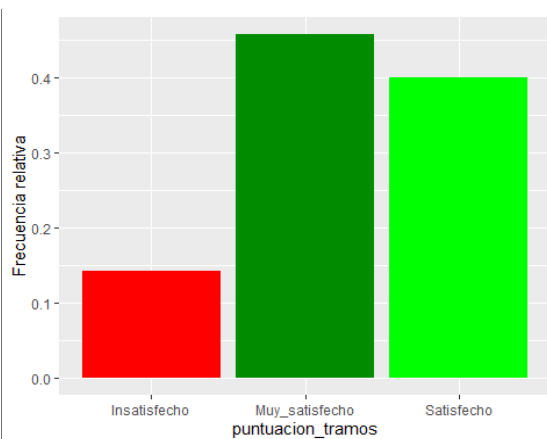
Gráfico N°14

*Distribución de la autopercepción del RI según mujeres y hombres de la muestra Montevideo enero, febrero 2020.*

**MUJERES**



**HOMBRES**



Fuente: Elaboración propia.

Las categorías con mayor registro de personas para ambos sexos, al igual que pasaba en la muestra total son MS y S. No hay personas en la muestra con autopercepción de esta componente que sea MI.

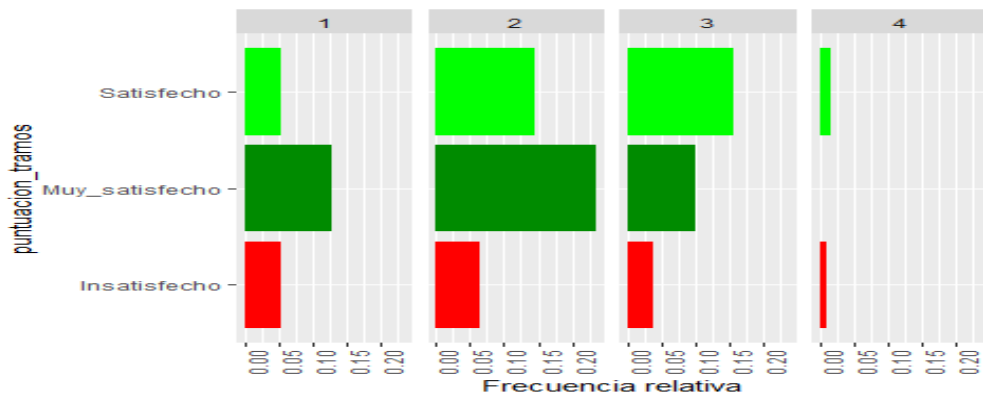
A continuación, se muestra la prueba de independencia chi-cuadrado de las autopercepciones de las Relaciones Interpersonales y el sexo. El criterio de decisión se basa en el p valor desarrollado por la prueba que en este caso vale 0.8858 (ver anexo 7.8.4 Relaciones Interpersonales)

Al aplicarse la prueba de chi cuadrado con nivel de significación 0.05 la misma no resulta significativa por lo que no se rechaza la hipótesis de independencia entre las valoraciones de esta componente y el sexo. Valoración de la dimensión relaciones interpersonales es independiente del sexo.

A continuación, evaluamos como es la relación entre la autopercepción de las RI y la edad.

Gráfico N°15

*Distribución bivariada relativa de la autopercepción de la componente de la dimensión RI y edad en PM de la muestra; Montevideo enero, febrero 2020.*



Fuente: Elaboración propia

Se advierte que autopercepción de las RI parece no ser independiente de la edad ya que la configuración de la distribución de la valoración según los distintos grupos etarios difiere. Este matiz de diferencia como veremos en la próxima décima resulta significativo. El criterio de decisión se basa en el p valor desarrollado por la prueba que en este caso vale 0.03465 (ver anexo 7.8.4 Relaciones Interpersonales)

En esta salida se advierte que la correlación entre las variables edad y RI es de -0.205. Este hecho de cuenta que la valoración de la autopercepción de las RI disminuye al aumentar la edad. El p valor (menor a 0.05) da cuenta de la existencia de asociación



lineal entre dichas variables, la cual, si bien es de carácter débil, existe. Valoración de la dimensión Relación Interpersonal no es independiente de la edad

Finalmente se analiza en la dimensión de relaciones interpersonales cuales son las preguntas que se encuentran más comprometidas con la valoración negativa y cuáles son las categorías con mayor frecuencia.

Tabla N° 5

*Distribución de las componentes de las dimensiones RI de las PM de la muestra Montevideo enero, febrero 2020*

	1	2	3	4	
<b>Pregunta 9</b>	27	26	10	47	110
<b>Pregunta 10</b>	5	5	16	84	110
<b>Pregunta 11</b>	4	7	17	82	110
<b>Pregunta 12</b>	20	7	28	55	110
<b>Pregunta 13</b>	16	6	20	68	110
<b>Pregunta 14</b>	9	11	8	82	110

Fuente: Elaboración propia

Observamos que la única pregunta con marcado nivel de insatisfacción es la pregunta 9 (Realiza actividades que le gustan con otras personas). El resto de las preguntas recibe en la categoría MUY SATISFECHO por lo menos el 50% de las personas de la muestra.

Resumen de la dimensión Relaciones Interpersonales

\* 6 ítems (puntuación individual de la componente de 6a 24)

\*Autopercepción del RI: M I (6-10) I (11-15) S (16-20) MS (21-24)

\*Muestra global (MI e I) 16% (S y MS) 84%

\*Mujeres (MI e I) 17% (S y MS) 83% Hombres (MI e I) 15% (S y MS) 85%

Valoración de la dimensión Relaciones Interpersonales independiente del sexo.

Valoración de la dimensión Relaciones Interpersonales no es Independiente de la edad.

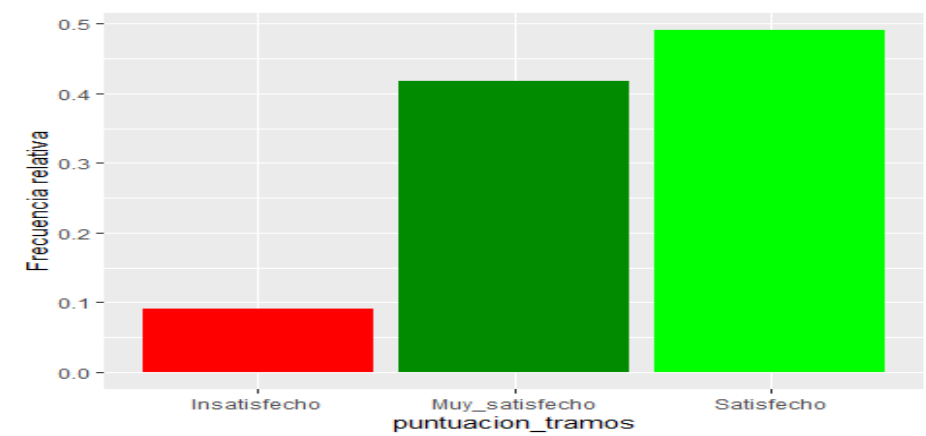
## Capítulo IV

### 4.1 Análisis y discusión de resultados de las dimensiones de la escala FUMAT.

En el gráfico que sigue se muestra como es la valoración de la auto percepción de la calidad de vida de los AM.

Gráfico N° 16

*Distribución de la valoración de la calidad de vida en las PM según la puntuación desarrollada por la escala Fumat. Montevideo enero. Febrero 2020*



Fuente: Elaboración Propia

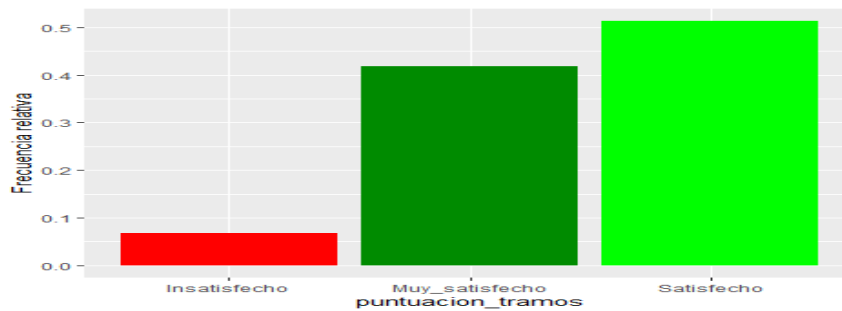
En este gráfico se observa que el 9% autopercibe su calidad de vida con la categoría Insatisfecho (I) y el 91% autopercibe su calidad de vida con la categoría Satisfecho (S) o Muy Satisfecho (MS)

A continuación, se procede a hacer el análisis de esta misma valoración de la escala FUMAT desagregando ahora en las puntuaciones de las mujeres y hombres de la muestra.

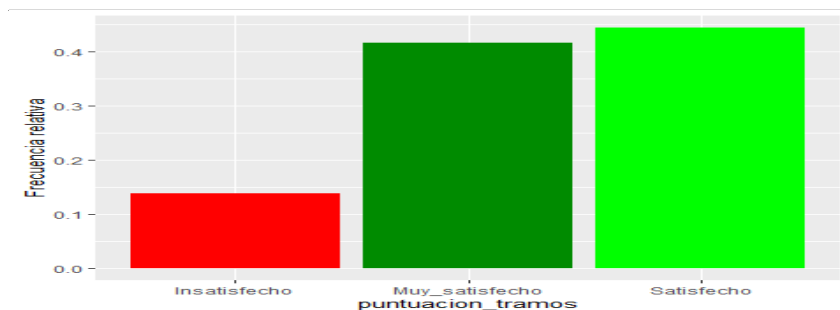
## Gráfico N. °17

*Distribución de la valoración de la calidad de vida a través de la escala FUMAT según mujeres y hombres de la muestra. Montevideo enero, febrero2020*

### MUJERES



### HOMBRES



Fuente: Elaboración propia

Las autopercepciones con valoración “I” es en mujeres de un 6% mientras que en hombres se corresponde con el 13%. Si bien estos guarismos son distintos, estadísticamente no resulta significativa dicha diferencia. Ello se observa en la siguiente

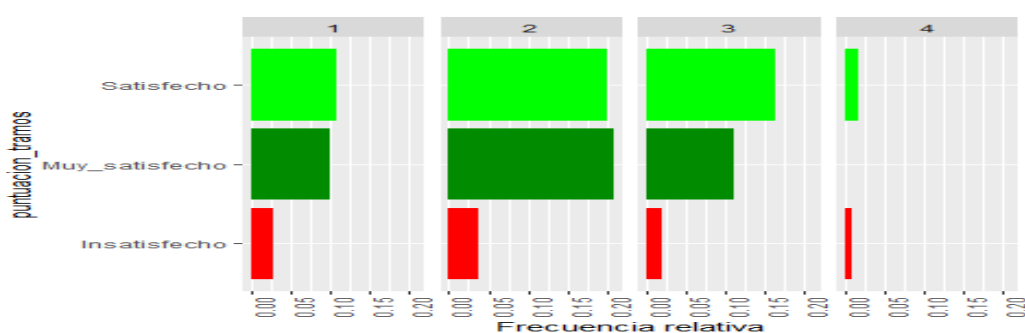
salida en la que se lleva a cabo la prueba de independencia chi- cuadrado de la valoración de la calidad de vida de la escala FUMAT y el SEXO. El criterio de decisión se basa en el p valor desarrollado por la prueba que en este caso vale 0.4514 (ver anexo 7.8.5 Escala Fumat)

Dado el p valor (0.45), y en virtud de que es mayor a alpha (0.05) se decide no rechazar la hipótesis nula de independencia entre la puntuación desarrollada en la escala FUMAT y el sexo, concluyéndose que Puntuación de la Escala Fumat es independiente del sexo. Valoración de la calidad de vida es independiente del sexo.

Ahora evaluamos como es la relación entre la valoración de la calidad de vida, medido a través de la puntuación en la escala FUMAT y la EDAD.

Gráfico N° 18

Distribución *bivariada de la valoración de la calidad de vida según edad de las PM. Montevideo enero. febrero 2020*



Fuente: Elaboración propia

En la categoría 1 se incluyen individuos de entre 65 y 69 años, en la categoría 2 individuos de entre 70 y 79 años, en la categoría 3 individuos de 80 a 89 y en la categoría 4 individuos de entre 90 y 95 años de edad. La escogencia de intervalos de distinta amplitud obedece a la potencialidad de la incidencia de la misma en las distintas dimensiones de las componentes desarrolladas por la escala Fumat.

Si bien la distribución al interior de cada grupo etario no es sensiblemente diferenciada se realiza la evaluación de asociación entre la valoración de la calidad de vida y edad del integrante, a través de la prueba de hipótesis de  $r$  de Pearson. El criterio de decisión se basa en el  $p$  valor desarrollado por la prueba que en este caso vale 0.6 (ver anexo 7.8.5 Escala Fumat)

Se observa que el  $p$  valor es mayor a 0.05 por lo que la valoración de la calidad de vida medida a través de la escala FUMAT de los integrantes de la muestra es independiente de la edad de los mismos.

Valoración de la calidad de vida es independiente de la edad

A lo largo del análisis para cada componente en la sección final de las mismas se observó al interior de cada pregunta la identificación de la categoría que registraba mayor frecuencia.

Tabla N°6

*Distribución de la valoración de la calidad de vida de las distintas preguntas de la escala Fumat. Montevideo; enero, febrero 2020*

	1	2	3	4	
<b>Bienestar emocional</b>	1	2	3	4	
Pregunta 1	13	12	22	63	110
Pregunta 2	18	7	23	62	110
Pregunta 3	18	12	43	37	110
Pregunta 4	9	13	14	74	110
Pregunta 5	12	2	11	85	110
Pregunta 6	8	14	8	80	110
Pregunta 7	14	4	48	44	110
Pregunta 8	13	5	15	77	110
<b>Relaciones interpersonales</b>	1	2	3	4	
Pregunta 9	27	26	10	47	110
Pregunta 10	5	5	16	84	110
Pregunta 11	4	7	17	82	110
Pregunta 12	20	7	28	55	110
Pregunta 13	16	6	20	68	110
Pregunta 14	9	11	8	82	110
<b>Bienestar material</b>	1	2	3	4	
Pregunta 15	5	9	8	88	110
Pregunta 16	38	19	23	34	110
Pregunta 17	36	10	28	34	110
Pregunta 18	9	4	19	78	110
Pregunta 19	12	3	22	73	110
Pregunta 20	17	24	25	49	110
Pregunta 21	24	11	19	60	110
<b>Bienestar físico</b>	1	2	3	4	
Pregunta 30	28	4	19	62	110
Pregunta 31	9	7	12	82	110
Pregunta 32	13	4	12	81	110
Pregunta 33	22	16	12	57	110
Pregunta 34	13	8	30	59	110
Pregunta 35	13	8	26	63	110

Fuente: Elaboración Propia

Las únicas 2 preguntas en las que la proporción de insatisfechos y muy insatisfechos supera a la de los satisfechos y muy satisfechos, son la pregunta 9 (Realiza actividades que le gustan con otras personas) de la dimensión RI y la pregunta 16 (Manifiesta no estar satisfecho con su jubilación o situación laboral actual) dimensión BM. Sin embargo, es de destacar que solo la pregunta 16 registra como categoría con mayor frecuencia Muy Insatisfecho. En las restantes 26 preguntas (26/27) registra como categoría con mayor frecuencia la autopercepción Muy Satisfecho.

