



**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. María Cecilia Luquez Galeano

Tutor:

Prof. Esp. Margarita Garay Albarracín

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

Montevideo, 2020



UNIVERSIDAD
DE LA REPUBLICA
URUGUAY

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
Centro Universitario de Rivera



Centro
Universitario
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



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
Centro Universitario de Rivera



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

Rivera, 2 de octubre de 2020

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. Esp. Luquez Galeano María Cecilia

estudiante 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

Firma



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CENTRO DE POSGRADO**



Plan Maestrías

CEBN

Montevideo, 19 de abril de 2020

ACUERDO PARA TESIS DE MAESTRÍA ENTRE TUTOR Y TESISISTA

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

Estudiante: María Cecilia Luquez

Tutor: Margarita Garay Albarracín

Título de proyecto de tesis: Autopercepción de la calidad de vida en el primer nivel de atención.

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

Estudiante

Tutor

ÍNDICE GENERAL

Dedicatoria.....	I
Agradecimiento	II
Epígrafe.....	III
Índice de Tabla.....	IV
Índice de Gráficos.....	V
Lista de abreviaturas y siglas.....	VI
Resumen.....	VII
Abstract.....	VIII

Dedicatorias

A mi abuela, a mi padre y mi madre que siempre han sido y serán ejemplo de trabajo,

lucha y perseverancia

A Tomas

A mis hijos

Agradecimientos

A mi tutora

A todos mis compañeros del Departamento de Salud Mental

A mi compañera de tesis por siempre tener una palabra de aliento en tiempos difíciles

Epígrafe

La presente tesis titulada: “Autopercepción de la Calidad de Vida de las personas mayores” tiene como objetivo estudiar como autoperciben su calidad de vida las personas mayores incluidas en esta investigación a través de la aplicación del instrumento Escala de Fumat, la misma consta de siete capítulos desarrollados de la siguiente manera: Primer Capítulo constituido por la introducción, antecedentes, justificación, objetivos, hipótesis y marco teórico. Segundo capítulo donde se describe en 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 presentación de la metodología de la investigación, así como la presentación de los resultados más relevantes. Sexto la bibliografía consultada y por último el Séptimo capítulo conformado por los anexos.

Índice de tablas y gráficos

Tabla N° 1:

Distribución según sexo de las PM. *pág. 30*

Tabla N° 2

Distribución de las PM según Edad y Sexo *pag.31*

Tabla N° 3

Distribución de la autopercepción del BE según Edad de las PM *pag.35*

Tabla N° 4:

Valoración del componente BE según las preguntas de la Escala Fumat *pag.37*

Tabla N° 5

Distribución de la autopercepción del BF según Edad de las PM *pag.40*

Tabla N°6

Valoración individual del componente BF según las preguntas de la Escala Fumat *pag.42*

Tabla N° 7

Distribución de la autopercepción de la componente BM según Edad de las PM *pag.46*

Tabla N°8

Valoración del componente BF según las preguntas de la Escala Fumat *pag. 47*

Tabla N° 9

Distribución de la autopercepción de las RI según Edad de las PM *pag. 51*

Tabla N° 10

Valoración individual del componente RI según preguntas de la Escala Fumat *pag.52*

Tabla N° 11

Distribución de las cuatro componentes de la Escala Fumat según Edad de las PM *pag.56*

Tabla N° 12

Distribución de las componentes de la Escala de Fumat según las preguntas *pag.58*

Índice de gráficos

Gráfico N° 1:

Distribución según sexo de las PM. pag.31

Gráfico N° 2

Distribución según edad de las PM. pag.32

Gráfico N°3:

Distribución de la autopercepción del BE de las PM pag.33

Gráfico N°4

Distribución de la autopercepción de la dimensión BE facetado según sexo de las PM pag.34

Gráfico N°5:

Distribución de la autopercepción del BE y la edad de las PM pag.36

Gráfico N°6

Distribución de la autopercepción de la dimensión BF de las PM pag.38

Gráfico N° 7:

Distribución de la autopercepción de la componente BF según sexo de las PM pag.39

Gráfico N. °8

Distribución de la autopercepción del BF y la edad de las PM pag.41

Gráfico N° 9

Distribución de la autopercepción de la componente BM de las PM pag.44

Gráfico N°10

Distribución de la autopercepción de la componente BM facetado según sexo de las PM
pag.44

Gráfico N.11

Distribución de la autopercepción de la componente BM y la edad de las PM pag.46

Gráfico N°12

Distribución de la autopercepción de la componente RI de las PM pag.49

Gráfico N°13

Distribución de la autopercepción de la dimensión RI facetada según sexo de las PM pag.49

Gráfico N°14

Distribución de la autopercepción de la componente RI y la edad de las PM pag.51

Gráfico N°15

Distribución de la Escala de Fumat según las categorías de autopercepción de la calidad de vida de las PM. pag.54

Gráfico N° 16

Distribución de las puntuaciones de la Escala de Fumat según ambos sexos pag.54

Gráfico N. °17

Distribución de la autopercepción de la calidad de vida medida a través de la puntuación de la Escala de Fumat y la edad de las PM pag.56

Lista de abreviaturas y siglas

IM: Intendencia de Montevideo

MIDES: Ministerio de Desarrollo Social

MS: Ministerio de Salud

OMS: Organización Mundial de Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

PM: Personas Mayores

PNA: Primer Nivel de Atención

PRONAM: Programa Nacional del Adulto mayor

RLT: Modelo de Enfermería de Roper, Logan y Tierney

SAS: Servicio de Atención a la Salud

SNIS: Sistema Nacional Integrado de Salud

Resumen

La Investigación “Autopercepción de la calidad de vida de las personas mayores”, elaborada para la obtención de la Maestría en Salud Mental, del Centro de Posgrado de la Facultad de Enfermería, Universidad de la Republica, en el período de enero a febrero 2020.

El objetivo es conocer cómo percibe un grupo de PM su calidad de vida con la aplicación de la “Escala de Fumat”. Estudio descriptivo, de corte transversal en una muestra de 100 PM que asisten a un servicio de salud del PNA durante los meses de enero a febrero, 2020; en Montevideo, Uruguay.

El tipo de muestreo es no probabilístico por conveniencia, realizando una caracterización de las variables sociodemográficas de las PM.

Los resultados obtenidos evidencian un 62 % de mujeres y un 38 % de hombres, del total se encuentra MI e I de un 48% y S y MS un 52%. Las mujeres resultan MI e I en un 45 %, y S y MS en un 55%. Los hombres MI e I son un 51% y S y MS un 49%.

Respecto a las Hipótesis planteadas se rechaza que las valoraciones de la CV sean mayormente positivas (SyMS. La calidad de vida es independiente del sexo de las PM, por prueba de chi cuadrado. La CV de las PM es independiente de la edad de las PM, por prueba r de Pearson.

Abstract

“Self perceived quality of life of elderly people”, in order to obtain a Master's Degree in Mental Health, from Postgraduate Center of Nursing Faculty, University of the Republic, in January to February 2020, Montevideo, Uruguay

The objective is searching how the elders perceive their own quality of life through “Fumat Scale”.

Methodologically Descriptive, cross-sectional study in a population of elders consulting in a public Health service. The type of sampling is non-probabilistic by convenience, characterizing socio-demographic variables.

The population correspond to 62 % women and 38 % men. In view of the results a proportion of MI and I is 48%, and S and MS is 52%. In elder women the ratio of MI and I resulted in 45%, so as the proportion of S and MS was 55%. Men resulted in MI and I 51% and the S and MS was 49%. Self-perception of quality of life through the Fumat scale is independent of sex and age.

The hypothesis that the assessment of quality of life would develop more frequently as (S and MS) than the negative ones (I and MI) is rejected.

Quality of life is independent of sex and age of elders, confirmed by results of the chi-square test and r Pearson respectively.

Therefore, it is a set of elders in which, regardless of age and sex, they develop a quality of life profile that dichotomizes in positive ratings (MS and S) and negative ratings (MI and I).

Keywords or descriptors used in the DeCS and BVS search engine:

Self-perception; Quality of life; Elders

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

Autopercepción; Calidad de vida; Adultos Mayores

Tabla de Contenidos

CAPÍTULO I

1.	Título del trabajo	
1.1.	Introducción	1
1.2.	Antecedentes de la investigación	4
1.3.	Justificación de la investigación	8
1.4.	Pregunta problema	11
1.5.	Objetivos de investigación	11
1.6.	Objetivos específicos	11
1.7.	Enunciado de las hipótesis de investigación	12
1.8.	Marco teórico	12
1.8.1	Calidad de vida y envejecimiento	12
1.8.2	Calidad de vida y percepción de salud	14
1.8.3	Calidad de vida y salud mental	17
1.8.4	Modelo de Enfermería Roper-Logan-Tierney	18
1.8.5	Primer Nivel de Atención en Salud	19
1.8.6	Dimensiones e Indicadores de Calidad de Vida	20

CAPÍTULO II

2.0	Diseño metodológico	21
2.1	Enfoque de la investigación	21
2.2.	Alcance de la investigación	21
2.3	Identificación y definición de variables y sus dimensiones	21
2.4	Cuadro de variables, dimensión e indicadores	22
2.5	Caracterización de la población	23
2.6	Unidad de análisis y muestra	23

2.7	Instrumentos de medición y puntuaciones de la escala de Fumat	25
CAPITULO III		
3.1	Presentación de resultados	27
3.1.1	Perfil de la muestra	27
3.1.2.1	Componente Bienestar Emocional	30
3.1.2.2	Resumen de la Dimensión Bienestar Emocional	34
3.2.1	Componente Bienestar Físico	35
3.2.2	Resumen del Componente Bienestar Físico	40
3.3.1	Componente Bienestar Material	40
3.3.2	Resumen del Componente Bienestar Material	45
3.4.1	Componente Relaciones Interpersonales	46
3.4.2	Resumen del Componente Relaciones Interpersonales	50
CAPITULO IV		
4.1.1	Análisis de las cuatro dimensiones estudiadas en la Escala Fumat	51
4.1.2	Resumen de la Calidad de vida de las PM según Escala Fumat	57
CAPITULO V		
5.1.1	Conclusiones	58
5.1.2	Sugerencias	62
CAPITULO VI		
6.1.1	Referencias Bibliográficas	65
CAPITULO VII		
7.1.1	Anexos	71
7.1.2	Dimensiones de la Calidad de Vida	71
7.1.3	Validación del Instrumento	77
7.1.4	Datos de los Expertos	78

7.1.5	Autorización para utilización del Instrumento Escala de Fumat	82
7.1.6	Ficha Técnica del instrumento	83
7.1.7	Puntuación de las respuestas	84
7.1.8	Instrumento	85
7.1.9	Consentimiento informado	89
7.1.10	Hoja Información del Participante	90
7.1.11	Consideraciones éticas	91
7.1.12	Autorización autor del Instrumento	126
7.1.13	Autorización de Servicio Atención a la Salud - IM	127
7.2.1	Salidas del Programa R Studio:	128
7.2.2	Componente Bienestar Emocional	128
7.2.3	Componente Bienestar Físico	130
7.2.4	Componente Bienestar Material	131
7.2.5	Componente Relaciones Interpersonales	133
7.2.6	Escala de Fumat	135
7.3	Plan de Trabajo	136

Capítulo I

1. Título del trabajo

Autopercepción de la calidad de vida de las personas mayores.

1.1. Introducción

El presente informe de Investigación: “Autopercepción de la calidad de vida de las personas mayores”, ha sido elaborado en el período de enero- abril de 2020, por la Licenciada Especialista María Cecilia Luquez Galeano, perteneciente a la Maestría en Salud Mental, cursada en el 2014 -2015 en el Centro de Posgrado de la Facultad de Enfermería, en el periodo enero febrero 2020.

El objetivo del presente estudio es conocer cómo percibe un grupo de adultos mayores, que asisten a un servicio público de primer nivel de atención, aspectos de su propia calidad de vida con la aplicación de una escala técnica denominada “Escala de Fumat”.

El protocolo de la investigación ha sido aprobado por la comisión académica de posgrado (CAP) así como por el Comité de Ética de la Facultad de Enfermería el pasado 16 de diciembre de 2019.

La Facultad de Enfermería busca incidir positivamente en la salud de la población uruguaya a través de la formación, actualización y superación de Profesionales de Enfermería y el crecimiento de la disciplina enfermera mediante el desarrollo de la investigación y la extensión.

Así mismo la Facultad de Enfermería es referente en la formación de los profesionales en Enfermería, así como de Auxiliares de Enfermería a nivel de la 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 en la construcción del rol de enfermería, siendo esta línea de investigación, un área nueva a explorar.

El Departamento de Enfermería 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-psico-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.

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 socioeconómicas 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.

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”.

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, PubMed, 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.

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 psicoeducación ofrece recursos para mejorar la calidad de vida de las personas modificando la percepción y el afrontamiento de las condiciones 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.

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

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.

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

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”.

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.

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.

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".

Otro estudio citado por los autores Pinheiro, Alvarez y Pires (2018).

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 subescalas para ambos grupos”.

1.3 Justificación de la investigación

Este estudio pretende conocer la autopercepción de la calidad de vida de personas mayores que asisten a un Servicio público del Primer Nivel de Atención.

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 llegará 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 sobrevida 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).

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 con 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. De acuerdo con 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 multidisciplinares”.

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 asisten a un servicio de primer nivel de atención público seleccionado?

1.5 Objetivo de investigación

Conocer la autopercepción de las Personas Mayores acerca de su calidad vida que asisten a un servicio de primer nivel de atención público seleccionado, durante enero a febrero de 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 su interrelación con la autopercepción de la calidad de vida de las personas mayores.

1.7 Enunciado de las hipótesis de investigación

*La calidad de vida autopercebida 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 autopercebida (medida a través de los componentes de las dimensiones de los componentes de la escala Fumat) es independiente de la variable edad de las personas mayores.

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).

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. 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 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 que el concepto de calidad de vida haya ido evolucionando. 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”.

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”.

Para los autores Fuentemayor 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 desde múltiples enfoques y conceptos.

Según 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”

Según Floreal Ferrara en la Revista de Salud Pública de La Plata-Argentina, enero-diciembre de 1975 establece:

“La salud se expresa correctamente cuando el hombre vive comprendiendo y luchando frente a los conflictos que la interacción con su mundo físico, mental y social le imponen, y cuando en esta lucha logra resolver tales conflictos, aunque para ello deba respetar la situación física, mental o social en la que vive o modificarla de acuerdo a sus necesidades y aspiraciones. De tal forma, que la salud corresponde al estado de optimismo, vitalidad, que surge de la actuación del hombre frente a sus conflictos y a la solución de los mismos...”

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: (desórdenes de ansiedad, depresivos, afectivos, entre otros)”.

Para realizar la presente investigación se enmarca 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 las 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 Primer Nivel de Atención en Salud

Lo primero que se debería plantear al decir PNA, es que éste constituye la puerta de entrada al sistema de salud y es el lugar donde se operativiza la continuidad de la atención y los cuidados, con un enfoque de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud que alcance a la mayor parte de la población, aspirando con esto la resolución de las necesidades, intereses y problemas planteados por dicha población.

Para ello se necesita contar con disponibilidad de recursos humanos en salud: enfermeros, médicos en medicina general o medicina familiar y comunitaria, pediatras, odontólogos, nutricionistas, parteras, así como todos los demás integrantes del equipo interdisciplinario que desempeña funciones en el Primer Nivel de Atención.

Es imprescindible para en el Primer Nivel de Atención el enfoque de trabajo en equipo interdisciplinario, integrando la coordinación intersectorial para el logro de los objetivos territoriales planteados con una comunidad determinada.

El trabajo en redes territoriales promueve el logro de los resultados de impacto sobre la salud de una comunidad dada.

En el Primer Nivel de Atención se trabaja aplicando la estrategia de Atención Primaria en Salud.

Para la OMS (1978)

"La Atención Primaria de Salud es la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas, socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena

participación, a un costo que comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y de autodeterminación”.

Concepto que a pesar de haber sido formulado hace más de 40 años en la Conferencia Internacional sobre APS en la ciudad de Alma Ata, Kazakstán, conserva vigencia absoluta y la necesidad de ser fortalecido en el sistema de salud del Uruguay.

1.8.6 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 afectan directamente la calidad de vida de los usuarios, valorar la eficacia y eficiencia de las acciones llevadas a cabo y la obtención de datos relacionados con las dimensiones de la calidad de vida consideradas en la escala. En ANEXO 7.2.6

CAPÍTULO II

2.0 Diseño metodológico

2.1 Enfoque de la investigación

Busca conocer la autopercepción de la calidad de vida de las personas mayores

2.2 Alcance de la investigación

Se plantea un estudio descriptivo, de corte transversal en una población de personas mayores que se asisten en un servicio público de primer nivel de atención, en los meses de enero y febrero 2020 en Montevideo, Uruguay.

2.3 Identificación y definición de variables y sus dimensiones

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 en su definición conceptual: Como se estableció en el marco teórico, según Verdugo 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 Fumat, de las cuales se estudiarán en esta investigación: bienestar emocional, bienestar físico, bienestar material y relaciones interpersonales.

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 (MS),

Con respecto a las dimensiones a estudiar, serán las siguientes y en el Anexo 6.5 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 4)

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, dimensión e indicadores (Anexo 7.1.2)

Se le preguntará 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 Fumat,

2.5 Caracterización de la población

Operacionalización de las variables

Variable	Definición	Indicadores	Nivel de medición	Tipo de variable
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.	Tramo 1: 65-69 años Tramo 2: 70- 79 años Tramo 3: 80-89 años Tramo 4 : 90- 95 años	Intervalo de clase	Cuantitativa

2.6 Unidad de análisis y muestra.

La unidad de análisis son las personas mayores que se encuentran en los criterios de inclusión de la investigación.

El área de estudio es en Montevideo, en una población de personas mayores que asisten a un servicio de salud público en el primer nivel de atención.

El universo de estudio corresponde a la totalidad de las personas mayores que asisten a un servicio público de salud en el primer nivel de atención, en Montevideo, Uruguay.

La población del estudio es de 100 personas mayores que asisten a una policlínica del sub sector público del primer nivel de atención en Montevideo, Uruguay, en el período enero febrero 2020.