## **Resumen de la valoración de la calidad de vida a través de Escala Fumat**

\* 27 ítems (puntuación individual desde 27a 108).

\*Autopercepción de la calidad de vida: M I (27-48) I (49-69) S (70-90) MS (91-108)

\* Muestra Global (MI e I)9% (S y MS) 91%

\*Mujeres (MI e I)7% (S y MS) 93% Hombres (MI e I) 14% (S y MS) 86%

Valoración de la calidad de vida a través de la escala de Fumat independiente del sexo

Valoración de la calidad de vida a través de la Escala de Fumat independiente de la edad

### **4.2 Caracterización del perfil de calidad de vida desarrollada por la escala Fumat**

En el siguiente cuadro se muestra como es el criterio de ubicación de la puntuación individual desarrollada por los integrantes de la muestra para la calidad de vida utilizando la escala Fumat.



PERCENTIL	BE	RI	BM	BF	INDICE DE CV	PERCENTIL
99	28-32	21-24	25-28	21-24	92-108	99
95	26-27	20	24	20	86-91	95
90	25	19	23	19	84-87	90
85	24	18	22	18	81-83	85
80					79-80	80
75	23	17	21	17	77-78	75
70	22		20		74-76	70
65		16		16	72-73	65
60	21		19		71	60
55					70	55
50	20	15	18	15	67-69	50
45					66	45
40	19		17		65	40
35		14		14	63-64	35
30	18		16		60-62	30
25	17	13	15	13	58-59	25
20					56-57	20
15	16	12	14	12	53-55	15
10	15	11	13	11	49-52	10
5	13-14	10	12	10	45-48	5
1	8_12	6_9	7_11	6_9	27-44	1

**Cuadro N° 1: Perfil de la calidad de vida desarrollada para la escala Fumat**

PERCENTIL	BE	RI	BM	BF	INDICE DE CV	PERCENTIL
99	28-32	21-24	25-28	21-24	92-108	99
95	26-27	20	24	20	86-91	95
90	25	19	23	19	84-87	90
85	24	18	22	18	81-83	85
80					79-80	80
75	23	17	21	17	77-78	75
70	22		20		74-76	70
65		16		16	72-73	65
60	21		19		71	60
55					70	55
50	20	15	18	15	67-69	50
45					66	45
40	19		17		65	40
35		14		14	63-64	35
30	18		16		60-62	30
25	17	13	15	13	58-59	25
20					56-57	20
15	16	12	14	12	53-55	15

10	15	11	13	11	49-52	10
5	13-14	10	12	10	45-48	5
1	8_12	6_9	7_11	6_9	27-44	1

Fuente: Elaboración propia

El perfil de la calidad de vida aparece seccionado en 3 zonas:

Zona verde 25% superior (percentil 75- percentil100)

Zona celeste 50% central (percentil 26-percentil74)

Zona roja 25% inferior (percentil1- percentil 25)

Con la tabla anterior y las puntuaciones se agrupan a las personas mayores como se muestra en la tabla de frecuencias siguiente, según se encuentren por debajo del

percentil 25, entre el percentil 25 y el percentil 75 o por encima del percentil 75. El criterio de inclusión en cada una de las tres zonas determinadas, viene dado por la puntuación total individual de la escala Fumat.

Tabla N°7

*Distribución de la valoración de la calidad de vida según percentiles desarrollado por la escala Fumat Montevideo enero, febrero 2020*

	FA	FR
27-59	<b>3</b>	<b>0,03</b>
60-76	<b>12</b>	<b>0,11</b>
77-108	<b>95</b>	<b>0,86</b>

Elaboración propia.

Los puntajes muestran que (95/110) 86% de la muestra, se ubica en un estrato de valoración de la calidad de vida identificada con valoración positiva, o sea Satisfecho.

Este 86 % de nuestra muestra se encuentra dentro del 25% de las puntuaciones más altas de la escala. Por lo que se trata de un conjunto de PM en los cuales independientemente de la edad y el sexo desarrolla un perfil de calidad de vida bueno, que es autopercebido por los mismos con satisfacción. Siendo en 100 casos superior a la mediana (p50 =68) como se muestra a continuación ; Percentil<=50      Percentil>50-Escala    10    (9%)100 (91%),lo que coincide con los porcentajes de las personas mayores que se identifican

con valoraciones negativas y positivas respectivamente como se describió anteriormente.

#### 4.2 Análisis

La investigación llevada a cabo determina que algunas dimensiones contribuyen a mejorar la autopercepción de la calidad de vida entre las Personas Mayores que residen en los complejos habitacionales públicos seleccionados en la ciudad de Montevideo- tales como el Bienestar Emocional y el Bienestar Material- mientras que otras dimensiones lo debilitan -como el Bienestar Físico y Relaciones Interpersonales.

Estas dos últimas dimensiones no inciden significativamente en la valoración global por ser las dimensiones con menor número de ítems, al mismo tiempo que tampoco resulta significativa la diferencia entre la valoración de las dimensiones entre sí. En las cuatro dimensiones analizadas las valoraciones identificadas como positivas (Satisfecho o Muy Satisfecho) superan el 80%.

Lo anterior permite confirmar la hipótesis planteada de que la autopercepción que las personas tienen de su calidad de vida; es positiva.

No obstante, esto no descarta el hecho de que existan al interior de las 4 dimensiones, algunos ítems plausibles de mejora, a fin de evitar que en un futuro la valoración positiva de la calidad de vida se vea afectada negativamente.

En este sentido el análisis de la autopercepción de la calidad de vida permite el siguiente diagnóstico.

Con respecto a las dimensiones BE- BF-BM-RI todas presentan más de un 80% de valoraciones positivas.

En lo que refiere a la escala FUMAT 9 de cada 10 personas autopercibe la valoración global como Muy Satisfecho o Satisfecho.

En la investigación se incluyeron variables sociodemográficas como son el sexo y la edad. Se encontró que en lo que refiere a la variable Sexo, la autopercepción de la calidad de vida de hombres y mujeres no difiere significativamente.

Esta permite confirmar la hipótesis planteada de que la autopercepción que los individuos tienen de su calidad de vida es independiente del sexo.

Por otra parte, en lo que refiere a la correlación con la edad tampoco se encontró que existan diferencias significativas en la autopercepción de la calidad de vida de los integrantes en los distintos tramos etarios considerados.

En este caso se confirma la hipótesis de que la autopercepción que tienen las personas mayores de la calidad de vida es independiente de la Edad.

Por lo expresado anteriormente es importante destacar que la valoración de la calidad de vida de las personas mayores que residen en los complejos habitacionales es independiente de los rasgos sociodemográficos, Sexo y Edad.

Pero resulta pertinente destacar que los p-valores desarrollados en esta investigación para la variable edad son próximos al nivel de significación. Lo que indica que si bien, en este caso no resultaron ser significativos, de trabajar con un nivel de significación mayor, seguramente si resultarían. Por lo que sería oportuno, en otros escenarios de investigación, mantener la variable Edad ya que resultaría en un mejor entendimiento de la autopercepción de la calidad de vida.

## Capítulo V

### 5.1 Conclusions

Como se puede advertir en la caracterización de la población del estudio 74 % son mujeres y 36 % hombres, coincidiendo con la epidemiología del Uruguay que es un país con tendencia a la feminización. Con una media edad de 75 años, siendo el intervalo de mayor frecuencia más de un 40 % se encuentran en personas septuagenarias.

Los objetivos de esta investigación se enmarcaban en la autopercepción de la calidad de vida de las personas mayores, para ello nos planteamos como hipótesis nula que la valoración de la calidad de vida desarrollaría mayor frecuencia en las categorías identificadas como (S y MS) que las negativas (I y MI). Esta hipótesis no se rechaza. La decisión está basada en que el 91% de la muestra identificó la valoración de la calidad de vida como (S y MS). Según la (OMS) la calidad de vida es la percepción personal de un individuo, dentro del contexto, por lo cual en esta población para ellos tener una vivienda es ver cumplido un objetivo de su vivienda propia.

A su vez se pretendía evaluar cómo era la valoración de la calidad de vida según elementos sociodemográficos (sexo y edad), para ello nos planteamos como hipótesis nula que la valoración de la calidad de vida desarrollaría las mismas distribuciones independientemente del sexo (prueba chi cuadrado) y la edad (prueba de correlación de Pearson). Estas dos hipótesis de independencia tampoco se rechazaron. Por lo que concluimos que la calidad de vida de las personas mayores es identificada con valoración positiva (S y MS) independientemente de la edad y el sexo.

La valoración de la calidad de vida medida a través de la Escala Fumat no incorpora información adicional si se le adiciona información sociodemográfica (sexo y edad),

En la misma se advierte una marcada diferencia de proporciones entre las valoraciones positivas de la calidad de vida, funcionalidad física y social.

Los puntajes que se muestran un (95/110) 86% de la muestra se ubica en un estrato de valoración de la calidad de vida identificada con valoración positiva, o sea Satisfecho.

En el año 2014 una muestra conformada de 13 Adultos Mayores de 65 años institucionalizados en un residencial, se halla una tendencia positiva de la calidad de vida en 8 dimensiones, 5 se encontraron por encima del percentil 50. Por debajo del percentil 50, las áreas más vulnerables fueron bienestar emocional, bienestar material y bienestar físico. No obstante, un 86 % de la muestra se encuentra dentro del 25% de las puntuaciones más altas de la escala. Por lo que se trata de un conjunto de AM en los cuales independientemente de la edad y el sexo desarrolla un perfil de calidad de vida bueno, que es auto percibido por los mismos con satisfacción. Siendo en 100 casos superior a la mediana ( $p_{50} = 68$ )

En una investigación de la Universidad de Perú (2009), resulta 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. Dentro de este marco de nuestra investigación 89% de los individuos de la muestra autoperciben con satisfacción la dimensión BE.

En este mismo año, Maya (2018) en una investigación realizada sobre la calidad de vida de una muestra de adultos mayores no institucionalizados de la Ciudad de México, en la que aplicaron la escala de FUMAT, relacionaron el envejecimiento y las dimensiones que componen la calidad de vida según dicha escala, llegaron a los siguientes resultados:

La existencia de un nivel aceptable de calidad de vida en las personas mayores especialmente en el grupo de mujeres de 60-70 años y de hombres de 70-80 años y la presencia de una percepción baja del bienestar material como del bienestar físico en relación con el resto de las sub escalas para ambos grupos, Tiene dificultades de movilidad son las que registran la mayor cantidad de las personas de la muestra que identifican a las mismas como una limitante y que a nivel de la componente repercuten a través de una disminución de la valoración de la misma. Por lo que puede concluirse que en gran medida la disminución de la valoración de esta componente del bienestar Físico, en relación al BE se debe a la disminución de las capacidades motrices.

Se advierte que en esta componente de Bienestar Material solo una persona (de 110) se autoperciben como Muy Insatisfecho con ella, mientras que existe casi un 86% de las personas de la muestra que se encuentran Satisfechos o Muy Satisfechos. En el caso de las personas Satisfechos o Muy satisfechos los porcentajes son similares (aprox 43% en cada categoría de estos). Un 16% cree que sus Relaciones Interpersonales es insatisfecho y el restante 84% casi por mitades identifican a esta variable, con las categorías, Muy satisfechas y satisfechas. Este hecho de cuenta que la valoración de la autopercepción de las RI disminuye al aumentar la edad.

La autopercepción como elemento integral del ser humano, influenciado por la salud física, su nivel de independencia. En virtud de los resultados el género no representa un factor de riesgo para la salud mental. Para concluir en la investigación realizada la población estudiada autopercibe la calidad de vida como muy satisfecha.

La calidad de vida relacionada con la salud, no ha mostrado asociaciones de interés, a excepción de la edad, que se ha asociado positivamente a la misma. Por otro lado, tener



en cuenta la perspectiva de calidad de vida en las personas mayores, en un instrumento necesario para la evaluación de las políticas asistenciales y la toma de decisiones relacionadas con la prestación de los servicios. Hacia ellos deben dirigirse de forma adecuada los cuidados socio sanitarios, basándonos en el mantenimiento de salud y el bienestar, así como en el fomento de la participación política y social en la toma de decisiones, lo que podría contribuir a la mejora del sistema de salud y servicios sociales y al propio concepto de estado de bienestar de nuestro país y de los de nuestro entorno. Aunque la mayoría de las personas mayores tienen una autopercepción de la calidad de vida satisfecha, a medida que se acrecienta el proceso de envejecimiento la probabilidad de que se padezca de depresión, soledad entre otros son frecuentes.

Queda de manifiesto que durante las entrevistas las personas estaban satisfechas por la oportunidad que les brinda BPS de poder contar con las viviendas. Una solución habitacional que brinda una atención integral a las personas mayores que se encuentran en una situación de fragilidad bio-psico-social, buscando dedicar una mejor calidad de vida, sin perder sus vínculos familiares y sus redes secundarias. Con la Facultad de enfermería fundamenta el Servicios de recreación y uso del tiempo libre que apuntan a promover hábitos de vida saludables.

Existe un incremento vertiginoso de este sector de la población y los pronósticos de este crecimiento van en ascenso; por tanto, resulta necesario que los profesionales de la salud se interesen por comprender mejor esta etapa de la vida para que contribuyan a lograr el bienestar y la calidad de vida de las personas mayores. Diversos estudios demuestran que la percepción de las personas mayores sobre su salud influye en su calidad de vida y por tanto, en su estado de salud. Son múltiples los factores que han trascendido en el tiempo, referidos a la salud mental y la satisfacción de la vida de este

grupo etario, entre ellos se encuentra la autopercepción, que se ha convertido en un indicador útil y adecuado para conocer el estado de salud de las personas mayores. De este modo, la autopercepción de la salud mental de la calidad de las personas mayores constituye por tanto y abarca aspectos físicos, afectivos, sociales. La promoción de la salud mental de grandes medidas de estrategias conducentes a que las personas mayores cuenten con los recursos necesarios para satisfacer sus necesidades básicas. Haciendo referencia a la teoría del modelo de Roper-Logan-Tierney permite centralizarnos en la enseñanza-aprendizaje del cuidado al adulto, que se traduce en calidad de vida para una mayor independencia para las actividades de la vida diaria en su contexto familia y del entorno. El acercamiento a la realidad de las personas mayores posibilita conocer la calidad de vida en el pluralismo político y social, la participación activa en la toma de decisiones, el desarrollo de la propia identidad.

La evaluación de la calidad de vida es necesaria para el desarrollo de planes y estrategias de atención centrados en este grupo para su atención en los servicios de salud. El aumento de la esperanza de vida en la población de personas mayores amerita que se realicen estudios que aporten datos actuales y conocimientos sobre su auto percepción.

El mismo refleja el enfoque de vivir y de cuidar, fundamentos de la disciplina enfermera la cual practica mediante acciones de cuidado fomentando una vida saludable que le permita a las personas mayores mejorar su calidad de vida.

## 5.2 Sugerencias

Establecer un servicio integral de salud que responda a las necesidades de las personas mayores, fortaleciendo y reorientando para ello los servicios existentes y creando aquellos que fueran necesarios.

Promover la formación de recursos humanos mediante el diseño y la implementación de un plan nacional de capacitación en gerontología y geriatría para los prestadores actuales y futuros de servicios de salud, en todos los niveles de atención, subrayando el nivel de la atención primaria.