La muestra está constituida por los adultos mayores que cumplen los criterios de inclusión de la investigación.

El tipo de muestreo será no probabilístico por conveniencia, ya que la selección de los individuos se hace según los criterios de inclusión definidos en la investigación.

Con respecto a los criterios de Inclusión son usuarios personas mayores de 65 años, de ambos sexos, y que asisten a un servicio público del primer Nivel de Atención en el periodo enero febrero de 2020, que accedan a la entrevista de forma voluntaria. Los mismos contaban con capacidad de comunicarse, orientados en tiempo, lugar y personas, a efectos de contestar el cuestionario.

Respecto a los criterios de exclusión: no se considerarán a aquellos usuarios que estén fuera del rango de edad pre establecidos o sea menores a 64 años, usuarios mayores de 65 años con dificultades de expresión y comprensión que le impidan responder al instrumento de recolección de datos y usuarios mayores de 65 años que no accedan a la de forma voluntaria. Considerando los principios éticos que debe tener toda investigación, previo a la aplicación del instrumento se solicitará autorización a la dirección responsable del servicio 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 y los datos obtenidos fueron utilizados con total confidencialidad y preservando el anonimato de los participantes, conjuntamente se les entregó la hoja de información de la investigación, ésta establece los datos de la persona investigadora que realiza el estudio y su alcance. Se utilizó como instrumento de recolección de datos la escala

Fumat, para realizar el análisis de fiabilidad del instrumento, se calculará por medio del α de Cronbach un valor de 0,81 por lo que el análisis de fiabilidad del instrumento se determina que el mismo es consistente y confiable. (Anexo EXPERTOS 7.2)

Para la obtención de los resultados se empleó la estadística descriptiva e inferencial con la aplicación del Test estadístico “Chi Cuadrado” y el “r de Pearson “

Para el procesamiento de datos y análisis estadístico se utilizarán 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 poder 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 es la escala de Fumat, la misma permitió evaluar la Autopercepción de la Calidad de Vida.

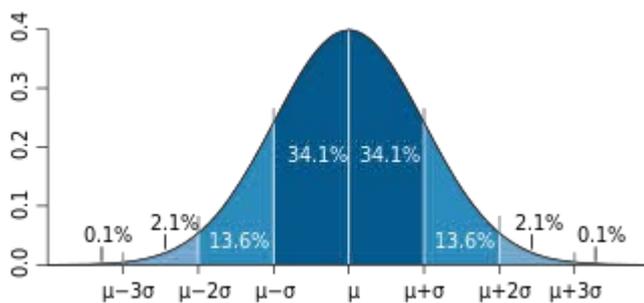
La escala surge de este modo, ya que es un documento validado y fiable, que puedan permitir la planificación de apoyos individualizados e intervenciones centradas en las personas, así como encaminar las intervenciones dirigidas a la mejora de la calidad de la organización y acciones de enfermería en esta población.

Se trata de un cuestionario aplicado, en el que el informador formuló las preguntas planteadas sobre su calidad de vida. El tiempo estimado de las respuestas del instrumento fue de aproximadamente 15 minutos.

La calidad de vida fue evaluada a través de 27 ítems distribuidos en las cuatro dimensiones seleccionadas para esta investigación de la Escala de Fumat. Se analizó la puntuación total de cada una dimensión, a través de la suma de las puntuaciones (1-2-3-4) de las respuestas de cada uno de los ítems que la componen.

La puntuación total de cada dimensión (valoración cuantitativa), es bajo los criterios descritos en cada componente tetra categorizada en individuos como: "Muy Insatisfechos" "Insatisfechos" "Satisfechos" y "Muy Satisfechos"(MI, I, S, MS).

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 (BEM), Bienestar Físico (BF), Bienestar Material (BM) y Relaciones Interpersonales (RI).

El instrumento previamente fue validado por los investigadores Miguel A. Verdugo Alonso, Laura E. Gómez Sánchez y Benito Arias Martínez en Salamanca, España.

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

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

La recolección de datos se realizó en los turnos de la mañana, en el marco de la consulta de enfermería, previo a la consulta con la Dra. de Medicina Familiar y Comunitaria del servicio de salud donde se aplicó el instrumento Escala Fumat.

Capítulo III

3.1 Presentación de los Resultados

3.1.1 Perfil de la muestra

La muestra está constituida por 100 personas mayores (PM) de las cuales 62 son mujeres y 38 son hombres (Tabla 1, Gráfico 1).

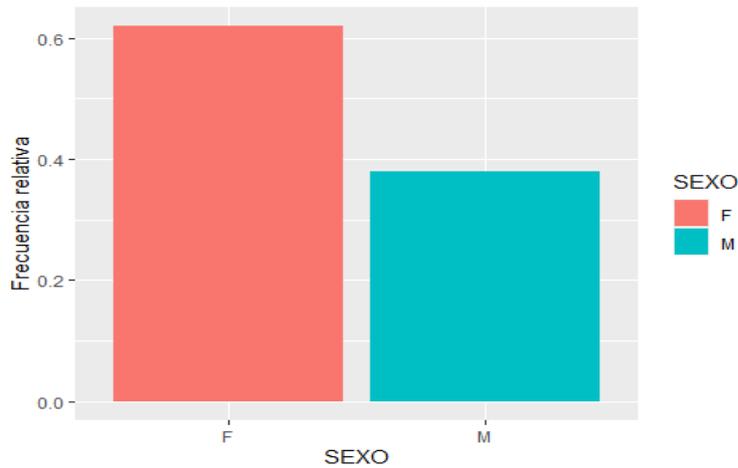
Tabla N° 1:

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

Sexo	FA	FR	%
Femenino	62	0,62	62
Masculino	38	0,38	38
TOTAL	100	1	100

Fuente: “Autopercepción de la calidad de vida de las personas mayores” Tesis Maestría en salud mental, CEDEPO-Fenf, enero-febrero 2020.

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



Fuente: “Autopercepción de la calidad de vida de las personas mayores” Tesis Maestría en salud mental, CEDEPO-Fenf, enero-febrero 2020.

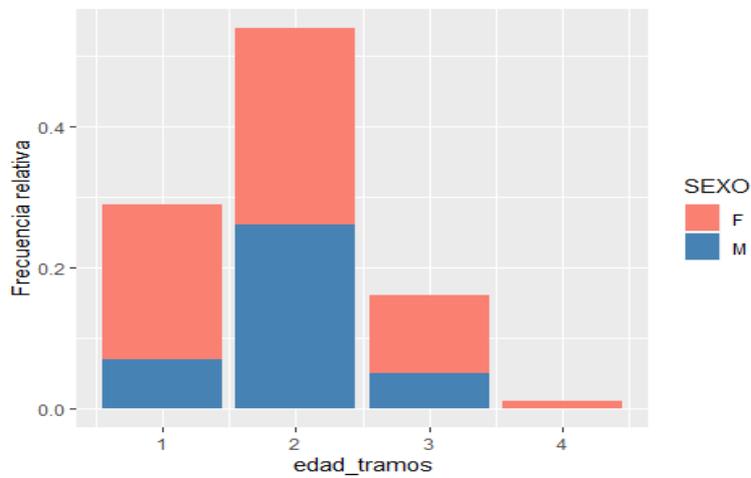
Se observa que en ésta muestra la razón de sexo F y M se sucede en el orden de 3:2, lo que equivale a decir que la cantidad de PM de sexo femenino es aproximadamente una vez y media más que los de sexo masculino.

Tabla N° 2: *Distribución de las personas mayores según edad (tramo etario) y sexo. Montevideo enero febrero 2020.*

Edad	fa			fr		
	M	F	Tot	M	F	Tot
1	7	22	29	0,24	0,76	1
2	26	28	54	0,48	0,52	1
3	5	11	16	0,31	0,69	1
4	0	1	1	0	1	1
Total	38	62	100	0,38	0,62	1

Cabe destacar que en el tramo 1 se incluyen PM de entre 65 y 69 años, en el tramo 2 PM de entre 70 y 79 años, en el tramo 3 se incluyen PM de 80 a 89 y en el tramo 4 PM de entre 90 y 95 años de edad.

Gráfico N° 2: *Distribución de las personas mayores según edad. Montevideo enero febrero 2020.*



Fuente: “Autopercepción de la calidad de vida de las personas mayores” Tesis Maestría en salud mental, CEDEPO-Fenf, enero-febrero 2020.

Del gráfico anterior se desprende que el intervalo etario que ocurre en la muestra con mayor frecuencia (intervalo etario modal) se corresponde con las PM de entre 70 y 79 años inclusive.

Se presenta un resumen de la variable edad, pudiendo establecer que:

La media es 73.8077403245943

La moda es 73

La Mediana es 73

El Mínimo valor de la edad es 65

El Máximo valor de la edad es 90

Los primeros tres estadísticos de posición que se muestran son la media, la moda y la mediana. Éstos dan cuenta que la edad promedio de los individuos de la muestra es de 73.8.