Elaborar y utilizar instrumentos para mejorar el conocimiento del estado de salud de las personas mayores y vigilar sus cambios.

Promover actividades de prevención en salud mental, con los estudiantes de grado, enfatizando los determinantes de la salud que influyen en su calidad de vida.

Trabajar en estrecha coordinación, con la asistente social del BPS, para lograr intervenciones de salud mental con las p m donde se detecten factores de riesgo de depresión o de consumo de sustancias (adicción al juego).

Integrar la psico educación en el trabajo de la academia, priorizando los temas de interés de las personas mayores. Las pm que tienen dificultades vinculares con sus familias, o viven solas, sin relaciones con amigos o vecinos, el aislamiento social es un factor de riesgo para intento de auto eliminación, en nuestro país, los hombres se suicidan más que las mujeres. (Año 2019)

Promover la práctica de enfermería en salud mental en el módulo del plan 2016, y también la posibilidad de continuar en otros cursos Del nuevo plan.

Continuar el convenio con la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República, a través de su Servicio de Extensión Universitaria, los complejos habitacionales no solo de Montevideo, sino el interior del país.

## Capítulo V I

### 6.1 Referencias bibliográficas

Abelino, G., Millán J. , Vega N., Waller M., Yarzabal L. (2014). *Perfil de calidad de vida en adultos mayores institucionalizados en un centro residencial*. (Tesis de grado. Udelar, Facultad de Enfermería, Montevideo).

Aguilar R., Félix A. , Vázquez, Gutiérrez, Martínez y Quevedo M. (2004). *Modelo de Enfermería Roper-Logan-Tierney: Estrategia para la Formación en Competencias para el Cuidado del Adulto Mayor*. Recuperado de: [http://congresos.cio.mx/memorias\\_congreso\\_mujer/archivos/extensos/sesion4/S4-MCS01.pdf](http://congresos.cio.mx/memorias_congreso_mujer/archivos/extensos/sesion4/S4-MCS01.pdf)

Alonso, M., Sanchez L., Martinez, B. (2009). *Evaluación de la calidad de vida en personas mayores: La escala de Fumat*. España, Salamanca: Instituto Universitario de integración en la comunidad de Salamanca.

Alvarado, A. y Salazar, Á. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2), 57-62. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2014000200002>

Banco de Previsión Social. Uruguay. (2016). *Prestaciones Sociales. Soluciones Habitacionales. Vivienda*. Recuperado de: <https://www.bps.gub.uy/3493/vivienda.html>

Banco de Previsión Social. Uruguay. (2017). *Prestaciones Sociales. Memoria Anual* . Recuperado de: <https://www.bps.gub.uy>

Berriel F., Pérez R.y Rodríguez V. (2011). *Vejez y envejecimiento en Uruguay: Fundamentos diagnósticos para la acción*.

Botero E., Pico M. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud (cvrs) en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica. *Hacia la Promoción de la Salud*, 12, pp. 11 - 24

Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2002). *Los adultos mayores en América Latina y el Caribe - Datos e indicadores*. Recuperado de: [https://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/3/9353/boletin\\_envejecimiento.PD](https://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/3/9353/boletin_envejecimiento.PD)

Cerquera, A.; Flórez, L. y Restrepo, M. (2010). Autopercepción de la

salud en el adulto mayor. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, (31) pp. 407-428. Recuperado de:

<http://www.redalyc.org/pdf/1942/194214587018.pdf>

Coronado, J., Díaz, C., Apolaya, M., Manrique, L. y Arequipa, J. (2009).

*Percepción de la calidad de vida relacionada con la salud del adulto mayor*

*residente en la ciudad de Chiclayo*. En *Acta Médica Peruana*, Disponible en:

[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1728-59172009000400008&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172009000400008&lng=es&tlng=es).

Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española. Recuperado de: <http://www.rae.buscon.es/drael>

Espinoza, A., Rubio, B., Rosa, E. y Nava-Zavala, A. (2016). Generalidades y conceptos de calidad de vida en relación con los cuidados de salud. *El Residente*. 11(3), pp.120-125. Recuperado de:

<https://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2016/rr163d.pdf>

Fuenmayor, G. y Villasmil, Y. (2008). La percepción, la atención y la memoria como procesos cognitivos utilizados para la comprensión textual. *Revista de Artes y Humanidades UNIC*. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=170118859011>

Galli D., P. (2006) Autopercepción de la calidad de vida: un estudio comparativo. *Psicodebate 6. Psicología, Cultura y Sociedad*.

García H., Vera, C. y Lugo, L. (2014). *Calidad de vida relacionada con la salud en Medellín y su área metropolitana, con aplicación del SF-36*. Facultad Nacional de Salud Pública. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-386X2014000100004&lng=en&tlng=](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2014000100004&lng=en&tlng=).

Garay S., y Villegas R. (2009). Autopercepción de los adultos mayores sobre su vejez. *Kairós*, 12(1), pp. 39-58.

González, J. y Garza, R. (2015). *Primera revisión del Cuestionario de Calidad de Vida para Adultos Mayores en Comunidad*. México: Universidad Autónoma de Mexico. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10444319003>

Martínez Pérez, T. z Aragón, M. Castellón León, G. González Aguiar B., (2018)

*El envejecimiento, la vejez y la calidad de vida: ¿éxito o dificultad?, vol 8 (1), pp59.60.*

Hernández, R., Fernandez, C., Baptista, M. (2010). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill.

Hernández Zamora Z., Ehrenzweig Sánchez Y., Vázquez Espinosa J.M. (2011). Cómo tener una vejez saludable de los adultos mayores autopercebidos como sanos. *Alternativas en Psicología*. Disponible en <http://www.alternativas.me/17-numero-29-agosto-septiembre-2013/48-8>.

Instituto Nacional de Estadística (INE). (Uruguay). (2011). *Cuidados en personas adultas mayores*. Recuperado de: [http://www.ine.gub.uy/documents Atlas+Fasciculo+7](http://www.ine.gub.uy/documents/Atlas+Fasciculo+7)

Instituto Nacional de Estadística (INE). (Uruguay). (2011). *Manual del Censista*. Recuperado de: [http://www.ine.gub.uy/c/document\\_library/get\\_file?uuid=0025b663-abc5-4ab4-8517-e3302eb1f090&groupId=10181](http://www.ine.gub.uy/c/document_library/get_file?uuid=0025b663-abc5-4ab4-8517-e3302eb1f090&groupId=10181)

Leplege, A. y Hunt, S. (1998). El problema de la Calidad de Vida en Medicina. *Jama*, 7, (1): pp.19-23.

Marin J. (2003). Envejecimiento. *Revista Salud Pública y Educación para la Salud. Área de Medicina Preventiva y Salud Pública*. 3 (1), pp. 28-33. Disponible en <https://mpsp.webs.uvigo.es/rev03-1/envejecimiento-03-1.pdf>

Martínez-Pérez T, González-Aragón C, Castellón-León G y González-Aguilar B. El envejecimiento, la vejez y la calidad de vida: ¿éxito o dificultad? *Finlay*. Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/56>

Maya E.(2018). Evaluación de la calidad de vida de adultos mayores no institucionalizados de la CMDX a través de la escala Fumat. *Eureka*. 15, (1).

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2017) *Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud Mundial*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores/>

Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2017). *Envejecimiento y cambios demográficos*. Recuperado de: <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/>

Paredes M. (2017). El proceso de envejecimiento demográfico en el Uruguay y sus desafíos. *Boletín de envejecimiento y Derechos de las personas mayores*, 14.

Paredes, M. Ciarniello, M., Brunet, N. (2010). *Indicadores socio demográficos de envejecimiento y vejez en Uruguay: una perspectiva comparada en el contexto latinoamericano*. Montevideo: Lucida .

Peña, B., Terán, M., Moreno, F y Bazán, M. (2009). *Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor en la Clínica de Medicina Familiar Oriente del ISSSTE*.

Pinheiro, G., Alvarez, A. y Pires D. (2012). The configuration of the work of nurses in care of the elderly in the Family Healthcare Strategy. *Cienc Saúde Coletiva*.

Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional del Adulto Mayor. (Uruguay). (2016). Recuperado de: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Programa%20Adulto%20Mayor.pdf>.

San Román, X., Toffoletto, M., Oyanedel, J., Salfate, S., Reynaldos, K. (2017). *Factores asociados al bienestar subjetivo en los adultos mayores*. Disponible en <https://doi.org/10.1590/0104-07072017005460015>

[http://www.sistemadecuidados.gub.uy/innovaportal/file/23306/1/13.05\\_-\\_snc\\_informe\\_censo\\_-\\_adultos\\_mayores.pdf](http://www.sistemadecuidados.gub.uy/innovaportal/file/23306/1/13.05_-_snc_informe_censo_-_adultos_mayores.pdf)

Savio. (2011). *Guía de cuidados de salud para los adultos mayores*. Recuperado de: [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/111003\\_Guia\\_del\\_Adulto\\_Mayor.pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/111003_Guia_del_Adulto_Mayor.pdf)

Rodríguez, M. (2017). *Calidad de vida de los adultos mayores mestizos e indígenas del cantón Nabón*. Disponible en:

<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/30386/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION.pdf>

Rubio, D., Rivera, L., Borges, L., González, F. *Calidad de vida en el adulto mayor*. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=360643422019>

Uruguay. (2017). Ley N° 19529: Salud mental. Diario Oficial de la República Oriental del Uruguay.

Urzúa, A., Bravo, M., Ogalde, M. y Vargas, C. (2011). Factores vinculados a la calidad de vida en la adultez mayor. *Revista médica de Chile*, 139(8), pp. 1006-1014. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872011000800005>

Velázquez, C. (2017). *Calidad de vida y estado de salud del adulto mayor*. Centro del adulto mayor de la municipalidad provincial de Huancayo. Perú, Arequipa.



Recuperado de:

<http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/2976/ENDvelech.pdf?sequence=1&isAllowed>.

Vera, M. (2007). *Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia*. Anales de la Facultad de Medicina, 68(3), 284-290.

Recuperado de: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-55832007000300012&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832007000300012&lng=es&tlng=es).

Verdugo, M., Gómez, L., Arias, B., Schalock, R. (2009). Escala Integral. Evaluación objetiva y subjetiva de la calidad de vida de personas con discapacidad intelectual. Manual de aplicación y formulario. Madrid: CEPE.

Villalobos A. (2008). Autopercepción de la calidad de vida en adultos mayores. *Revista médica de Costa Rica y Centroamérica*. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/585/art4.pdf>.

## **6.2 Lista de abreviaturas y de siglas.**

BPS: Banco de Previsión Social

MIDES: Ministerio de Desarrollo Social

MS: Ministerio de Salud

OMS: Organización Mundial de Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

PRONAM: Programa Nacional del Adulto mayor

PM: Personas Mayores

RLT: Modelo de Enfermería de Roper, Logan y Tierney

SNIS: Sistema Nacional Integrado de Salud

## Capítulo VII

### 7.0 Anexos:

#### 7.1 Dimensiones de la calidad de vida

<b>Variable: Calidad de Vida de las Personas Mayores</b>	
<b>Dimensión: Bienestar Emocional</b>	
<b>Indicadores</b>	<b>Item</b>
Satisfacción con la vida	<ul style="list-style-type: none"><li>○ <b>Se muestra satisfecho con su vida presente</b><ol style="list-style-type: none"><li>4. Siempre o casi siempre</li><li>3. Frecuentemente.</li><li>2. Algunas veces</li><li>1. Nunca o casi nunca</li></ol></li></ul>
Autoconcepto	<ul style="list-style-type: none"><li>○ <b>Manifiesta sentirse inútil</b><ol style="list-style-type: none"><li>1. Siempre o casi siempre</li><li>2. Frecuentemente.</li><li>3. Algunas veces</li><li>4. Nunca o casi nunca</li></ol></li></ul>
Ausencia de estrés	<ul style="list-style-type: none"><li>○ <b>Se muestra intranquilo o nervioso</b><ol style="list-style-type: none"><li>1. Siempre o casi siempre</li><li>2. Frecuentemente.</li><li>3. Algunas veces</li><li>4. Nunca o casi nunca</li></ol></li></ul>
Satisfacción personal	<ul style="list-style-type: none"><li>○ <b>Se muestra satisfecho consigo mismo</b><ol style="list-style-type: none"><li>4. Siempre o casi siempre</li></ol></li></ul>

	3. Frecuentemente. 2. Algunas veces 1. Nunca o casi nunca
Sentimientos negativos-comportamiento	○ <b>Tiene problemas de comportamiento</b> 1. Siempre o casi siempre 2. Frecuentemente. 3. Algunas veces 4. Nunca o casi nunca
Servicios y apoyos recibidos	○ <b>Se muestra satisfecho con los servicios y apoyos que recibe</b> 4. Siempre o casi siempre 3. Frecuentemente. 2. Algunas veces 1. Nunca o casi nunca
Sentimientos negativos-estado de ánimo	○ <b>Manifiesta sentirse triste o deprimido</b> 1. Siempre o casi siempre 2. Frecuentemente. 3. Algunas veces 4. Nunca o casi nunca

<b>Variable: Calidad de Vida de las Personas Mayores</b>	
<b>Dimensión: Relaciones Interpersonales</b>	
<b>Indicadores</b>	<b>Item</b>
Relaciones de amistad	○ <b>Realiza actividades que le gustan a otras personas</b> 4. Siempre o casi siempre 3. Frecuentemente. 2. Algunas veces 1. Nunca o casi nunca
Relaciones sociales	○ <b>Mantiene una buena relación con los profesionales del servicio al que acude</b> 4. Siempre o casi siempre

	<p>3. Frecuentemente.</p> <p>2. Algunas veces</p> <p>1. Nunca o casi nunca</p>
Relaciones sociales	<p>○ <b>Mantiene una buena relación con los compañeros del servicio al que acude</b></p> <p>4. Siempre o casi siempre</p> <p>3. Frecuentemente.</p> <p>2. Algunas veces</p> <p>1. Nunca o casi nunca</p>
Relaciones familiares	<p>○ <b>Carece de familiares cercanos</b></p> <p>1. Siempre o casi siempre</p> <p>2. Frecuentemente.</p> <p>3. Algunas veces</p> <p>4. Nunca o casi nunca</p>
Contactos Sociales negativos	<p>○ <b>Valora negativamente sus relaciones de amistad</b></p> <p>1. Siempre o casi siempre</p> <p>2. Frecuentemente.</p> <p>3. Algunas veces</p> <p>4. Nunca o casi nunca</p>
Sentimientos sociales positivos	<p>○ <b>Manifiesta sentirse querido por las personas importantes para él.</b></p> <p>4. Siempre o casi siempre</p> <p>3. Frecuentemente.</p> <p>2. Algunas veces</p> <p>1. Nunca o casi nunca</p>