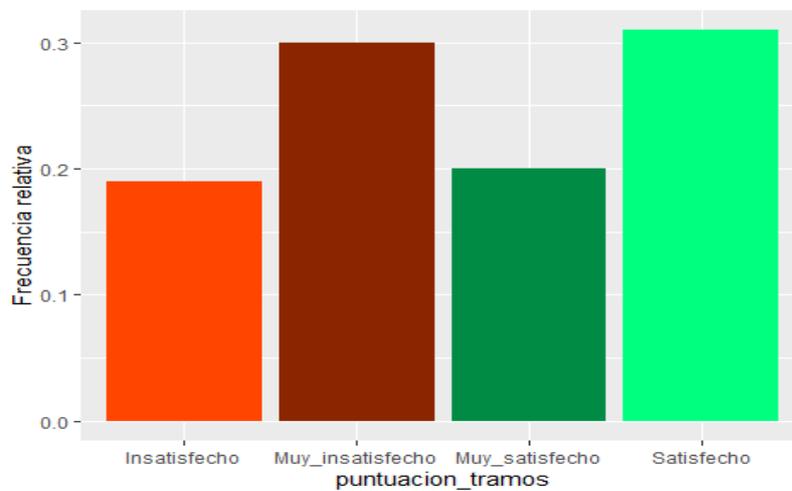
Del gráfico anterior se desprende que el intervalo etario que ocurre en la muestra con mayor frecuencia (intervalo etario modal) se corresponde con los individuos de entre 70 y 79 años inclusive que concentra un 48 % de la muestra.

3.1.2 Análisis de las Dimensiones de la Escala Fumat en forma individual

3.1.2.1 Análisis de la Dimensión Bienestar Emocional

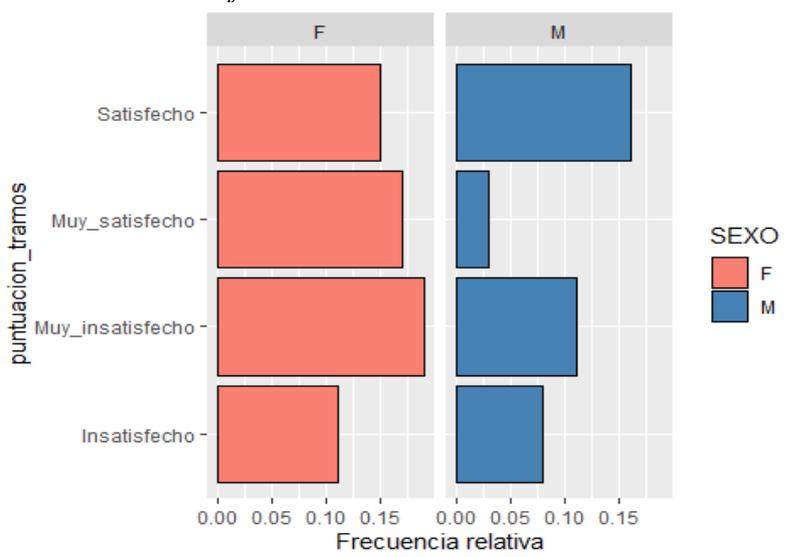
Se comienza con el análisis de la primer componente de las cuatro, en el siguiente grafico se muestra que las valoraciones de la PM como MI e I (valoración conjunta, es de un 49% y la proporción de PM: MS y S (valoración conjunta, es de un 51%, con lo que no son significativamente distintas determinando una relación casi de 1:1.

Gráfico N° 3: *Distribución de la autopercepción del BE de las PM. Montevideo enero febrero 2020.*



Fuente: “Autopercepción de la calidad de vida de las personas mayores” Tesis Maestría en salud mental, CEDEPO-Fenf, enero-febrero 2020. Ver Anexo 7.2.2

Gráfico N°4: *Distribución de la autopercepción del BE de las PM facetada por SEXO. Montevideo enero-febrero 2020.*



Fuente: “Autopercepción de la calidad de vida de las personas mayores” Tesis Maestría en salud mental, CEDEPO-Fenf, enero-febrero 2020.

En este gráfico doble facetado según sexo se advierte como es la valoración de las mujeres y hombres de la muestra en cuanto al Bienestar Emocional. Donde los hombres valoran su BE como satisfechos en un 42% y las mujeres en un 31% como muy insatisfechas así como un 27% se manifiesta como satisfechas. En cuanto al resultado tanto de insatisfechos como muy insatisfechos en hombres y mujeres se autoperciben de forma similar (Insatisfechos 21% y 18% respectivamente y 31% y 29% de muy insatisfechos)

Pero, para determinar si ésta modificación en la distribución de las frecuencias es un elemento suficiente para establecer si existe o no asociación entre las variables: AUTOPERCEPCIÓN DEL BIENESTAR EMOCIONAL y SEXO, se procede a realizar la prueba de hipótesis de chi cuadrado de independencia con alfa 0.05, resultando p-value = 0.06916. Ver Anexo 7.2.2 Salida n°4.

Como el p- value (valor -p) desarrollado es mayor al alfa (0.05) no se rechaza la hipótesis nula (H_0) (de independencia) confirmando que la **Autopercepción del Bienestar Emocional es independiente del sexo.**

Ahora se muestra la valoración del Bienestar Emocional con relación al tramo etario de pertenencia.

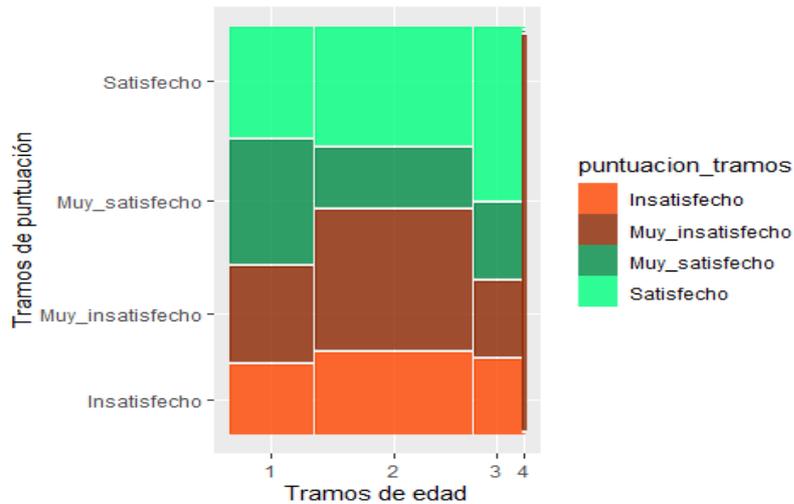
Tabla N° 3: *Distribución de la autopercepción del BE según la edad de las PM. . Montevideo enero febrero 2020.*

Edad (años)	Muy insatisfecho	Insatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho
1(65-69)	7	5	8	9
2(70-79)	19	11	16	8
3(80-89)	3	3	7	3
4(90-95)	1	0	0	0
Total	30	19	31	20

Fuente: “Autopercepción de la calidad de vida de las personas mayores” Tesis Maestría en salud mental, CEDEPO-Fenf, enero-febrero 2020.

Se realiza el análisis de la valoración del BIENESTAR EMOCIONAL según los distintos tramos de edad utilizando la siguiente gráfica de mosaicos.

Gráfico N°5: *Distribución de la autopercepción de las PM de la componente BE y EDAD. Montevideo enero febrero 2020*



Fuente: “Autopercepción de la calidad de vida de las personas mayores” Tesis Maestría en salud mental, CEDEPO-Fenf, enero-febrero 2020.

En este gráfico se observa que la proporción de PM que autoperciben ésta componente con valoraciones positivas (S y MS) y negativas (I y MI), desarrollan diferentes configuraciones en términos de proporción al variar la edad, aunque como se verá a continuación la misma no resulta ser significativa cuando le aplicamos la prueba t de correlación con el estadístico r de Pearson. Resultando que el pvalor 0.75 es superior al nivel de significación (0.05) se decide **no rechazar la hipótesis nula**. Por tanto, la **dimensión Bienestar Emocional es independiente de la edad de las personas mayores (PM)**. Anexo 7.2.2. Salida n°5

Por último en el análisis de ésta componente de la muestra, en la siguiente tabla se marcan cuáles son las clases modales al interior de cada pregunta con el fin de poder identificar cuáles son las componentes que explican los niveles de insatisfacción y satisfacción.

Tabla N° 4: valoración individual de la componente BE según las preguntas. Montevideo enero, febrero 2020

	1	2	3	4	
Pregunta 1	29	27	22	22	100
Pregunta 2	32	13	30	25	100
Pregunta 3	39	24	22	15	100
Pregunta 4	30	20	31	19	100
Pregunta 5	30	12	32	26	100
Pregunta 6	20	9	20	51	100
Pregunta 7	44	22	17	17	100
Pregunta 8	42	19	23	16	100

En ésta tabla se muestra el número de PM que contestaron cada pregunta por rango etario (Tramo 1: 65-69 años, Tramo 2: 70- 79 años, Tramo 3: 80-89 años y Tramo 4: 90- 95 años). Los colores simbolizan las categorías de valoración, el rojo: MI, el naranja: I, el amarillo: S y el verde: MS.

Vemos que la única pregunta en la cual existe mayoría de respuestas muy satisfactoria es la pregunta 6 (Se muestra satisfecho con los servicios y los apoyos que recibe) marcada en color verde.

Luego las respuestas, para el resto de las preguntas, se dicotomizan en MUY INSATISFECHOS y SATISFECHOS, **siendo más las valoraciones negativas (MI) que las positivas (S)**

3.1.2.2 Resumen de la dimensión BIENESTAR EMOCIONAL

La componente bienestar emocional es de las 4 componentes consideradas para medir la calidad de vida de la escala Fumat la que contiene mayor número de preguntas (8)

Para cada PM ésta desarrolla valores entre 8 y 32 M I (8-14) I (15-20) S (21-26) MS (27-32)

La proporción de MI e I es de un 49% y la proporción de S y MS es de un 51%

En mujeres proporción de MI e I (48%) y la proporción de S y MS (52%) -En hombres proporción de MI e I (50%) y la proporción de S y MS (50%)

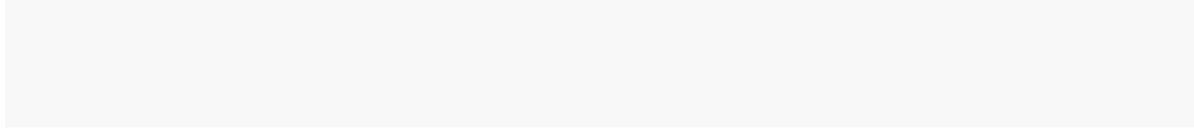
La dimensión Bienestar Emocional es independiente del sexo.

La dimensión Bienestar Emocional es independiente de la edad.

3.2.1 COMPONENTE BIENESTAR FÍSICO

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

Gráfico N°6: *Distribución de la autopercepción del BF de las PM Montevideo enero febrero 2020.*



Fuente: “Autopercepción de la calidad de vida de las personas mayores” Tesis Maestría en salud mental, CEDEPO-Fenf, enero-febrero 2020.

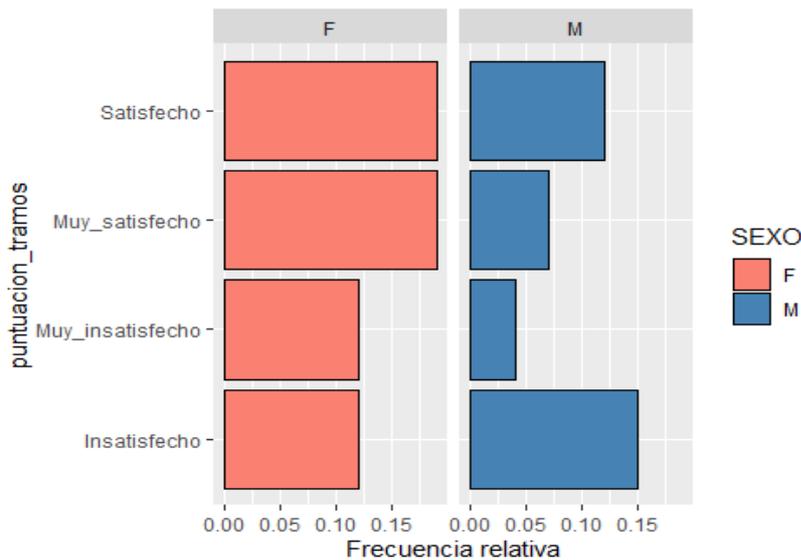
Anexo 7.2.3

A diferencia de la componente anterior (BE), ésta dimensión presenta mayor proporción de PM con valoraciones positivas de la autopercepción, que negativas.

En la muestra 57 PM autoperciben ésta componente de modo SATISFECHO O MUY SATISFECHO mientras que 43 lo hacen en las categorías de INSATISFECHO O MUY INSATISFECHO.

A continuación, se presenta el gráfico doble facetado según sexo.

Gráfico N°7: *Distribución de la autopercepción del BF facetado según SEXO en las PM. Montevideo enero febrero 2020.*



Fuente: “Autopercepción de la calidad de vida de las personas mayores” Tesis Maestría en salud mental, CEDEPO-Fenf, enero-febrero 2020.

Si a este gráfico se lo compara con el de sectores de la componente BIENESTAR FÍSICO de la muestra general se advierte que no existen diferencias en cuanto a la proporción de mujeres insatisfechas y muy insatisfechas (ambas 38%) con ésta componente y las satisfechas y las muy satisfechas (ambas 62%), pero si se observa una ligera modificación en cuanto a su configuración.

Con respecto a los hombres se presenta otro panorama en el BF, los MI e I (ambos 50%), y los S y MS (ambos 50%).

Como lo realizado con la componente anterior, para la estrategia inferencial se realiza el test de chi cuadrado (con alfa 0.05) a fin de establecer la independencia o no de las variables.

Resultando un p-value = 0.1097, con lo que se repite lo acontecido en la componente anterior, p-valor mayor a 0.05. Ver Anexo 7.2.3 Salida n°8

No se rechaza la H_0 de independencia estadística. O sea, no hay asociación entre la autopercepción del bienestar físico y el sexo de las PM.

La componente BIENESTAR FÍSICO es independiente del sexo.

Ahora se muestra la valoración de ésta componente con relación al tramo etario de pertenencia.

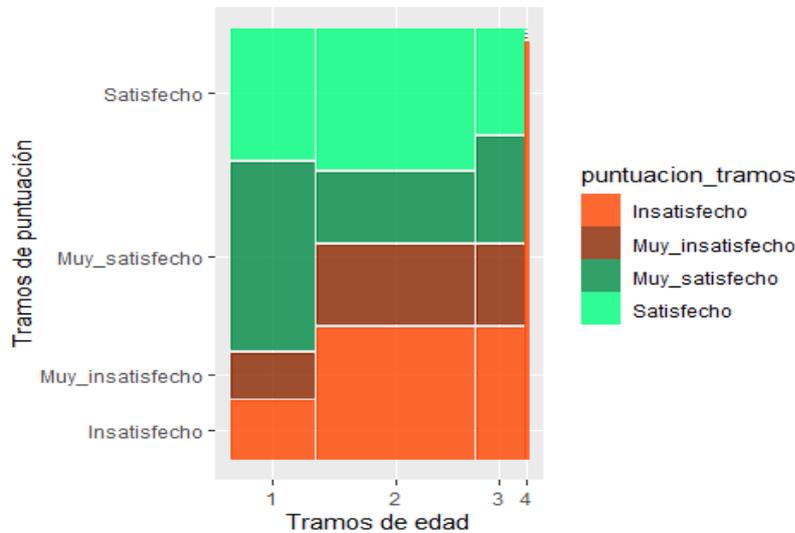
Tabla N° 5: Distribución de la autopercepción del BF según la edad de la PM. Montevideo enero febrero 2020.

Edad	Muy insatisfecho	Insatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho
1 (60 -69)	3	4	9	13
2 (70-79)	10	17	18	9
3 (80-89)	3	5	4	4
4 (90-95)	0	1	0	0
Total	16	27	31	26

Fuente: “Autopercepción de la calidad de vida de las personas mayores” Tesis Maestría en salud mental, CEDEPO-Fenf, enero-febrero 2020.

Seguidamente se analiza la valoración del BIENESTAR FÍSICO según los distintos tramos de edad a través de un gráfico de mosaicos.

Gráfico N°8: *Distribución de la autopercepción del BF y EDAD de las PM. Montevideo enero-febrero 2020.*



Fuente: “Autopercepción de la calidad de vida de las personas mayores” Tesis Maestría en salud mental, CEDEPO-Fenf, enero-febrero 2020.

Coincidentemente con el BE, el BF presenta el mismo patrón: al aumentar la edad aumenta la proporción de PM que autoperciben ésta componente como insatisfactoria o muy insatisfactoria, pero para evaluar si en términos inferenciales la misma resulta significativa se realiza la prueba de correlación r de PEARSON. Resultando en no rechazar la H_0 , dado el p valor que es mayor a 0.05 (p-value = 0.05584). Anexo 7.2.3 salida n°9

La componente BIENESTAR FÍSICO es independiente de la edad de las PM.

Para finalizar el análisis de ésta componente de la muestra, en el cuadro que sigue, 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° 6: valoración individual de la componente BF según las preguntas. Montevideo enero febrero 2020.

	1	2	3	4	
Pregunta 30	26	23	17	34	100
Pregunta 31	35	21	26	18	100
Pregunta 32	18	17	23	42	100
Pregunta 33	18	16	26	40	100
Pregunta 34	18	19	37	26	100
Pregunta 35	23	21	27	29	100

Fuente: “Autopercepción de la calidad de vida de las personas mayores” Tesis Maestría en salud mental, CEDEPO-Fenf, enero-febrero 2020.

En ésta tabla se muestra el número de PM que contestaron cada pregunta por rango etario (Tramo 1: 65-69 años, Tramo 2: 70- 79 años, Tramo 3: 80-89 años y Tramo 4: 90- 95 años). Los colores simbolizan las categorías de valoración, el rojo: MI, el naranja: I, el amarillo: S y el verde: MS.

Vemos que la única pregunta en la cual existe mayoría de respuestas muy satisfactoria es la pregunta 6 (Se muestra satisfecho con los servicios y los apoyos que recibe) marcada en color verde.

Es así que la pregunta 31 es la única que presenta mayoría de las PM están MUY INSATISFECHOS, ésta pregunta es “Tiene problemas de incontinencia”. Dado el contexto donde se está llevando a cabo esta investigación (en un servicio de salud de primer nivel de atención), éste hecho no es menor y denota la sensibilidad de la escala FUMAT al contexto donde la misma es aplicada.