**Variable: Calidad de Vida de las Personas Mayores**

**Dimensión: Bienestar Material**

<b>Indicadores</b>	<b>Item</b>
Vivienda	<ul style="list-style-type: none"><li>○ <b>El lugar donde vive es confortable</b></li></ul> <ol style="list-style-type: none"><li>4. Siempre o casi siempre</li><li>3. Frecuentemente.</li><li>2. Algunas veces</li><li>1. Nunca o casi nunca</li></ol>
Jubilación	<ul style="list-style-type: none"><li>○ <b>Manifiesta no estar satisfecho con su jubilación (o situación laboral actual)</b></li></ul> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Siempre o casi siempre</li><li>2. Frecuentemente.</li><li>3. Algunas veces</li><li>4. Nunca o casi nunca</li></ol>
Ingresos	<ul style="list-style-type: none"><li>○ <b>Se queja de su jubilación o pensión o su salario</b></li></ul> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Siempre o casi siempre</li><li>2. Frecuentemente.</li><li>3. Algunas veces</li><li>4. Nunca o casi nunca</li></ol>
Vivienda	<ul style="list-style-type: none"><li>○ <b>El lugar donde vive tiene barreras arquitectónicas que impidan o dificultan alguna de sus actividades</b></li></ul> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Siempre o casi siempre</li><li>2. Frecuentemente.</li><li>3. Algunas veces</li><li>4. Nunca o casi nunca</li></ol>
Condiciones del servicio	<ul style="list-style-type: none"><li>○ <b>El servicio al que acude vive tiene barreras arquitectónicas que impidan o dificultan alguna de sus actividades</b></li></ul> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Siempre o casi siempre</li><li>2. Frecuentemente.</li><li>3. Algunas veces</li><li>4. Nunca o casi nunca</li></ol>

Posesiones	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Dispone de las cosas materiales que necesita</b></li> <li>4. Siempre o casi siempre</li> <li>3. Frecuentemente.</li> <li>2. Algunas veces</li> <li>1. Nunca o casi nunca</li> </ul>
Vivienda	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>El lugar donde vive necesita reformas para adaptarse a sus necesidades</b></li> <li>1. Siempre o casi siempre</li> <li>2. Frecuentemente.</li> <li>3. Algunas veces</li> <li>4. Nunca o casi nunca</li> </ul>

**V Variable: Calidad de Vida de las Personas Mayores-Dimensión: Bienestar Físico**

<b>Indicadores</b>	
Movilidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Tiene problemas de movilidad</b></li> <li>1. Siempre o casi siempre</li> <li>2. Frecuentemente.</li> <li>3. Algunas veces</li> <li>4. Nunca o casi nunca</li> </ul>
Actividades de la vida diaria	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Tiene problemas de continencia</b></li> <li>1. Siempre o casi siempre</li> <li>2. Frecuentemente.</li> <li>3. Algunas veces</li> <li>4. Nunca o casi nunca</li> </ul>
Audición	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Tiene dificultad para seguir una conversación porque oye mal</b></li> <li>1. Siempre o casi siempre</li> <li>2. Frecuentemente.</li> <li>3. Algunas veces</li> <li>4. Nunca o casi nunca</li> </ul>
Salud General	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Su estado de salud le permite salir a la calle</b></li> <li>4. Siempre o casi siempre</li> <li>3. Frecuentemente.</li> </ul>

	<p>2. Algunas veces</p> <p>1. Nunca o casi nunca</p>
Memoria	<p>○ <b>Tiene problemas para recordar información importante para la vida cotidiana (caras familiares, nombres)</b></p> <p>1. Siempre o casi siempre</p> <p>2. Frecuentemente.</p> <p>3. Algunas veces</p> <p>4. Nunca o casi nunca</p>
Visión	<p>○ <b>Tiene dificultades de visión que le impidan realizar sus tareas habituales</b></p> <p>1. Siempre o casi siempre</p> <p>2. Frecuentemente.</p> <p>3. Algunas veces</p> <p>4. Nunca o casi nunca</p>



## 7.2. Ficha Técnica del instrumento

<b>Nombre Escala FUMAT</b>	Autores: Miguel Ángel Verdugo Alonso Laura Elisabeth Gómez Sánchez Benito Arias Martínez
<b>Objetivo</b>	Evaluación objetiva de la calidad de vida de usuarios de servicios sociales
<b>Ámbito de aplicación</b>	Adultos mayores
<b>Informadores</b>	Profesionales de los servicios sociales que conozcan a la persona al menos desde hace tres meses
<b>Administración</b>	Individual
<b>Validación</b>	Instituto Universitario de Integración en la Comunidad (INICO). Universidad de Salamanca, España.
<b>Duración</b>	10 minutos, aproximadamente
<b>Significación</b>	Evaluación objetiva de la calidad de vida (Bienestar emocional, Bienestar físico, Bienestar material, Relaciones interpersonales, Inclusión social, Desarrollo personal, Autodeterminación y Derechos)
<b>Finalidad</b>	Identificar el perfil de calidad de vida de una persona para la realización de planes individualizados de apoyo y proporcionar una medida fiable para la supervisión de los progresos y los resultados de los planes.
<b>Puntuación</b>	Puntuaciones estándar (M= 10; DT= 3) de cada dimensión de calidad de vida, percentiles e Índice de Calidad de Vida
<b>Material</b>	Manual y cuadernillo de anotación
<b>Nombre Escala FUMAT</b>	Autores: Miguel Ángel Verdugo Alonso Laura Elisabeth Gómez Sánchez Benito Arias Martínez
<b>Objetivo</b>	Evaluación objetiva de la calidad de vida de usuarios de servicios sociales
<b>Ámbito de aplicación</b>	Adultos mayores
<b>Informadores</b>	Profesionales de los servicios sociales que conozcan a la persona al menos desde hace tres meses
<b>Administración</b>	Individual

<b>Validación</b>	Instituto Universitario de Integración en la Comunidad (INICO). Universidad de Salamanca, España.
<b>Duración</b>	10 minutos, aproximadamente
<b>Significación</b>	Evaluación objetiva de la calidad de vida (Bienestar emocional, Bienestar físico, Bienestar material, Relaciones interpersonales, Inclusión social, Desarrollo personal, Autodeterminación y Derechos)
<b>Finalidad</b>	Identificar el perfil de calidad de vida de una persona para la realización de planes individualizados de apoyo y proporcionar una medida fiable para la supervisión de los progresos y los resultados de los planes.
<b>Puntuación</b>	Puntuaciones estándar (M= 10; DT= 3) de cada dimensión de calidad de vida, percentiles e Índice de Calidad de Vida
<b>Material</b>	Manual y cuadernillo de anotación.

### 7.3 Operacionalización de las variables

<b>Variable</b>	<b>Definición</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Nivel de medición</b>	<b>Tipo de variable</b>
Sexo	Condición de un organismo que distingue entre masculino y femenino.	- Femenino: propio de la mujer. - Masculino: propio del hombre.	Nominal	Cualitativa
Edad	Tiempo que ha vivido la persona hasta la actualidad.	65-69 años 70- 79 años 80-89 años 90- 95 años	Intervalo de clase	Cuantitativa

#### **7.4 Puntuación de las respuestas**

Para la dimensión **bienestar emocional** la misma cuenta con 8 ítems .Cada ítems en la escala desarrolla valores entre 1 a 4, puntos, por ellos, esta componente desarrollara para cada persona valores **entre 8 y 32** puntos. A cada persona en este componente se le asigna una clasificación del grado de satisfacción que presenta de acuerdo a la puntuación desarrollada en ella.

Para ello se identifica como “MUY INSATISFECHO” si la puntuación de la componente se encuentra entre 8-14 “INSATISFECHO” si la puntuación de la componente se encuentra entre 15-20, “SATISFECHO” si la puntuación de la componente se encuentra entre 21-26 y “MUY SATISFECHO” para puntuaciones de entre 27-32

Para la dimensión bienestar **físico**, consta de 6 ítems y desarrolla valores de 1 a 4.

Cada ítems en la escala se traduce que la componente registrará valores de entre 6 y 24 puntos para cada persona.

Para este componente se traduce como “MUY INSATISFECHO” si la puntuación de la componente se encuentra entre 6-10 “INSATISFECHO” si la puntuación de la componente se encuentra entre 11-15, “SATISFECHO” si la puntuación de la componente se encuentra entre 16-20 y “MUY SATISFECHO” para puntuaciones de entre 21-24

Para la dimensión **bienestar material** que consta de 7 ítems con puntajes que van del 1 al 4.

Consta de 7 preguntas (numeradas de 15 a 21), por lo que esta componente en cada persona desarrolla valores entre 7 y 28

Se identifica como “MUY INSATISFECHO” si la puntuación de la componente se encuentra entre 7-12 “INSATISFECHO” si la puntuación de la componente se encuentra entre 13-17 ,“SATISFECHO” si la puntuación de la componente se encuentra entre 18-22 y “MUY SATISFECHO” para puntuaciones de entre 23-28.

**Relaciones interpersonales** tiene 6 ítems con puntajes que van de 1 a 4. “MUY INSATISFECHO” puntuaciones comprendidas entre 6-10 “INSATISFECHO” puntuaciones comprendidas entre 11-15, “SATISFECHO” puntuaciones comprendidas entre 16-20 y “MUY SATISFECHO” para puntuaciones de entre 21-24.

**BE**

8 \_\_\_\_ 14 \_\_\_\_      15 \_\_\_\_ 20 \_\_\_\_      21 \_\_\_\_ 26 \_\_\_\_      27 \_\_\_\_ 32

Muy Insatisfecho (MI)      Insatisfecho (I)      Satisfecho(S)      Muy satisfecho (MS)

**BF**

6 \_\_\_\_ 10 \_\_\_\_      11 \_\_\_\_ 15 \_\_\_\_      16 \_\_\_\_ 20 \_\_\_\_      21 \_\_\_\_ 24

Muy Insatisfecho (MI)      Insatisfecho (I)      Satisfecho(S)      Muy satisfecho (MS)

## **BM**

7 \_\_\_\_\_ 12      13 \_\_\_\_\_ 17      18 \_\_\_\_\_ 22 \_\_\_      23 \_\_\_\_\_ 28

Muy Insatisfecho (MI)      Insatisfecho (I)      Satisfecho(S)      Muy  
satisfecho (MS)

## **RI**

6 \_\_\_\_\_ 10      11 \_\_\_\_\_ 15      16 \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_      21 \_\_\_\_\_ 24

Muy Insatisfecho (MI)      Insatisfecho (I)      Satisfecho(S)      Muy  
satisfecho (M)

### **8.5 Autorización para la utilización del instrumento**

Se realizó una comunicación vía mail con uno de los autores de la escala de Fumat, (Miguel Ángel Verdugo) quien reside en la Ciudad de Salamanca, España, accediendo a la aplicación del instrumento y la validación del mismo, mostrándose muy interesado en saber los resultados posteriores de la investigación.

## 7.6 Validación del instrumento

DATOS DEL EXPERTO:

Nombres: \_\_\_\_\_ Apellidos: \_\_\_\_\_  
Género: Profesión: \_\_\_\_\_ Último Título Obtenido: Institución en  
Donde Trabaja \_\_\_\_\_ Asignatura que dicta

7. Antigüedad: \_\_\_\_ Hago constar que he revisado, con fines de validación el instrumento: diseñado por el autor del mismo y luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes apreciaciones:

	Deficiente	Aceptable	Excelente
Congruencia ítem-dimensión			
Amplitud de contenidos			
Claridad en la Redacción de los ítems			
Ortografía			
Presentación clara, concisa y concreta			
Sugerencias			

MONTEVIDEO-----2019-Firma del validador

## DATOS DEL EXPERTO

Nombres: \_\_A\_\_ Apellidos: L\_ Género: F. Profesión: Licenciada en enf. Mg en Gestión-Asist académico- Experta en Infecciones

Último Título Obtenido: Mg en Gestión-

Institución en Donde Trabaja: \_\_Centro de posgrado subrogante de dirección (udelar).Asist académico de enfermería Udelar y Cenaque

Asignatura que dicta: Ay anciano. Coordinadora de posgrado

Cargo: Grado 4

Antigüedad: \_\_20\_\_

Hago constar que he revisado, con fines de validación el instrumento: diseñado por el autor del mismo y luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes apreciaciones:

	Deficiente	Aceptable	Excelente
Congruencia ítem-dimensión		x	
Amplitud de contenidos			
Claridad en la Redacción de los ítems		x	
Ortografía			x
Presentación clara, concisa y concreta			x
Sugerencias: Realizar un plan piloto. Que el profesional tenga su tiempo entre 10 a 15 minutos para que lo pueda comprender.  Como se ha mencionado, este instrumento proporciona un perfil objetivo de la calidad de vida de los usuarios adultos de servicios sociales  Montevideo enero 2020			



DATOS DEL EXPERTO

Nombres: \_\_M\_\_ Apellidos: G\_\_ Género: F. Profesión: especialista en Salud Mental

Último Título Obtenido:

Institución en Donde Trabaja: \_\_Directora de DPTO Salud Mental\_\_

Asignatura que dicta: \_\_Salud Mental\_\_

Cargo: \_\_Hasta diciembre 2019\_\_

Antigüedad: \_\_20\_\_

Hago constar que he revisado, con fines de validación el instrumento: diseñado por el autor del mismo y luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes apreciaciones:

	Deficiente	Aceptable	Excelente
Congruencia ítem-dimensión		x	
Amplitud de contenidos			
Claridad en la Redacción de los ítems		x	
Ortografía			x
Presentación clara, concisa y concreta			x
Sugerencias: A la vista de estos datos, se puede concluir que la Escala FUMAT supone una valiosa aportación a la investigación sobre calidad de vida y, especialmente, al campo aplicado de la intervención en personas mayores. El instrumento permite evaluar en pocos minutos y de una forma muy sencilla la calidad de vida. Coincido con las expresiones de las otras compañeras. Hay que explicarle bien a las personas. Y dedicar tiempo y aplicar un plan piloto. Con población Similar			

Montevideo diciembre.2019			
---------------------------	--	--	--

### DATOS DEL EXPERTO

Nombres: \_\_M\_\_ Apellidos: M\_\_ Género: F. Profesión: Contadora Pública y docente de Metodología de UM

Último Título Obtenido: Magíster en Derecho y Técnica Tributaria

Institución en Donde Trabaja: UM y estudio contable-

Asignatura que dicta: \_\_ Metodología

Cargo: \_docente

Antigüedad: \_5 años como docente

Hago constar que he revisado, con fines de validación el instrumento: diseñado por el autor del mismo y luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes apreciaciones:

	Deficiente	Aceptable	Excelente
Congruencia ítem-dimensión		x	
Amplitud de contenidos			
Claridad en la Redacción de los ítems		x	
Ortografía			x