Las preguntas 32 y 33 (“Tiene dificultad para seguir una conversación porque oye mal” y “Su estado de salud le permite salir a la calle”) son las que mejor se autoperciben.

Que también pudiera ser ésta identificación del contexto donde se aplica la escala ya que la muestra son PM que acuden a la policlínica de forma autónoma y voluntaria.

Luego las respuestas, para el resto de las preguntas, se dividen en MUY INSATISFECHOS y MUY SATISFECHOS.

3.2.2 RESUMEN DE LA COMPONENTE BIENESTAR FÍSICO

El bienestar físico es de las 4 componentes consideradas para medir la calidad de vida de la escala Fumat la que menor número de preguntas contiene (6)

Para cada individuo ésta desarrolla valores entre 6 y 24, M I (6-10), I(11-15), S(16-20) y MS(21-24)

Proporción de MI e I (43%) proporción de S y MS (57%)

-En mujeres proporción de MI e I (38%) proporción de S y MS (62%)

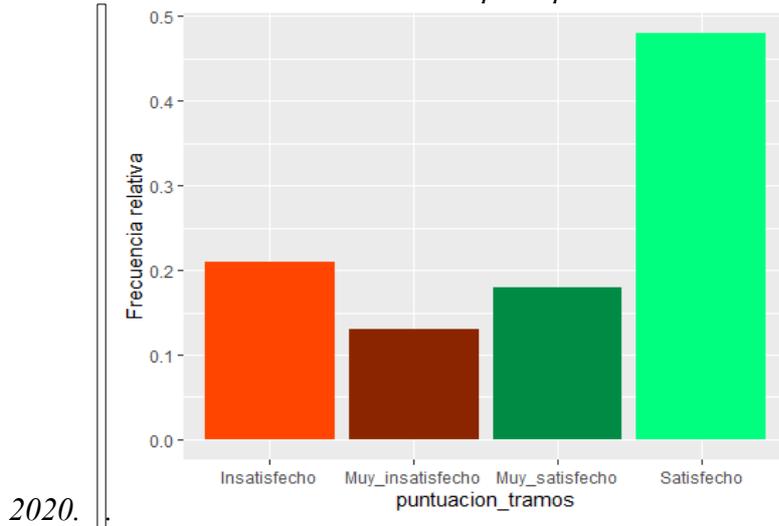
-En hombres proporción de MI e I (50%) proporción de S y MS (50%)

La dimensión Bienestar Físico es independiente del sexo y de la edad (por pruebas de chi cuadrado y R de Pearson).

3.3.1 COMPONENTE BIENESTAR MATERIAL

Los resultados obtenidos son los siguientes respecto a la autopercepción del BM para las PM: MI (13%), I (21%), MS (18%), S (48%) que se expresa en el siguiente gráfico.

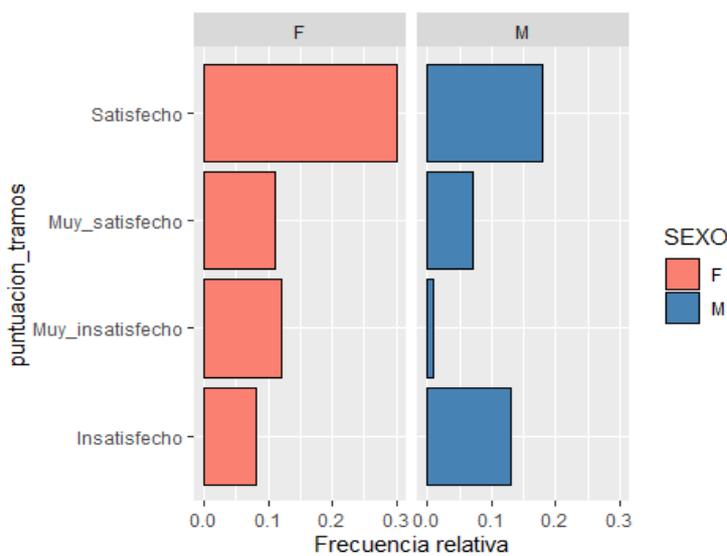
Gráfico N°9: *Distribución de la autopercepción del BM de las PM. Montevideo enero febrero*



Fuente: “Autopercepción de la calidad de vida de las personas mayores” Tesis Maestría en salud mental, CEDEPO-Fenf,, enero-febrero 2020.

Coincidentemente con el BF, ésta componente presenta mayor proporción de individuos con valoraciones positivas de la autopercepción que negativas. En la muestra 66% de los individuos autoperceben ésta componente de modo SATISFECHO O MUY SATISFECHO mientras que 34% lo hacen en las categorías de INSATISFECHOS O MUY INSATISFECHOS. Ver Anexo 7.2.4 salida n°11

Gráfico N°10: *Distribución de la autopercepción del BM facetado según Sexo.*



Fuente: “Autopercepción de la calidad de vida de las personas mayores” Tesis Maestría en salud mental, CEDEPO-Fenf, enero-febrero 2020.

Si a este gráfico se lo compara con el de barras de la muestra general desarrollado para la componente BIENESTAR MATERIAL se advierte que no existen diferencias en cuanto a la proporción de mujeres insatisfechas y muy insatisfechas (valoración conjunta son 33%) y las satisfechas y las muy satisfechas (valoración conjunta son 67%).

A su vez, se observa que a pesar de que las proporciones al interior de la autopercepción es la misma que la de la totalidad de la muestra, existen matices de las valoraciones negativas y positivas de la misma.

En el caso de los hombres la proporción de Muy Insatisfechos se reduce notoriamente si se lo compara con las mujeres (3%) y esa reducción es recogida por la categoría Insatisfecho (33%), lo que muestra que ellos presentan matices de la insatisfacción, no así de la satisfacción.

Los hombres conservan prácticamente las mismas proporciones de insatisfechos y muy insatisfechos (valorados conjuntamente son 36%) y los satisfechos y muy satisfechos (valorados conjuntamente son 64%) si se lo compara con la muestra general, y también se observa una modificación en la configuración de la distribución.

Para determinar si éste cambio de configuración al interior de las categorías observadas entre hombres y mujeres repercute en la posible asociación de las variables AUTOPERCEPCION DEL BIENESTAR MATERIAL y SEXO, se realiza la prueba de independencia chi cuadrado de independencia con alfa 0.05 .

Al igual que en las otras dos componentes BE y BF la AUTOPERCEPCION DE LA COMPONENTE BIENESTAR MATERIAL es independiente del SEXO dado por el p valor es igual a 0.11. Este resulta mayor al nivel de significación (0.05). Anexo 7.2.4 salida nº12.

Valoración de la componente Bienestar Material es independiente del Sexo.

Seguidamente analizamos el BIENESTAR MATERIAL según los distintos tramos de edad.

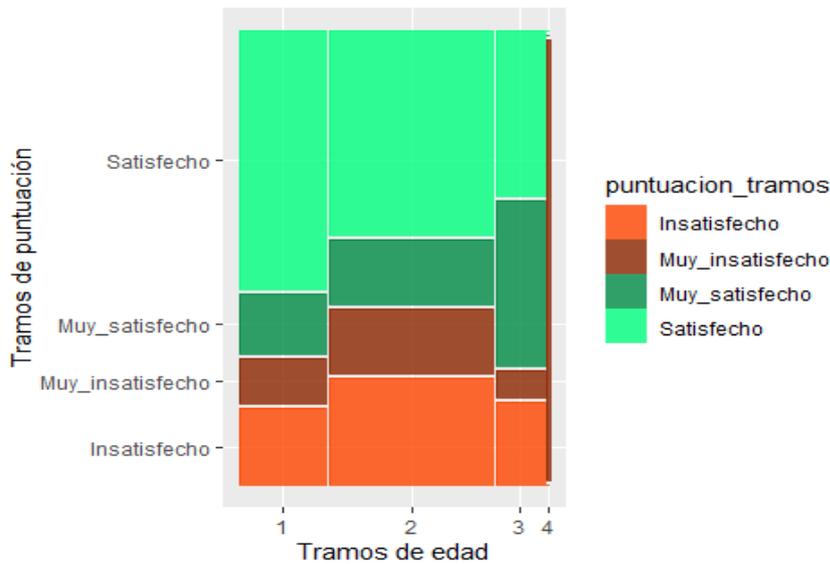
Tabla N° 7: Distribución de la autopercepción del BM según la edad de las PMMontevideo enero febrero 2020.

Edad	Muy insatisfecho	Insatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho
1(65-69)	3	5	17	4
2(70-79)	8	13	25	8
3(80-89)	1	3	6	6
4(90-95)	1	0	0	0
Total	13	21	48	18

Fuente: “Autopercepción de la calidad de vida de las personas mayores” Tesis Maestría en salud mental, CEDEPO-Fenf,, enero-febrero 2020.

La valoración del BIENESTAR MATERIAL según los distintos tramos de edad se muestra a través del siguiente gráfico de mosaicos.

Gráfico N°11: *Distribución de la autopercepción de la componente BM y edad de las PM. Montevideo enero febrero 2020.*



Fuente: “Autopercepción de la calidad de vida de las personas mayores” Tesis Maestría en salud mental, CEDEPO-Fenf, enero-febrero 2020.

A diferencia con el BE y el BF, en el BM no presenta el mismo patrón: al aumentar la edad en algunos casos la proporción de individuos que autoperciben ésta componente como insatisfactoria o muy insatisfactoria sube y en otros baja.

Para evaluar la independencia entre estas variables (BM y edad), se muestra en la siguiente la prueba R de Pearson.

Según el pvalor ($p\text{-value} = 0.7509$), se concluye que en ésta componente del bienestar (componente BM), su valoración no se encuentra correlacionada con la Edad. Anexo 7.2.4 salida n°13

Valoración de la componente BIENESTAR MATERIAL es independiente de la EDAD.

Tabla N° 8: valoración individual de la componente BF según las preguntas . Montevideo enero febrero 2020.

	1	2	3	4	
Pregunta 15	12	12	27	49	100
Pregunta 16	70	10	10	10	100
Pregunta 17	75	9	8	8	100
Pregunta 18	17	7	20	56	100
Pregunta 19	11	7	4	78	100
Pregunta 20	15	11	33	41	100
Pregunta 21	19	17	22	42	100

Fuente: “Autopercepción de la calidad de vida de las personas mayores” Tesis Maestría en salud mental, CEDEPO-Fenf, enero-febrero 2020.

En ésta tabla se muestra el número de PM que contestaron cada pregunta por rango etario (Tramo 1: 65-69 años, Tramo 2: 70- 79 años, Tramo 3: 80-89 años y Tramo 4: 90- 95 años). Los colores simbolizan las categorías de valoración, el rojo: MI, el naranja: I, el amarillo: S y el verde: MS.

Para finalizar el análisis de esta componente de la muestra, en la tabla anterior, 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.

Preguntas 16 y 17 (“Manifiesta no estar satisfecho con su jubilación (o situación laboral actual)” y “Se queja de su salario (o pensión)”) registran mayor cantidad de individuos MUY INSATISFECHOS.

Luego las respuestas, para el resto de las preguntas se identifican con la categoría MUY SATISFECHOS.

3.3.2 RESUMEN DE LA COMPONENTE BIENESTAR MATERIAL

La componente BM contiene 7 ítems.

Para cada individuo ésta desarrolla valores entre 6 y 24: MI (7-12), I (13-17), S (18-22), MS (23-28)

Proporción de MI e I (34%) proporción de S y MS (66%)

-En mujeres proporción de MI e I (33%) proporción de S y MS (67%)

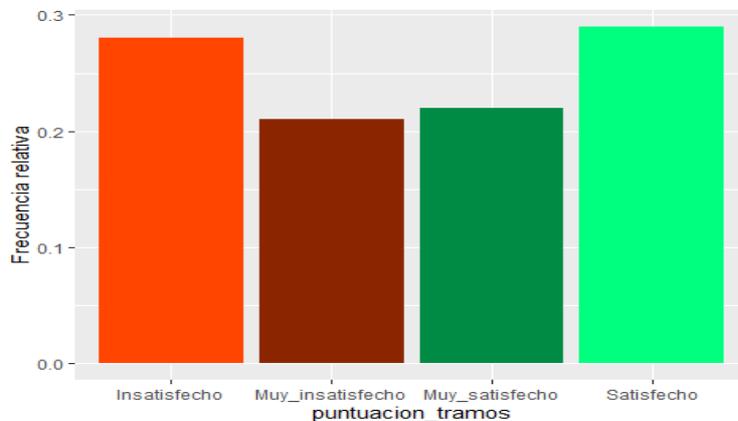
-En hombres proporción de MI e I (36%) proporción de S y MS (64%)

El Bienestar Material es independiente del sexo y de la edad.

3.4.1 COMPONENTE RELACIONES INTERPERSONALES

A continuación, se analiza la última componente que refiere a las RELACIONES INTERPERSONALES. La misma consta de 6 preguntas numeradas de 9 a 14.

Gráfico N°12: *Distribución de la autopercepción de las RI de las PM. Montevideo enero febrero 2020.*



Fuente: “Autopercepción de la calidad de vida de las personas mayores” Tesis Maestría en salud mental, CEDEPO-Fenf, enero-febrero 2020.

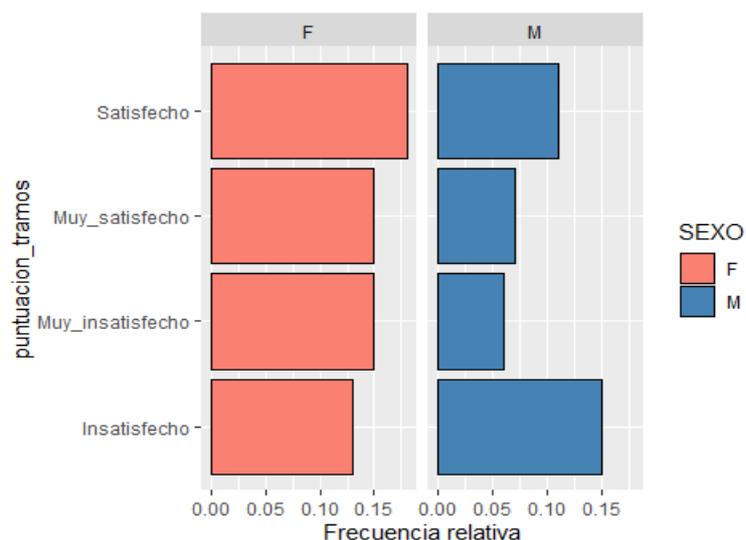
En esta componente la proporción de individuos con valoraciones positivas MS y S ambas 51%, no difieren significativamente de las autopercepciones negativas MI e I, ambas 49%.

Anexo 7.2.5 salida n° 16

Seguidamente se muestra el gráfico doble facetado según sexo

Gráfico N°13: *Distribución de la autopercepción de las RI facetada según SEXO.*

Montevideo enero febrero 2020.



Fuente: “Autopercepción de la calidad de vida de las personas mayores” Tesis Maestría en salud mental, CEDEPO-Fenf, enero-febrero 2020.

Si a este gráfico se lo compara con el de barras de la muestra general desarrollado para la componente RELACIONES INTERPERSONALES, se advierte que no existen diferencias significativas en cuanto a la proporción de mujeres insatisfechas (21%) y muy insatisfechas (25%) con esta componente y las satisfechas (29%) y las muy satisfechas (25%).

A su vez se observa que las proporciones al interior de la autopercepción son semejantes a la de la totalidad de la muestra.

En el caso de los hombres la proporción de MI se reduce bastante (15%) si se lo compara con mujeres y esa reducción es recogida por la categoría I (38%), como sucedió en la componente BM (cambia los matices de la insatisfacción, no así de la satisfacción).

Por otra parte los hombres conservan prácticamente las mismas proporciones de insatisfechos y muy insatisfechos (valorados conjuntamente son 53%) y los satisfechos y muy satisfechos

(valorados conjuntamente son 47%) si se lo compara con la muestra general, pero ahora se observa una modificación en la configuración de la distribución.

Dada que las distribuciones presentan ciertas diferencias en la configuración según se trate de hombres y mujeres, se procede a realizar test de chi- cuadrado a fin de determinar si éstas resultan significativas en una prueba de independencia de variables.

Dado que el p valor (p-value = 0.2669) resulta mayor que el nivel de significación, a pesar de la diferencia de configuraciones, puede considerarse que la autopercepción de esta componente es independiente del sexo. (Anexo 7.2.5, Salida nº17)

Valoración de la componente RELACIONES INTERPERSONALES es independiente del SEXO.

Ahora se muestra cómo es la distribución de la autopercepción de la componente RI según el intervalo etario al que pertenecen las PM.

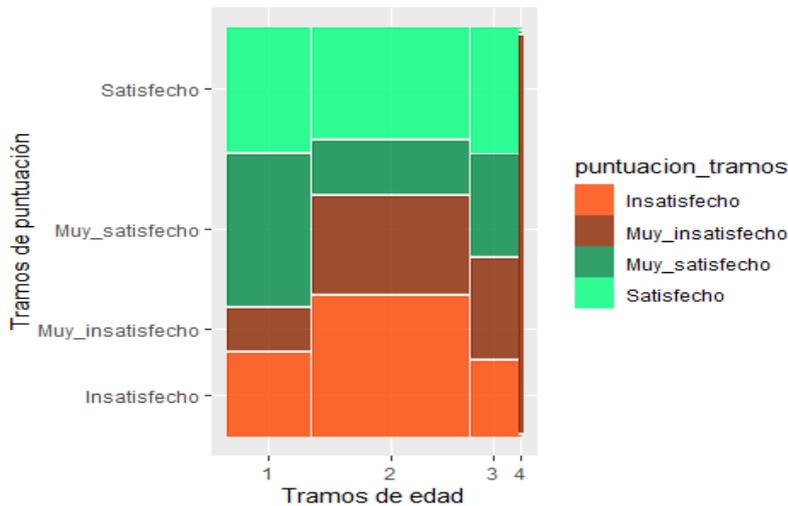
Tabla N° 9: Distribución de la autopercepción del RI según la edad de las PM Montevideo enero febrero 2020.