Presentación clara, concisa y concreta			x
<p>Sugerencias</p> <p>Es bueno, que como informador, te prepares para aplicar la Escala, para poder obtener buenos datos para realizar después el análisis, llegar a las conclusiones y realizar una buena tesis.</p> <p>No olvides el perfil de las personas a las que se la vas a aplicar (adultos mayores).</p> <p>Pensando en aplicar la escala a una persona de la edad de mamá por ejemplo:</p> <p>Decirle previamente por ejemplo, que para contestar tenga presente su modo de vivir, que le preocupa, que piense por ejemplo en las últimas semanas.</p> <p>No sé si al momento de practicar el instrumento se le explica que significa “se muestra satisfecho con su vida”. No se si mamá eso lo podría contestar sin una explicación previa. El Bienestar emocional (BE) según la definición de la escala hace referencia a sentirse tranquilo, seguro, sin agobios, no estar nervioso.</p> <p>Y decirle que se relaciona con si se siente contento, cómodo, feliz, se siente a gusto con su con su vida</p> <p>Y con respecto a la medición nunca o casi nunca’, ‘a veces’, ‘frecuentemente’ y ‘siempre o casi siempre’, si tiene dificultad</p> <p>Puede responder pensando en una escala Likert , por ejemplo totalmente en desacuerdo’, ‘en desacuerdo’, ‘acuerdo’ y ‘totalmente de acuerdo’) o Nada Un poco Moderado Bastante Totalmente.</p> <p>Yo por ejemplo tuve que leer dos veces “<u>manifiesta sentirse inútil</u>”. Va por el contrario, inútil quiere decir no sirvo para nada o si me siento útil cocino, hago mandados, limpio la casa, me siento útil., o no puede moverse porque tiene un impedimento físico. Así con cada ítem tendrías que analizarlos tu primero, para poderles dar una breve explicación de que significan por supuesto con un criterio objetivo, si te preguntan ¿qué quiere decir esto?.</p> <p>Por ejemplo “<u>tiene problemas de comportamiento</u>”: con qué tipo de comportamiento de carácter, si es irritable, o si se alimenta bien, si hace ejercicio, si duerme bien, si está deprimido, como se relacionan con otros miembros del grupo al que pertenecen, pérdida de juicio, si siempre está enojado, desagradoado ?</p> <p>O quiere decir tener reacciones agresivas, empujar, insultar, o en alguna acción de su vida diaria no se quiere bañar, no quiere comer, no se quiere acostar. Y si esto le pasa habitualmente.</p> <p>En fin me parece que tendría que analizar cada ítem para estar preparada y poderles responder que quieres decir al preguntar “tiene problemas de comportamiento” así con cada uno de los ítems de las distintas dimensiones.</p> <p>Montevideo ; diciembre 2019</p>			

## 7.7 Instrumento Escala de Fumat

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

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

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

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

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

<b>BIENESTAR FÍSICO</b>		Siempre o Casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o Casi Nunca
30	Tiene problemas de movilidad	1	2	3	4
31	Tiene problemas de continencia	1	2	3	4
32	Tiene dificultad para seguir una conversación porque oye mal	1	2	3	4
33	Su estado de salud le permite salir a la calle	4	3	2	1
34	Tiene problemas para recordar información importante para la vida cotidiana (caras familiares, nombres, etc.)	1	2	3	4
35	Tiene dificultades de visión que le impiden realizar sus tareas habituales	1	2	3	4
<b>Puntuación directa TOTAL</b>					

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

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

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

## 7.8 Salidas de RS

### 7.8.1 Anexo Bienestar Emocional

#### CHI CUADRADO

(Salida R N. °2)

```
## Salida ## Pearson's Chi-squared test X-squared = 1.4658, df = 3, p-value = 0.6902
## data: datosB1$SEXO and datosB1$puntuacion_tramos
```

#### R DE PEARSON

```
## Salida R Pearson's product-moment correlation cor : -0.104 p-value =0.28
## data: datosB1$EDAD and datosB1`Puntuacion total` t = -1.0861, df = 108,
```

```
## 95 percent confidence interval: -0.2856271 0.0849501
```

### 7.8.2 Anexo Bienestar fisico

#### CHI CUADRADO

```
## Salida R ## Pearson's Chi-squared test
## data: datosBF$SEXO and datosBF$puntuacion_tramos
## X-squared = 1.3229, df = 3, p-value = 0.7237
```

#### R DE PEARSON

```
## Salida R ## Pearson's product-moment correlation cor -0.1274824 p-value = 0.18
## data: datosBF$EDAD and datosBF`Puntuacion total` t = -1.3357, df = 108,
## 95 percent confidence interval: -0.30738651 0.06122045
```



### 7.8.3 Anexo Bienestar Material

#### CHI CUADRADO

```
## Pearson's Chi-squared test
## data: datosBM$SEXO and datosBM$puntuacion_tramos
## X-squared = 2.1875, df = 3, p-value = 0.5344
```

#### R DE PEARSON

```
## Pearson's product-moment correlation
# data: datosBM$EDAD and datosBM`Puntuacion total`#sample estimates: cor = -
0.125781

t = -1.3176, df = 108, p-value = 0.1904#95 percent confidence interval: -0.306 0.063
```

### 7.8.4 Anexo Relaciones Interpersonales

#### CHI CUADRADO

```
## Pearson's Chi-squared test
## data: datosRI$SEXO and datosRI$puntuacion_tramos
## X-squared = 0.24256, df = 2, p-value = 0.8858
```

#### R DE PEARSON

```
## Pearson's product-moment correlation

## 95 percent confidence interval: -0.37787254 -0.01861959 p -value: 0.03465

## sample estimates: cor -0.2051458
```

### 7.8.5 Anexo Escala Fumat

#### CHI CUADRADO

```
# Pearson's Chi-squared test X-squared = 1.5907, df = 2, p-value = 0.4514  
## data: datosF$SEXO and datosF$puntuacion_tramos
```

#### R DE PEARSON

```
## Pearson's product-moment correlation  
## data: datosF$EDAD and datosF`Puntuacion total`  
## t = -1.8775, df = 108, p-value = 0.06315 sample estimates:cor = -0.1777816  
## 95 percent confidence interval: -0.353263564 0.009785647
```

### 7.9 Consentimiento informado

Yo.....he

recibido información sobre el estudio titulado AUTOPERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR y cuyo objetivo es conocer la autopercepción sobre la calidad de vida de las personas mayores que habitan en complejos habitacionales del Departamento de Montevideo, Uruguay obtenida en el período comprendido entre octubre y diciembre de 2019. Conocer la autopercepción sobre la calidad de vida de las personas mayores

.Fui debidamente informado de los riesgos y beneficios de la participación en esta Investigación, se me aseguró que se preservará la confidencialidad y el anonimato en la participación de esta investigación. También he podido realizar todas las consultas que consideré oportunas, y se me ha entregado una hoja con la información. También se me ha informado que puedo retirarme del estudio cuando lo desee y que ello no será perjudicial para mi persona; se me ha garantizado la no identificación de mi persona y de la información por mi aportada.

Por lo tanto, doy mi consentimiento de participar en el estudio. Firma del (a) participante \_\_\_\_\_

Contrafirma \_\_\_\_\_

Documento de Identidad \_\_\_\_\_

Lugar y fecha \_\_\_\_\_

Teléfono Celular \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Con respecto a la hoja de información del participante para el consentimiento informado será la siguiente:

**TÍTULO: AUTOPERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS  
MAYORES**

Estimado PARTICIPANTE, éste estudio de investigación responde a un requisito curricular para acceder al Trabajo Final de Investigación de la Maestría en Salud Mental.

El objetivo: Conocer la autopercepción sobre la calidad de vida de las personas mayores en los complejos habitacionales del Departamento de Montevideo, Uruguay obtenida en el período comprendido entre mayo de 2016 y diciembre de 2019. Los procedimientos para la recopilación de datos que serán utilizados en la investigación, se adjuntan al instrumento del estudio. Dando cumplimiento a la resolución elaborada por la Comisión Nacional de Bioética y Calidad Integral de Atención a la Salud del SNIS, el Decreto N° 158/19 de la R.O.U. (Investigación en seres humanos), la Declaración Universal de Derechos Humanos de la ONU, la Declaración de Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO y la Declaración de Helsinki, se le informa que: Usted tiene la libertad de retirar el consentimiento en cualquier momento. - Puede dejar de participar en este estudio sin ningún perjuicio, ni riesgo. - Tiene la garantía de que no va a ser identificado

(a) y toda la información aportada será confidencial. - Que se mantendrán todos los preceptos éticos y legales durante y después de la recopilación de los datos. - El compromiso de que tiene acceso a la información en todas las fases del trabajo y los resultados.

Investigador: Licenciada Esp. Marisa Machado Santarelli, Celular: 094451237

Tutor: Prof.Esp. Margarita Garay Albarracin

## **7.10 Consideraciones éticas**

**Decreto N° 158/19:**

**Fecha de Publicación: 12/06/2019**

**PODER EJECUTIVO**

**CONSEJO DE MINISTROS**

Apruébase el Proyecto elaborado por la Comisión Nacional de Ética en Investigación, vinculada a la Dirección General de la Salud del MSP, relativo a la investigación en seres humanos.

MINISTERIO DEL INTERIOR

MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES

MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL

MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CULTURA

MINISTERIO DE TRANSPORTE Y OBRAS PÚBLICAS

MINISTERIO DE INDUSTRIA, ENERGÍA Y MINERÍA

MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

MINISTERIO DE GANADERÍA, AGRICULTURA Y PESCA

MINISTERIO DE TURISMO

MINISTERIO DE VIVIENDA, ORDENAMIENTO

TERRITORIAL Y MEDIO AMBIENTE

MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL

Montevideo, 3 de Junio de 2019

VISTO: el proceso de construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud, que asigna especial importancia a las actividades de investigación en seres humanos, cuya regulación compete al Ministerio de Salud Pública, especialmente respecto de los aspectos vinculados a la protección de la salud y dignidad de las personas que voluntariamente participan en ella como sujetos de la misma;

RESULTANDO: I) que la investigación en seres humanos es una práctica muy extendida en los sistemas de salud a nivel internacional, que la misma es imprescindible para promover el desarrollo científico;

II) que desde la bioética deben preservarse en todos los casos la dignidad y los derechos humanos de todas las personas que participan en ella;

III) que es prioritario disponer de un adecuado sistema de cobertura contra los riesgos a que quedan expuestos los sujetos de las investigaciones en seres humanos en los que participan;

CONSIDERANDO: que la Comisión Nacional de Ética en Investigación, a que refiere el Decreto N° 379/008 del 4 de agosto de 2008, estima necesario introducir modificaciones en el texto del mismo y del Anexo que lo integra;



ATENTO: a lo dispuesto en la Declaración Universal de Derechos Humanos, la Declaración de Helsinki (año 2000), la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, Artículos 44 y 72 de la Constitución de la República, la Ley N° 9.202 del 12 de enero de 1934, el literal c) del Artículo 44 del Anexo del Decreto N° 379/008 del 4 de agosto de 2008, la Ley N° 18.331 del 11 de agosto de 2008, la Ley 18.335 del 15 de agosto de 2008 y Artículo 339 de la Ley N° 18.362 del 6 de octubre de 2008;

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA

Actuando en Consejo de Ministros

DECRETA:

#### Artículo 1

Apruébese el Proyecto elaborado por la Comisión Nacional de Ética en Investigación, vinculada a la Dirección General de la Salud del Ministerio de Salud Pública, referido a la investigación en seres humanos, contenido en el Anexo que se adjunta y forma parte del presente Decreto. Este Anexo sustituye al elaborado por 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, referido a la investigación en Seres humanos, que forma parte del Decreto N° 379/008 de 4 de agosto de 2008.

#### Artículo 2

Todas las instituciones, tanto públicas como privadas, los patrocinadores y los investigadores deberán velar para que toda modalidad de investigación que se realice en su seno, en la que participen seres humanos respete la presente normativa.

### **Artículo 3**

Previamente a toda investigación se deberá contar con la aprobación del Comité de Ética en Investigación Institucional acreditado, la que deberá ser acompañada de su respectivo protocolo de investigación. El Ministerio de Salud Pública acreditará a los Comités de Ética en Investigación Institucionales según los criterios que se elaborarán en consulta con la Comisión Nacional de Ética en Investigación.

### **Artículo 4**

La Comisión Nacional de Ética en Investigación velará por el buen funcionamiento de los Comités de Ética en Investigación Institucionales.

### **Artículo 5**

Las investigaciones transnacionales con seres humanos que se desarrollen en nuestro país, deberán responder también a necesidades sanitarias nacionales.

### **Artículo 6**

Se crea un Grupo de Trabajo con el cometido de analizar y proyectar la regulación de un sistema de cobertura de los gastos de tratamientos y de la indemnización de los daños y perjuicios causados a los sujetos de investigaciones en seres humanos por su participación en las mismas. El Ministerio de Salud Pública designará a los miembros del referido Grupo.

## Artículo 7

Derógase el Decreto 379/008 del 4 de agosto de 2008.

## Artículo 8

Comuníquese, publíquese.

Dr. TABARÉ VÁZQUEZ, Presidente de la República, Período 2015-2020;  
JORGE VAZQUEZ; RODOLFO NIN NOVOA; DANILO ASTORI; JOSÉ  
BAYARDI; EDITH MORAES; VÍCTOR ROSSI; GUILLERMO MONCECCHI;  
ERNESTO MURRO; JORGE BASSO; ENZO BENECH; BENJAMÍN LIBEROFF;  
JORGE RUCKS; MARINA ARISMENDI.

## CAPÍTULO I

### Finalidad, términos y definiciones

1) Este Reglamento tiene por finalidad la protección integral de los seres humanos sujetos de una investigación, con especial consideración por su dignidad e integridad. La libertad para llevar a cabo investigación en seres humanos tiene como límite el respeto de los derechos y libertades esenciales que emanen de la personalidad humana, se hallen reconocidos en la Constitución de la República y en los Tratados Internacionales ratificados por la República y que se encuentran vigentes.

2) La presente norma adopta en su ámbito las siguientes definiciones:

a) Investigación: clase de actividad cuyo objeto es desarrollar o contribuir para el conocimiento científico.

Este consiste en hipótesis, teorías, relaciones o principios, que puedan ser corroborados por métodos científicos de observación e inferencia. Esto implica el empleo de la metodología científica apropiada para desarrollar dicho conocimiento.

b) Investigación que involucra seres humanos: investigación que individual o colectivamente involucra al ser humano, de forma directa o indirecta, en su totalidad o parte de él, incluyendo el manejo de informaciones o materiales.

c) Protocolo de Investigación: documento que describe la investigación en sus aspectos fundamentales, hipótesis, objetivos y metodología, la calificación de los investigadores y de todas las instancias responsables.

d) Enmienda/s de Protocolo: descripción escrita de un cambio o de una aclaración formal a un Protocolo.

e) Estudio multicéntrico: investigación realizada con un único protocolo en sujetos provenientes de más de una institución nacional o internacional.

f) Ensayo Clínico: es un Estudio de investigación prospectivo, biomédico o comportamental sobre seres humanos voluntarios, sanos o enfermos, diseñado para responder preguntas específicas sobre intervenciones biomédicas o comportamentales (medicamentos, productos biológicos, tratamientos, dispositivos, o nuevas formas de uso de medicamentos, productos biológicos, tratamientos o dispositivos conocidos). Las intervenciones comportamentales buscan prevenir o tratar una enfermedad o condición aguda o crónica.

g) Estudios multicéntricos, que requieren dictamen único: solo son los Ensayos Clínicos multicéntricos.

h) Medicamento en investigación: forma farmacéutica de una sustancia activa que se investiga o se utiliza como referencia en un ensayo clínico.

i) Investigador Principal: persona responsable de la investigación en todas sus etapas, así como de la integridad y derechos de los sujetos de la misma.

j) Institución de Investigación: organización pública o privada, legítimamente constituida y habilitada en la cual son realizables investigaciones científicas.

k) Patrocinador: individuo, empresa, Institución u organización responsable del inicio, gestión y/o financiación de una investigación.

l) Monitor: profesional capacitado con la necesaria competencia clínica, elegido por el patrocinador, que se encarga del seguimiento directo de la realización del ensayo.

Sirve de vínculo entre el patrocinador y el investigador principal, cuando éstos no concurren en la misma persona.

m) Riesgo de la Investigación: Posibilidad de daños en la dimensión física, psíquica, moral, intelectual, laboral, económico-financiera, social, cultural o espiritual del ser humano, en cualquier fase de una investigación y de sus derivaciones.

n) Daño asociado o derivado de la investigación: agravio inmediato o tardío, al individuo o a su colectividad, con nexo causal comprobado directo o indirecto, derivado del estudio científico.

ñ) Beneficio: es lo que promueve o aumenta el bienestar de las personas, tanto en sentido material como espiritual.

o) Sujeto de investigación: es la persona investigada, individual o colectivamente, de carácter voluntario. Le estará prohibido recibir cualquier forma de remuneración.

p) Consentimiento libre e informado: anuencia del sujeto de investigación y/o de su representante legal, libre de vicios (simulación, fraude o error), dependencia, subordinación o intimidación. Debe ser precedido por la explicación completa y pormenorizada sobre la naturaleza de la investigación, sus objetivos, métodos, beneficios previstos, potenciales riesgos y/o incomodidades que ésta pueda acarrear.

La aceptación debe ser formulada en términos de consentimiento, autorizando su participación voluntaria en la investigación.

q) Acontecimiento adverso: cualquier incidencia perjudicial para la salud en un paciente o sujeto de Ensayo Clínico tratado con un medicamento, droga, dispositivo o procedimiento, aunque no tenga necesariamente relación causal con dicho tratamiento.

r) Reacción adversa: toda reacción nociva y no intencionada a un medicamento, droga, dispositivo o procedimiento en investigación, independientemente de la dosis administrada en su caso.

s) Acontecimiento adverso grave o reacción adversa grave: cualquier acontecimiento adverso o reacción adversa que, como consecuencia de la investigación produzca la muerte, amenace la vida del sujeto, haga necesaria la hospitalización o la prolongación de ésta, produzca invalidez o incapacidad permanente o importante, o de lugar a una anomalía o malformación congénita. A efectos de su notificación, se tratarán también como graves aquellas sospechas de acontecimiento adverso o reacción adversa que se consideren importantes desde el punto de vista médico, aunque no cumplan los criterios anteriores.

t) Reacción adversa inesperada: reacción adversa cuya naturaleza o gravedad no se corresponde con la información referente al producto.

u) Conflicto de Interés: se presenta cuando uno o más miembros del Comité de Ética en Investigación tienen intereses con respecto a una específica solicitud para revisión, que puede comprometer su desempeño en cuanto a la obligación de proporcionar una evaluación libre e independiente de la investigación, enfocada a la protección de los participantes en aquella. Los conflictos de interés pueden presentarse cuando un miembro del Comité de Ética en Investigación tiene relación financiera, material, institucional, laboral o social en la investigación.

Igualmente se presentan conflictos de interés en el área de los investigadores cuando el interés primario (como el bienestar de los sujetos de investigación, o la validez de la investigación) puede afectarse por la primacía de un interés secundario.

v) Indemnización: cobertura material en reparación al daño inmediato o tardío, causado por la investigación al ser humano a ella sometida.

w) Reembolso: reintegro de los gastos derivados de la participación del sujeto en la investigación.

x) Comité de Ética en Investigación: grupo de naturaleza interdisciplinaria e independiente de la investigación propuesta, de carácter consultivo, resolutivo y educativo, creado para defender los intereses de los sujetos de la investigación, así como los de los investigadores, en su integridad y dignidad y para contribuir al desarrollo de la investigación dentro de principios científicos y éticos.



y) Vulnerabilidad: refiérese al estado de personas o grupos que, por cualquier razón o motivos no sean capaces de proteger sus propios intereses. Se consideran poblaciones vulnerables aquellas que posean su capacidad de autodeterminación reducida, sobre todo en lo que se refiere al consentimiento libre e informado.

z) Bioseguridad: conjunto de normas y medidas para proteger la salud del personal, frente a riesgos biológicos, químicos y físicos a los que está expuesto en el desempeño de sus funciones, también a los pacientes, a la comunidad y al medio ambiente.

Z') Incapacidad: se refiere al posible sujeto de investigación que no tenga capacidad civil para dar su consentimiento libre e informado, debiendo ser asistido o representado, de acuerdo con la legislación vigente.

## CAPÍTULO II

Aspectos éticos de la investigación que involucra seres humanos

3) Las investigaciones que involucran seres humanos deben atender las exigencias éticas y científicas fundamentales en el marco de los derechos humanos.

4) La observación de principios éticos de la investigación implica:

a) El consentimiento libre e informado de los individuos y la protección de los grupos vulnerables y los legalmente incapaces (principio de autonomía). Se deberá en todos los casos tratar a los sujetos investigados respetando su dignidad e integridad; atendiendo a su autonomía y defendiéndolos en su vulnerabilidad;

b) La ponderación de riesgos y beneficios, tanto actuales como potenciales, individuales o colectivos (principio de beneficencia) comprometiéndose con el máximo de beneficios y con el mínimo de daños y riesgos;

c) La garantía de que los daños previsibles serán evitados (principio de no maleficencia);

d) El respeto de la igualdad fundamental de todos los seres humanos en dignidad y derechos, de tal modo que sean tratados con justicia y equidad (principio de justicia);

5) Será considerado como investigación 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.

Los procedimientos referidos incluyen entre otros, los de naturaleza operacional, ambiental, nutricional, educacional, sociológica, antropológica - económica, física, psíquica o biológica.

Asimismo, se considerará investigación la recolección y todo tipo de manipulación de datos personales relacionados con la salud de individuos o comunidades. Esta enumeración no es taxativa.

6) La investigación en cualquier área del conocimiento, que involucre seres humanos deberá observar las siguientes exigencias:

a) ser relevante socialmente y adecuada a los principios científicos que la justifiquen y con posibilidades concretas de responder a las interrogantes propuestas;

b) estar fundamentada en un profundo conocimiento de la bibliografía científica, en otras fuentes de información pertinentes así como en experimentación previa realizada en centros de investigación y/o laboratorios, con o sin animales;

c) ser realizada solamente cuando el conocimiento que se quiere obtener no puede ser obtenido por otro medio; la importancia de su objetivo es mayor que el riesgo inherente y los costos para el individuo. Esto es especialmente importante cuando son voluntarios sanos;

d) deben prevalecer siempre las probabilidades de beneficios esperados sobre los riesgos previsibles; sólo se justifica si existen posibilidades razonables de que la población sobre la que la investigación se realiza, podrá beneficiarse de sus resultados;

e) obedecer a una metodología adecuada. Si hubiese necesidad de distribución aleatoria de los sujetos de investigación en grupos experimentales y de control, asegurar que, a priori, no sea posible establecer las ventajas de un procedimiento sobre otro a través de revisión de la literatura, métodos de observación o métodos que no involucren seres humanos;

f) tener perfectamente justificado, cuando fuera del caso, la utilización de placebo en términos de no-maleficencia;

g) contar con el consentimiento libre e informado de los sujetos de investigación, prestado de acuerdo con las normas vigentes;

h) contar con el personal y materiales necesarios que garanticen el bienestar de los sujetos de investigación, exigiendo adecuación entre la competencia del investigador y el proyecto propuesto;

i) prever procedimientos que aseguren la confidencialidad y la privacidad, la protección de la imagen y la no estigmatización, garantizando la no utilización de la información en perjuicio de personas y/ o comunidades;

j) ser desarrollada preferentemente en individuos con autonomía plena. Los individuos o grupos vulnerables, no deben ser sujetos de investigación cuando la información deseada puede ser obtenida a través de sujetos con plena autonomía, a menos que la investigación pueda traer beneficios directos a los vulnerables. En estos casos, se debe asegurar el derecho de los individuos o grupos que quieran participar de la investigación, garantizando la protección ante su vulnerabilidad o incapacidad legalmente definida;

k) respetar siempre los valores culturales, sociales, morales, religiosos, éticos, así como los hábitos y costumbres cuando las investigaciones involucren comunidades. Entendiéndose como comunidad a un grupo de personas que poseen ciertas cualidades comunes, ya que comparten valores, intereses, enfermedades comunes o en cambio, una proximidad geográfica;

l) comunicar a las autoridades sanitarias, en un plazo de 90 (noventa) días a contar de la finalización de la investigación, los resultados de la misma, preservando la imagen y asegurando que los sujetos participantes no sean estigmatizados o pierdan su autoestima;

m) asegurar a los sujetos de investigación, los beneficios resultantes del proyecto, sea en términos de retorno social, acceso a los procedimientos y/o productos de la investigación;

n) asegurar a los sujetos de la investigación las condiciones de seguimiento, tratamiento o de orientación, conforme al caso;

o) asegurar la inexistencia de conflicto de intereses entre el investigador y los sujetos de la investigación o el patrocinador del proyecto;

p) comprobar, en las investigaciones conducidas desde el exterior o con cooperación extranjera, los compromisos y las ventajas para los sujetos de investigación y para el país, derivados de su realización. En estos casos deben identificarse el investigador y la Institución nacional corresponsable de la investigación, y tratándose de Ensayos Clínicos, los promotores y los investigadores no residentes deberán: 1) designar representante en la República, 2) aceptar la aplicación de sus leyes y someterse a la jurisdicción de sus jueces con exclusión de todo otro recurso, 3) presentar el contrato con el Prestador Integral de Salud, requerido en el numeral 21 del presente, 4) presentar los recaudos que constituyan las garantías que cubran el derecho a indemnización referidos en el numeral 22. El protocolo deberá observar las exigencias establecidas por las normas internacionales aplicables a las investigaciones en seres humanos. Incluir entre los documentos presentados para la valoración del Comité de Ética de la investigación local, los documentos que acrediten la aprobación en el país de origen, además de los exigidos para el cumplimiento de las propias referencias éticas. Los estudios patrocinados en el exterior también deben responder a las necesidades de entrenamiento del personal en el país, para que éste pueda desarrollar proyectos similares en forma independiente;

q) utilizar el material biológico y los datos obtenidos en la investigación exclusivamente para la finalidad prevista en su protocolo;

r) tener en cuenta en aquellas investigaciones realizadas en embarazadas, niñas o en mujeres en edad fértil, la evaluación de riesgos y beneficios y las eventuales interferencias sobre la fertilidad, el embarazo, el embrión o el feto, trabajo de parto o puerperio, lactancia y recién nacido;

s) considerar que las investigaciones en embarazadas deben ser precedidas de investigaciones en mujeres fuera del período gestacional, excepto cuando la gravidez fuese el objetivo fundamental de la investigación;

t) propiciar en los Estudios multicéntricos, la participación de los investigadores locales que desarrollarán la investigación, en la elaboración del delineamiento general del proyecto;

u) la investigación podrá interrumpirse por razones debidamente fundamentadas. Esta situación se deberá comunicar al Comité de Ética y a la Comisión Nacional de Ética en Investigación, a los efectos de su valoración. La discontinuidad del estudio en forma definitiva o transitoria, deberá ser resuelta por el investigador o por el Comité de Ética, primando la opinión de este último en caso de discordancia.

### CAPÍTULO III

#### Consentimiento libre e informado

7) El respeto debido a la dignidad humana exige que la investigación se procese después del consentimiento libre e informado de sujetos, que manifiesten su anuencia a la participación en la investigación, de conformidad con las normas legales vigentes.

8) La información a los sujetos deberá realizarse en lenguaje accesible e incluirá necesariamente los siguientes aspectos:

a) la justificación, los objetivos y los procedimientos que serán utilizados en la investigación;

b) las molestias, los posibles riesgos y beneficios esperados;

c) los métodos alternativos existentes;

d) la forma de seguimiento y asistencia, sus responsables; así como la duración de su participación;

e) la garantía de información, antes o durante el curso de la investigación, sobre la metodología, informando la posibilidad de su inclusión en grupo de investigación, grupo control o grupo placebo;

f) la libertad del sujeto de rehusar su participación o retirar su consentimiento, en cualquier fase de la investigación, sin penalización alguna y sin perjuicio de su cuidado;



g) garantizar el secreto que asegure la privacidad de los sujetos respecto a los datos confidenciales involucrados en la investigación;

h) las formas de reintegrar los gastos derivados de la participación en la investigación;

i) las formas de indemnización frente a eventuales daños derivados de la investigación;

j) la forma de comunicarse y acceder a los investigadores durante el estudio;

9) Para que el consentimiento libre e informado sea válido, deberá observar los siguientes requisitos:

a) ser elaborado por el Investigador responsable, expresando el cumplimiento de cada una de las exigencias anteriormente referidas;

b) ser aprobado por el Comité de Ética en Investigación;

c) ser firmado o identificado por impresión digital, por todos y cada uno de los sujetos de investigación o por sus representantes legales y por el Investigador responsable;

d) ser elaborado en dos vías, siendo una entregada al sujeto de investigación o sus representantes legales y otra archivada por el Investigador responsable;

10) En los casos en que exista cualquier clase de restricción a la libertad de información necesaria para un adecuado consentimiento, se deberá consignar expresamente. La fundamentación deberá ser elaborada por el Investigador y valorada por el Comité de Ética en Investigación quien deberá decidir si acepta el fundamento que justifique esta excepción. En las investigaciones que involucren niños, adolescentes, portadores de perturbaciones o enfermedades mentales o sujetos con disminución en su capacidad de consentimiento, deberá haber justificación de la selección de los sujetos de investigación, especificada en el protocolo aprobado por el Comité de Ética en Investigación. Se deberá cumplir con las exigencias del consentimiento libre e informado, a través de los representantes legales de los sujetos referidos.

11) La libertad del consentimiento deberá ser particularmente garantizada para aquellos sujetos que, aunque adultos y capaces estén expuestos a condicionamientos específicos o a influencia de una autoridad, en particular estudiantes, militares, empleados, presos, internos en centros de rehabilitación, refugios, asilos, asociaciones religiosas y semejantes, asegurándoles la entera libertad de participación o no en la investigación, sin ninguna represalia.

12) En los casos en que el Comité de Ética de investigación correspondiente entienda que sea imposible o no conveniente por la propia naturaleza de la investigación registrar el consentimiento libre e informado, este hecho deberá ser debidamente documentado, con explicación de la causa de la imposibilidad, conforme

a lo dispuesto en la Ley N° 18.331 de 11 de agosto de 2008. Deberán extremarse los cuidados para minimizar esta posibilidad.

13) Las investigaciones en personas con diagnóstico de muerte encefálica, sólo podrán ser realizadas si:

- a) son presentados los documentos comprobatorios de la muerte encefálica;
- b) si obtiene el consentimiento escrito de los familiares y/o de los representantes legales o la manifestación previa de voluntad de la persona;
- c) se garantiza el respeto total a la dignidad del ser humano sin mutilación o violación del cuerpo;
- d) no significa un perjuicio económico financiero adicional a la familia;
- e) no acarrea perjuicios para otros pacientes que esperan internación o tratamiento;
- f) existe la posibilidad de obtener conocimiento científico relevante y nuevo que no pueda ser obtenido de otra manera.

14) Los datos obtenidos a partir de sujetos de investigación sólo podrán ser usados para los fines previstos en el Protocolo y en el Consentimiento.

#### CAPÍTULO IV

## Riesgos y beneficios

15) Se considera que toda investigación que involucra seres humanos presenta riesgos. El daño eventual puede ser inmediato o tardío, comprometiendo al individuo o a la colectividad.

16) No obstante los riesgos potenciales, las investigaciones que involucran seres humanos serán admisibles cuando:

a) ofrezcan elevada posibilidad de generar conocimiento para entender, prevenir o aliviar un problema que afecte el bienestar de los sujetos de la investigación;

b) el riesgo se justifique por la importancia del beneficio esperado para el sujeto de la investigación;

c) el beneficio esperado sea mayor o al menos igual a otras formas alternativas ya establecidas para la prevención, diagnóstico o tratamiento.

17) Las investigaciones sin beneficio directo para el individuo deben prever condiciones que sean bien toleradas por los sujetos de investigación, considerando su situación física, psicológica, social y educacional.

18) Los posibles beneficios, riesgos, costos y eficacia de todo procedimiento nuevo deben ser evaluados mediante comparación con los mejores métodos preventivos, diagnósticos o terapéuticos probados, en su caso.

Ello no excluye que pueda usarse un placebo o ningún tratamiento, en estudios para los que no se dispone de procedimientos preventivos, diagnósticos o terapéuticos probados.

19) El Investigador responsable está obligado a suspender la investigación inmediatamente, al percibir algún riesgo o daño de salud en el sujeto de investigación, como consecuencia de aquélla.

Del mismo modo, tan luego sea comprobada la superioridad de un método de estudio sobre otro, el proyecto deberá ser suspendido ofreciéndose a todos los sujetos los beneficios del mejor régimen.

20) El Comité de Ética en Investigación de la Institución, deberá ser informado de todos los efectos adversos o hechos relevantes que alteren el curso normal del Estudio.

21) El Investigador, el Patrocinador y la Institución son responsables de dar asistencia integral a los sujetos por las complicaciones y daños derivados de los riesgos acaecidos. A tales efectos, previo al dictamen ético, deberá presentarse Convenio con un Prestador Integral de Salud que proteja a los sujetos de la investigación, a los que se les entregará una copia del referido Convenio.

22) Los sujetos de investigación que sufran daño de cualquier naturaleza (previsto o no en los términos del Consentimiento), resultante de su participación, además del derecho a la asistencia integral, tendrán derecho a indemnización.

23) No podrá exigirse al sujeto de investigación, con ningún argumento, renunciar al derecho a una indemnización por daño.

El formulario de Consentimiento libre e informado no podrá contener ninguna reserva que disminuya esta responsabilidad o que implique a los sujetos de investigación renunciar a sus derechos legales, incluyendo el de ser indemnizado. Toda cláusula en contrario será nula. La descripción de posibles acontecimientos adversos u otros riesgos, no exime al responsable ni al asegurador.

24) Finalizada la investigación, todos los pacientes participantes en el Estudio deben tener la certeza de que contarán con los beneficios demostrados en la investigación, en tanto se encuentre indicado por el médico tratante.

## CAPÍTULO V

### Protocolo de investigación

25) El protocolo de investigación deberá ser registrado de acuerdo a los criterios establecidos por el Ministerio de Salud Pública y sólo podrá ser sometido a revisión ética si estuviese instruido con los siguientes documentos que deben estar redactados en idioma español, y que en caso de que estuvieran redactados en otro idioma, deben ser presentados traducidos al español y acompañados de su versión original:

a) la hoja de presentación: título del proyecto, nombre y firma del investigador, número de cédula de identidad, teléfono y dirección para correspondencia, fax, correo electrónico u otros medios de comunicación del Investigador y del Patrocinador responsable (si corresponde);

b) descripción de la investigación, conteniendo los siguientes ítems:

b.1) descripción de los objetivos en relación al estado actual de los conocimientos y de las hipótesis a ser valoradas;

b.2) antecedentes científicos y datos que justifiquen la investigación. Si el propósito fuese someter a ensayo o prueba un producto nuevo o dispositivo para la salud, deberá ser indicada la situación actual del registro en las agencias reguladoras del país de origen;

b.3) descripción detallada y ordenada del proyecto de investigación (material y métodos, resultados esperados y bibliografía);

b.4) análisis crítico de riesgos y beneficios;

b.5) períodos y duración de la investigación a partir de la aprobación;

b.6) explicitación de las responsabilidades del Investigador, de la Institución, del Patrocinador;

b.7) explicitación de criterios para posible suspensión de la investigación y modificaciones de la misma;

b.8) detalle de las instalaciones de los Servicios, Centros, Comunidades e Instituciones en los cuales se procesarán las etapas de la investigación;

b.9) demostración de la existencia de infraestructura, equipamiento adecuado y suficiente para el desarrollo de la investigación y para atender eventuales problemas que surjan, con el acuerdo documentado de la Institución;

b.10) plan financiero detallado de la investigación: recursos, fuentes y destino, forma y monto de la remuneración de los investigadores;

b.11) explicación del acuerdo preexistente en cuanto a la propiedad de informaciones generadas, demostrando la inexistencia de cualquier cláusula restrictiva en cuanto a la divulgación pública de los resultados, a menos que se trate de la obtención de una patente. En este caso, los resultados deben hacerse públicos, cuando se logre la aprobación de dicha patente;

b.12) declaración de que los resultados de la investigación serán divulgados, sean positivos o negativos, en un plazo no mayor de dos años de su finalización;

b.13) declaración sobre el uso y destino del material y/o datos obtenidos;



b.14) descripción de las características de la población a estudiar: tamaño, franja etaria, género, etnia, estado general de salud, clases y grupos sociales, etc. Exponer las razones para la utilización de grupos vulnerables;

b.15) identificación de las fuentes del material de la investigación, tales como muestras, registro y datos obtenidos de seres humanos;

b.16) descripción de los planes para el reclutamiento de los sujetos de investigación y los procedimientos a ser seguidos. Proporcionar los criterios de inclusión y exclusión;

c) Consentimiento informado:

c.1) presentación del formulario de consentimiento específico para la investigación de acuerdo a lo dispuesto en el Capítulo III de este Anexo, incluyendo informaciones sobre las circunstancias bajo las cuales el Consentimiento será obtenido, quien lo obtendrá y la naturaleza de la información a ser ofrecida a los sujetos de investigación;

c.2) descripción de cualquier riesgo, evaluando su posibilidad y gravedad;

c.3) descripción de las medidas para la protección o minimización de cualquier riesgo eventual. Describir las medidas para asegurar la correcta asistencia en el caso de daño a los sujetos investigados. Identificar los seguros que cubrirían dichos daños;

c.4) descripción de los procedimientos empleados en la recolección de datos, para otorgar seguridad a los individuos, incluyendo las medidas de protección de la confidencialidad;

c.5) presentación de la previsión de restitución de gastos a los sujetos de investigación. Esta no podrá ser de tal monto que pueda interferir en la autonomía de decisión del individuo o de sus representantes legales;

d) la calificación del Investigador responsable y de los demás participantes, la que estará documentada en su "Curriculum Vitae" actualizado y otras acreditaciones.

e) los términos del compromiso entre Investigador y Patrocinador (cuando corresponda), donde se explicitará el tipo y monto de lo que cada uno de los realizadores de la investigación recibirá así como otro tipo de beneficio de cualquier índole, o los aportes de diferente índole a percibir por la Institución donde se practique el Estudio.

f) declaración firmada por la autoridad y los servicios participantes de la Institución de conocer y autorizar la investigación y de comprometerse a la asistencia integral de los eventuales acontecimientos adversos sobre los sujetos de investigación.

g) declaración de inexistencia de conflicto de interés conforme a lo expresado en el Literal o) del Numeral 6 del Capítulo II del presente Anexo.

## CAPÍTULO VI

### Comité de ética en investigación

26) Toda Investigación que involucre seres humanos deberá ser sometida a la aprobación del Comité de Ética en Investigación acreditado que corresponda de acuerdo a la normativa vigente.

27) Las Instituciones en las cuales se realizan investigaciones que involucran seres humanos deberán constituir un Comité de Ética en Investigación, conforme a sus necesidades.

28) Ante la imposibilidad de constituir un Comité de Ética en Investigación, la Institución deberá presentar el proyecto para su evaluación al Comité de Ética en Investigación acreditado de otra Institución, observando las indicaciones de la Comisión Nacional de Ética en Investigación.

29) La organización y creación del Comité de Ética en Investigación será responsabilidad de la Institución respectiva, la que deberá observar las normas prescriptas en este cuerpo normativo así como la provisión de condiciones y recursos adecuados para su funcionamiento.

30) El Comité de Ética en Investigación deberá estar constituido por un número no inferior a cinco miembros. Su constitución deberá incluir la participación de Profesionales del Área de Salud, Ciencias exactas, Biológicas, Juristas, Sociólogos, Bioeticistas e incluirá por lo menos un miembro de la sociedad que represente a los usuarios de la Institución. Podrá variar en su composición, dependiendo de las especificidades de la Institución y de las líneas de investigación a ser analizadas.

31) No podrá contar con la mayoría de sus miembros pertenecientes a la misma disciplina profesional.

Participarán personas de ambos sexos. Podrá además contar con consultores "ad hoc", pertenecientes o no a la Institución, con la finalidad de brindar asesoría, los que podrán ser remunerados.

32) En las investigaciones en grupos vulnerables, comunidades o colectividades, deberá ser invitado un representante de los mismos, como miembro "ad hoc" del Comité de Ética en Investigación, para participar del análisis del proyecto específico.

33) Los miembros del Comité de Ética en Investigación están inhibidos de participar cuando estén involucrados directamente en el proyecto en cuestión o tengan conflicto de intereses, siendo especialmente escrupulosos en la transparencia de cualquier relación con la Industria.

34) La elección del coordinador de cada Comité deberá ser hecha por los miembros que lo componen, durante la primera reunión de trabajo. El plazo del mandato será de tres años, siendo posible la reelección.

35) Los miembros del Comité de Ética en Investigación no podrán ser remunerados por el desempeño de esta tarea, siendo recomendable que sean liberados en el horario de trabajo del Comité de sus otras obligaciones en las Instituciones donde prestan servicios, pudiendo recibir restitución de gastos efectuados por transporte, hospedaje y alimentación.

36) El Comité de Ética en Investigación deberá mantener archivado el proyecto, protocolo, las actas y los informes correspondientes por no menos de cinco años de concluido el Estudio, en un archivo protegido en forma permanente de cualquier quebrantamiento a la confidencialidad de los datos.

37) Los miembros del Comité de Ética en Investigación deberán tener total independencia en la toma de decisiones en el ejercicio de sus funciones, manteniendo el carácter confidencial de las informaciones recibidas garantizándose de esta forma que no serán objeto de presión por parte de superiores jerárquicos o por los interesados en determinada investigación. Deben excluirse del resultado financiero y no deben estar sometidos a conflicto de intereses.

38) Son atribuciones del Comité de Ética en Investigación:

a) revisar todos los protocolos de investigación que involucren seres humanos, correspondiéndoles la responsabilidad primaria por las decisiones de la ética de la investigación a desarrollarse en la Institución, de modo de garantizar y resguardar la integridad y los derechos de los participantes voluntarios en las referidas investigaciones. El Comité de Ética en Investigación ponderará los aspectos científicos, metodológicos, éticos y legales del protocolo, así como el balance de los riesgos y beneficios;

b) estudiar toda modificación en los protocolos, condicionada ésta a la aprobación por el Comité de Ética en Investigación;

c) emitir en un plazo de sesenta días una opinión fundamentada, en un informe por escrito, que identifique con claridad los protocolos, documentos estudiados y datos revisados. La evaluación de cada protocolo culminará con su clasificación en una de las siguientes categorías:

c.1) aprobado;

c.2) observado: cuando el Comité considera aceptable el protocolo, pero identifica determinados problemas en él, en el formulario de Consentimiento o en ambos y recomienda una revisión específica o solicita una modificación o información relevante, que deberá ser proporcionada por los investigadores dentro de los sesenta días de su comunicación. Vencido este plazo sin respuesta de los investigadores, el protocolo será archivado;

c.3) no aprobado;

En aquellos casos previstos en el Artículo 43, Literal b, se deberá dirigir el proyecto para su análisis por la Comisión Nacional de Ética en Investigación.

d) pedir consultas con expertos o asesorarse con la Comisión Nacional de Ética en Investigación; igualmente citar a los investigadores a explicitar y fundamentar su proyecto cuando se le requiera.

e) exigir que los investigadores que llevarán a cabo el estudio en este País, conozcan todas las etapas descritas del protocolo, así como las del Consentimiento informado. No se considerará aceptable que frente a las interrogantes y/o modificaciones que el Comité de Ética en Investigación establezca, sea un representante del patrocinador el que se vincule directamente con el Comité de Ética en Investigación o miembros del mismo.

f) mantener la confidencialidad de todos los datos obtenidos y el archivo del protocolo completo, el que quedará a disposición de las autoridades correspondientes.

g) evaluar el desarrollo de los proyectos a través de los informes anuales de los investigadores, o de la forma que el Comité de Ética en Investigación disponga;

h) desempeñar un papel consultivo y educativo, fomentando la reflexión en torno a la ética de la ciencia;

i) recibir de los sujetos de investigación o de cualquier otra parte, la denuncia de abusos o notificación sobre hechos adversos que puedan alterar el curso normal del Estudio, pudiendo proponer a las autoridades competentes la continuidad, modificación o suspensión de la investigación, debiendo si es necesario adecuar los términos del Consentimiento. Para discontinuar una investigación se deberá realizar la justificación ante el Comité de Ética y tener su aceptación;

j) coordinar con la Dirección de la Institución, la remisión a la Comisión Nacional de Ética en Investigación, de las denuncias de irregularidades de naturaleza ética producidas en el curso de las investigaciones, acompañadas de sus antecedentes;

k) mantener comunicación regular y permanente con la Comisión Nacional de Ética en Investigación.

39) A título enunciativo será competencia del Comité de Ética en Investigación:

a) La revisión ética de toda propuesta de investigación que involucre seres humanos no podrá ser disociada de su análisis científico. La investigación que no esté acompañada de su respectivo protocolo, no debe ser analizada por el Comité.

b) Cada Comité de Ética en Investigación deberá elaborar sus normas de funcionamiento, que contengan la metodología de trabajo, elaboración de actas, planeamiento anual de actividades, periodicidad de las reuniones, número mínimo de presentes para realizar las reuniones, criterios para solicitud de consultas a expertos, modelos de toma de decisiones, etc.



## CAPÍTULO VII

### Comisión nacional de ética en investigación

40) La Comisión Nacional de Ética en Investigación (CNEI) estará vinculada a la Dirección General de la Salud del Ministerio de Salud Pública, aunque sus miembros actuarán con independencia técnica. Dicha Comisión cumplirá funciones consultivas, educativas, normativas y resolutivas, en el campo ético, en referencia a los proyectos analizados.

El Ministerio de Salud Pública dispondrá las medidas necesarias para el funcionamiento de la referida Comisión.

41) Composición: La Comisión Nacional de Ética en Investigación tendrá una composición multidisciplinaria, con personas de ambos sexos y cuyos miembros titulares, en número de ocho como mínimo, pertenecerán a las distintas áreas implicadas.

La Comisión se integrará con tres representantes del Ministerio de Salud Pública, uno de los cuales la presidirá, dos representantes de la Universidad de la República, dos representantes por los Comités de Ética de Investigación acreditados, elegidos por sorteo entre los candidatos propuestos y un representante de la comunidad.

Todos los integrantes serán designados por el Ministerio de Salud Pública, quien también designará al Presidente. Todos los miembros tendrán sus respectivos alternos.

Su constitución deberá incluir la participación de Profesionales e Investigadores del Área de Salud, Ciencias Exactas, Biológicas, Juristas, Sociólogos, e incluirá por lo menos un experto en Bioética (representante del Ministerio de Salud Pública) y un miembro de la sociedad. Es necesario que los miembros posean formación y experiencia en el campo de la ética de la investigación en seres humanos.

Podrá contar con consultores y miembros "ad hoc", convocados para asesorar en distintas instancias.

Sus miembros deberán tener total independencia en la toma de decisiones en el ejercicio de sus funciones, manteniendo el carácter confidencial de las informaciones recibidas y de todos los asuntos tratados, garantizándose de esta forma que no serán objeto de presión por parte de persona alguna incluyendo las autoridades ministeriales y los interesados en determinada investigación. Deben excluirse del resultado financiero y no deben estar sometidos a conflicto de intereses.

Los miembros de la Comisión Nacional de Ética en Investigación, incluidos sus asesores, así como los funcionarios administrativos asignados a cumplir funciones de apoyo a la actividad de la Comisión, al momento de asumir sus respectivos cargos, suscribirán un Compromiso de confidencialidad. Dicho Compromiso se extenderá aun después de dejar de cumplir la función por la cual fue asumido.

Los miembros de la Comisión Nacional de Ética en Investigación, incluidos sus asesores, así como los funcionarios administrativos asignados a cumplir funciones de apoyo a la actividad de la Comisión, al momento de asumir sus respectivos cargos suscribirán una declaración de ausencia de conflicto de intereses. Deben comprometerse a informar a la Comisión en caso de que tome conocimiento de una situación de conflicto de interés en el futuro, y a excusarse inmediatamente de intervenir en actividades de la Comisión, que directa o indirectamente se relacionen con el asunto respectivo.

42) El mandato de los miembros de la Comisión Nacional de Ética en Investigación, tanto titulares como alternos, será de cuatro años. Ambas categorías renovarán cada dos años la mitad de sus miembros, alternadamente, pudiendo ser reelegidos por una sola vez. La primera renovación se realizará a los cuatro años de iniciado el funcionamiento de la Comisión. Los miembros seguirán en funciones hasta que se les notifique la designación de sus sucesores.

43) Atribuciones. Es competencia de la Comisión Nacional de Ética en Investigación el examen de los aspectos éticos de la investigación con seres humanos, debiendo actualizar y adecuar las normas aplicables.

Son asimismo sus atribuciones:

a) estimular la creación de los Comités de Ética de la Investigación Institucionales y la educación permanente en el campo de la ética de la investigación;

b) dictaminar del punto de vista ético sobre los protocolos de investigación que involucren:

1) Estudios multicéntricos que requieran dictamen único;

2) poblaciones vulnerables a criterio del Comité de Ética en Investigación interviniente;

3) aspectos de bioseguridad;

4) aquellos Ensayos clínicos con nuevos medicamentos, nuevas indicaciones, vacunas, test diagnósticos, equipamientos, dispositivos y procedimientos invasivos.

Dictaminar en el plazo de sesenta días (el que podrá prorrogarse de mediar causa justificada) la aprobación, el rechazo del protocolo o la solicitud de aclaraciones o modificaciones. El plazo comenzará a contarse a partir de la recepción por la Comisión Nacional de Ética en Investigación de toda la documentación requerida;

c) promover normas específicas en el campo de la ética de la investigación;

d) recibir reclamos, en situaciones debidamente justificadas, por quienes se sientan agraviados por supuestas irregularidades del funcionamiento de los Comité de Ética en Investigación o de la conducción de las investigaciones aprobadas;

e) valorar, juzgar y determinar las responsabilidades por infracciones a este reglamento, las que de merecer sanciones serán aplicadas mediante resolución de la autoridad ministerial;

f) proponer a la autoridad competente la prohibición o interrupción de investigaciones, definitiva o temporalmente, pudiendo requerir los protocolos para el análisis ético, inclusive de los ya aprobados por los Comités de Ética en Investigación;

g) crear un sistema de información y de seguimiento de los aspectos éticos en la investigación en todo el territorio nacional, manteniendo actualizados los bancos de datos;

h) informar y asesorar al Ministerio de Salud Pública y a otras Instituciones de salud, ya sean del gobierno o de la sociedad, sobre cuestiones éticas relativas a las investigaciones en seres humanos;

i) asesorar a los Comités de Ética en Investigación Institucionales cuando éstos lo requieran;

j) asesorar a los investigadores que requieran información sobre cuál Comité de Ética Institucional corresponde que actúe.

k) divulgar ésta y otras normas relativas a la ética de las investigaciones en seres humanos;

l) la Comisión Nacional de Ética en Investigación junto con otros sectores del Ministerio de Salud Pública, establecerá las normas y criterios para la acreditación de los Comités de Ética en Investigación Institucionales;

m) establecer las propias normas de funcionamiento;

n) archivar y mantener copia de las actas y los proyectos, protocolos e informes correspondientes a las investigaciones en las que intervenga, por no menos de cinco años de concluido el Estudio, en un archivo protegido en forma permanente de cualquier quebrantamiento a la confidencialidad de los datos.

44) La Comisión Nacional de Ética en Investigación someterá a consideración de la Dirección General de la Salud del Ministerio de Salud Pública:

a) la relación de las actividades de la Comisión Nacional de Ética en Investigación;

b) la relación de las actividades informadas por los Comités de Ética en Investigación Institucionales y su estado de acreditación;

c) el plan anual de trabajo;

d) las propuestas de normas generales para ser aplicadas en las investigaciones que involucran seres humanos, inclusive las modificaciones de esta norma.

## CAPÍTULO VIII

### De la instrumentación

45) Todos los proyectos de investigación en seres humanos deberán observar las disposiciones de esta norma y las contenidas en los documentos mencionados en la misma.

La responsabilidad del Investigador es indelegable, indeclinable y comprende los aspectos éticos y legales.

46) En investigaciones a llevarse a cabo en Instituciones asistenciales, es obligación del Investigador:

a) contar con el aval de la Institución asistencial para realizar una investigación con sus usuarios, supeditada a la aprobación del protocolo por su Comité de Ética.

b) presentar el protocolo de la investigación, conforme a lo establecido en el Capítulo V, al Comité de Ética en Investigación (CEI) de la Institución.

c) en el caso que la Institución no haya constituido su Comité de Ética en Investigación, o éste no esté acreditado, y no se haya previsto lo establecido en el Artículo 28, solicitar asesoramiento a la Comisión Nacional de Ética en Investigación, para poder contar con un Comité de Ética en Investigación Institucional adecuado al tema.

d) podrá comenzar la ejecución de la investigación solamente después de obtener la aprobación del Comité de Ética que corresponda y la autorización de la Institución. Cuando sea pertinente, deberá contar además con la autorización del Ministerio de Salud Pública.

47) En investigaciones proyectadas y no comprendidas en el Artículo 46, previo al inicio de la investigación, el Investigador deberá:

a) asesorarse con la Comisión Nacional de Ética en Investigación (CNEI) sobre el Comité de Ética al que deberá acudir.

b) presentar el protocolo de la investigación, conforme a lo establecido en el Capítulo V, al Comité de Ética en Investigación que habrá de actuar.

c) contar con la aprobación del Comité de Ética en Investigación actuante y, cuando sea pertinente, con la autorización del Ministerio de Salud Pública para comenzar la ejecución de la investigación.

48) Una vez iniciada la investigación, el Investigador deberá cumplir con las siguientes obligaciones:

a) elaborar y presentar informes de la investigación, tanto parciales como el de finalización al Comité de Ética en Investigación correspondiente;



b) presentar en cualquier momento los datos solicitados por el Comité de Ética en Investigación;

c) mantener archivados, bajo su custodia, por no menos de cinco años, los datos de la investigación, incluyendo las fichas individuales y todos los demás documentos exigidos por el Comité de Ética en Investigación;

d) redactar los resultados para su publicación con la debida identificación de los investigadores asociados y del personal técnico participante en el proyecto;

e) los autores y los editores tienen obligaciones éticas: a publicar los resultados de su investigación, a mantener la exactitud de los datos y resultados negativos y positivos, a citar la fuente de financiamiento, las afiliaciones institucionales y cualquier conflicto de intereses;

f) justificar ante el Comité de Ética en Investigación, la interrupción del proyecto y/o la no publicación de los resultados;

g) elevar al Comité de Ética en Investigación correspondiente, cualquier modificación del protocolo, la que deberá ser aprobada por el mismo.

49) El Comité de Ética en Investigación deberá solicitar su acreditación ante la Comisión Nacional de Ética en Investigación y su registro por el Ministerio de Salud Pública.

50) El dictamen ético sobre las investigaciones tramitadas necesariamente ante la Comisión Nacional de Ética en Investigación culminará con una de las siguientes categorías:

a) no aprobado: en cuyo caso, previa notificación de las actuaciones a quienes corresponda, se dispondrá el archivo;

b) observado: cuando la Comisión Nacional de Ética en Investigación, considera aceptable el protocolo, pero identifica determinados problemas en él, y recomienda una revisión específica o solicita una modificación o información relevante que deberá ser proporcionada por los investigadores dentro de los sesenta días de su comunicación. Vencido este plazo sin respuesta de los investigadores, las actuaciones serán archivadas previa notificación a los interesados y a la Dirección General de la Salud;

c) aprobado: en cuyo caso será comunicado al Investigador y a la Dirección General de la Salud, a sus efectos.

51) Se recomendará que los Órganos que financian investigaciones, las Editoriales de revistas científicas y las autoridades de los Congresos científicos, exijan la documentación que acredite la aprobación del proyecto por el Comité de Ética que corresponda.

52) Los Comités de Ética en Investigación deberán elevar anualmente a la Comisión Nacional de Ética en Investigación los proyectos de investigación analizados, así como los proyectos en curso, las modificaciones y los suspendidos.

## CAPÍTULO IX

### Incumplimiento

53) Quien realice investigación en seres humanos sin contar con las autorizaciones exigidas por la presente norma, incurrirá en responsabilidad.

De comprobarse dicha situación, deberán remitirse los antecedentes al Ministerio de Salud Pública a los efectos que corresponda.

El establecimiento donde se practique una investigación en violación a la normativa prescripta por el presente reglamento, será sancionado de conformidad con las normas vigentes.

Lo preceptuado es sin perjuicio de las responsabilidades civiles o penales que correspondieren.

### **7.11 Autorizaciones**

#### **BPS – Convenio con Udelar**

.D. N° 37-3/2011.- Montevideo, 16 de noviembre de 2011.- COVENIO BPS – FACULTAD DE ENFERMERÍA UDELAR Aprobación.- GCIA.GRAL./1915

\_\_\_\_\_ VISTO: las actuaciones relacionadas con el convenio a suscribirse entre la Facultad de Enfermería y el BPS; RESULTANDO: I) que la Facultad de Enfermería tiene a su cargo el dictado de la carrera de Licenciatura en Enfermería y el título intermedio de Auxiliar de Enfermería; II) que en la misma también se desarrollan programas académicos superiores como Especialidades y Maestrías en el Área de Salud Familiar y Comunitaria, Salud Mental y Administración de Servicios de Salud;

III) que, en dicho marco, la Facultad de Enfermería viene desarrollando experiencias con ancianos y población discapacitada en diversos ámbitos y modalidades asistenciales;

IV) que en cumplimiento de lo dispuesto en el art. 4, numeral 9 al 13 de la Ley N° 15.800, el Banco de Previsión Social, a través de la Gerencia Prestaciones Sociales tiene el cometido de propender a la rehabilitación psico-físicosocial del anciano, fomentar la instalación de Hogares, Centros Diurnos y Nocturnos u otras modalidades de servicios en el amparo y asistencia de las personas mayores; CONSIDERANDO:

I) que constituye una necesidad para el país y especialmente para personas de la tercera edad, la generación de espacios para el abordaje a la vejez y el envejecimiento, desde un esfuerzo mancomunado de diferentes instituciones;

II) que los jubilados y pensionistas de viviendas del Programa de Soluciones Habitacionales en la ciudad de Montevideo y en el interior del país constituyen una población que necesita de la atención de enfermería profesional para establecer planes

de cuidado personalizados en función de los niveles de dependencia identificados y para mejorar su calidad de vida en el marco del Sistema Nacional de Cuidados que se viene construyendo y en el que el BPS viene participando de conformidad a la Resolución del Poder Ejecutivo N° 863/010, de 31.05.2011 y a la R.D. N° 17-38/2010, de 16.06.2010;

III) que el equipo de enfermería asiste en el proceso de salud - enfermedad promoviendo la autosuficiencia y compensando el déficit de cuidados en un análisis contextualizado y metodologías integradoras con la familia y/o cuidador informal, con los otros actores del equipo sanitario y como enlace de diversos recursos comunitarios disponibles; IV) que en el año 2010 la Facultad de Enfermería, a través de la Cátedra del Adulto Mayor y

V) que la Sra. Decana de la Facultad de Enfermería aprobó el Proyecto de Convenio Marco y el Acuerdo Complementario; ATENTO: a lo expuesto precedentemente.

#### EL DIRECTORIO DEL BANCO DE PREVISIÓN SOCIAL RESUELVE:

Aprobar el convenio marco y acuerdo complementario adjunto, para el desarrollo de programas de cooperación entre la facultad de enfermería y el banco de previsión social, en las líneas de formación de recursos humanos, asistencia, investigación, asesoramiento y extensión, que se llevarán a cabo a través de proyectos específicos y áreas de aplicación diversas que propendan al mejoramiento de la calidad de vida del adulto mayor.

## 7.12 Aval del comite de Etica



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA**  
**FACULTAD DE ENFERMERÍA**



Montevideo, 16 de diciembre de 2019.

De: Comité de Ética de la Investigación.

A: Lic. Marisa Machado

Visto el protocolo de investigación "Autopercepción de la calidad de vida de las personas mayores".

El mismo cumple con los resguardos éticos para la protección de los participantes de la investigación.

En tanto lo expresado se extiende el Dictamen: Aprobado

Por el Comité de Ética de la Investigación de la Facultad de Enfermería

Prof. Inés Umpiérrez

Prof. Agda. (s) Araceli Oyarola

Lic. José Luis Priore

### 7.13 Autorización del autor del instrumento

Miguel Ángel Verdugo

Para mí (lunes 29 abr., 7.42)

De acuerdo, pero si quiere validarla debe enviarme el extracto una vez que este se produzca. Asimismo, cualquier publicación al respecto, como resultado de su trabajo, conviene que me la envíe también. Un cordial saludo.

Año	Año 2016- 2017								Año 2018					Año 2019												Año 2020			
Mes/Tema	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1º	2	3	4	
Definición del Tema	■																												
Búsqueda Bibliográfica		■	■																										
Planteamiento del Problema				■	■																								
Marco Conceptual						■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■								
Metodología						■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■								
Entrega y revisión de Protocolo																	■	■	■	■									
Aprobación de protocolo																							■						
Entrega de comité de Ética																								■					
Recolección de datos																										■	■		
Método de Análisis de Datos																											■	■	
Entrega																													■

**7.14 Plan de trabajo**