Edad	Muy insatisfecho	Insatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho
	FA			
1(65-69)	3	6	9	11
2(70-79)	13	19	15	7
3(80-89)	4	3	5	4
4(90-95)	1	0	0	0
Total	21	28	29	22

Fuente: “Autopercepción de la calidad de vida de las personas mayores” Tesis Maestría en salud mental, CEDEPO-Fenf, enero-febrero 2020.

Seguidamente se analiza la valoración de las relaciones interpersonales según los distintos tramos de edad a través de un gráfico de mosaicos.

Gráfico N°14: *Distribución de la autopercepción de la componente RI y Edad de las PM. Montevideo enero febrero 2020.*



Fuente: “Autopercepción de la calidad de vida de las personas mayores” Tesis Maestría en salud mental, CEDEPO-Fenf, enero-febrero 2020.

A diferencia con el BE y el BF, y coincidentemente con el BM no se presenta el mismo patrón: al aumentar la edad en algunos casos la proporción de individuos que autoperciben ésta componente como insatisfactoria o muy insatisfactoria sube y en otros baja.

Para evaluar la independencia entre estas variables, se realiza la prueba R de Pearson. (Anexo 7.2.4 Salida n°18)

Si se observa el pvalor, o se analiza el intervalo de confianza, se concluye que las Relaciones Interpersonales, su valoración, no se encuentra correlacionada con la EDAD.

Valoración de la componente Relaciones Interpersonales es Independiente de la edad.

Tabla N°10: valoración individual de la componente RI según las preguntas. Montevideo enero febrero 2020.

	1	2	3	4	
Pregunta 9	67	17	8	8	100
Pregunta 10	21	6	16	57	100
Pregunta 11	21	7	20	52	100
Pregunta 12	36	14	12	38	100
Pregunta 13	37	12	28	23	100
Pregunta 14	24	18	17	41	100

Fuente: “Autopercepción de la calidad de vida de las personas mayores” Tesis Maestría en salud mental, CEDEPO-Fenf, enero-febrero 2020.

En ésta tabla se muestra el número de PM que contestaron cada pregunta por rango etario (Tramo 1: 65-69 años, Tramo 2: 70- 79 años, Tramo 3: 80-89 años y Tramo 4: 90- 95 años). Los colores simbolizan las categorías de valoración, el rojo: MI, el naranja: I, el amarillo: S y el verde: MS.

En ésta tabla se marcan cuáles son las clases modales al interior de cada pregunta con el fin de identificar cuáles son los componentes que explican los niveles de insatisfacción y satisfacción.

Preguntas 9,12 y 13 (9 “Realiza actividades que le gustan con otras personas”, 12 “Carece de familiares cercanos” y 13 “Valora negativamente sus relaciones de amistad”) registran mayor cantidad de individuos MUY INSATISFECHOS.

Luego las respuestas, para el resto de las preguntas se identifican con la categoría MUY SATISFECHOS.

3.4.2 RESUMEN DE LA COMPONENTE RELACIONES INTERPERSONALES

La componente RELACIONES INTERPERSONALES contiene 6 ítems

Para cada individuo ésta desarrolla valores entre 6 y 24: MI (6-10), I (11-15), S (16-20), MS (21-24)

Proporción de MI e I (49%) proporción de S y MS (51%)

-En mujeres proporción de MI e I (46%) proporción de S y MS (54%)

-En hombres proporción de MI e I (53%) proporción de S y MS (47%)

La componente Relaciones Interpersonales es independiente de la edad y del sexo.

CAPITULO IV

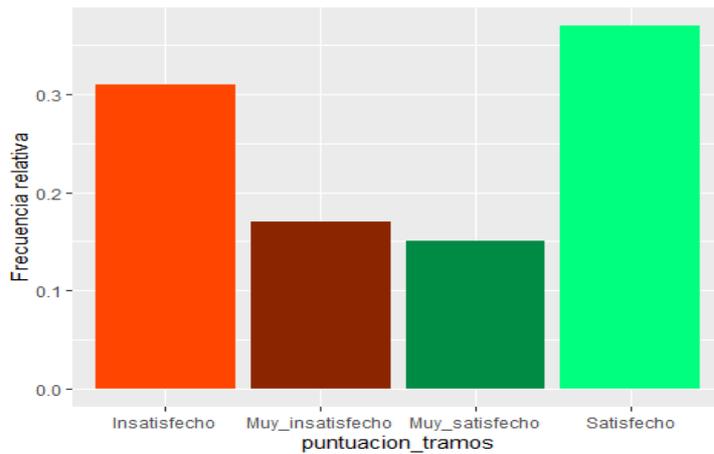
4.1 Análisis de las cuatro dimensiones estudiadas de la escala FUMAT

En este caso la ESCALA desarrollada en ésta investigación se confeccionó considerando 4 componentes del bienestar (BE, BF, BM, RI) con 8, 6, 7,6 preguntas respectivamente.

Por lo que en la misma, se presentan en cada PM, puntuaciones totales de entre 27 y 108 puntos. Los resultados obtenidos (Anexo 7.8.5 Escala de Fumat) son expresados a continuación.

Para las PM la auto percepción de su calidad según (BE, BF, BM, RI) muestra que un 31% está Insatisfecho, un 17% está Muy Insatisfecho, un 15% Muy Satisfecho y un 37% está Satisfecho. Esto se evidencia en el siguiente gráfico.

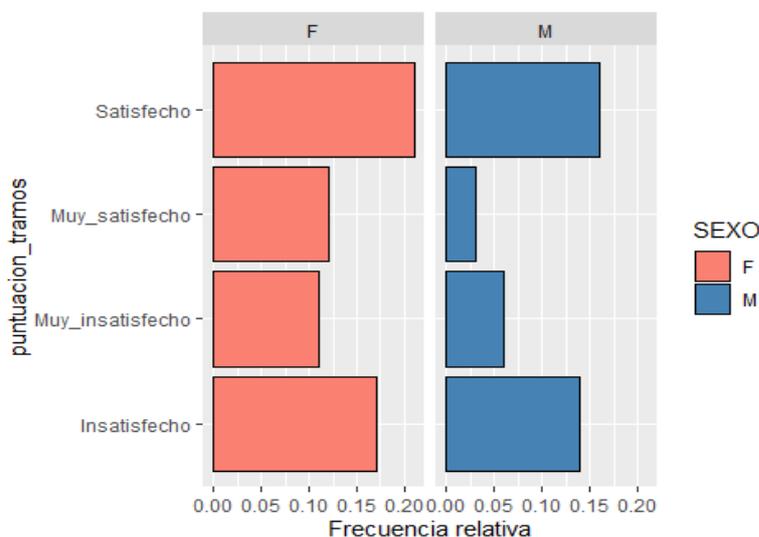
Gráfico N°15: Distribución de la escala de Fumat según las categorías de autopercepción de la calidad de vida. Montevideo enero febrero 2020.



Fuente: “Autopercepción de la calidad de vida de las personas mayores” Tesis Maestría en salud mental, CEDEPO-Fenf, enero-febrero 2020.

Para las PM la autopercepción de su calidad según (BE, BF, BM, RI) muestra que un 31% está Insatisfecho, un 17% está Muy Insatisfecho, un 15% Muy Satisfecho y un 37% está Satisfecho. Esto se evidencia en el siguiente gráfico.

Gráfico N° 16: Distribución de las puntuaciones de la escala Fumat según ambos SEXOS. Montevideo enero febrero 2020.



Fuente: “Autopercepción de la calidad de vida de las personas mayores” Tesis Maestría en salud mental, CEDEPO-Fenf, enero-febrero 2020.

Si a este gráfico se lo compara con el de barras de la muestra general desarrollado para las puntuaciones totales, se advierte que no existen diferencias significativas en cuanto a la proporción de mujeres insatisfechas (28%) y muy insatisfechas (17%), en la escala FUMAT y las satisfechas (35%) y las muy satisfechas (20%). A su vez se observa que las proporciones al interior de la autopercepción es aproximadamente la misma que la de la totalidad de la muestra.

En el caso de los hombres la proporción de Muy Insatisfecho (15%) se reduce en dos puntos porcentuales, si se lo compara con la muestra general y esa reducción es recogida por la categoría Insatisfecho (36%). Algo similar ocurre con la categoría Muy Satisfecho (8%), la cual se reduce en siete puntos porcentuales si se lo compara con la muestra general y esa reducción es recogida por las categorías Satisfecho (41%) e Insatisfecho (36%). Cambian los matices de la insatisfacción y de la satisfacción, no así la valoración conjunta términos de valoración negativo y positivo.

Dada que las distribuciones presentan ciertas diferencias en la configuración, sobre todo en las categorías MS y MI según se trate de hombres y mujeres, se procede a realizar el cálculo del chi- cuadrado a fin de determinar si estas resultan significativas en una prueba de independencia de variables.

Dado que el p valor (0.37) resulta mayor que el nivel de significación (0.05) resulta pues que a pesar de la diferencia de configuraciones puede considerarse que la autopercepción de la calidad de vida medida a través de la escala Fumat es independiente del sexo. (Anexo 7.2.6 Escala de Fumat, salida nº 21). La valoración de la calidad de vida medida a través de la escala Fumat es INDEPENDIENTE del SEXO.

Ahora se muestra cómo es la distribución de la autopercepción de la escala Fumat según el intervalo etario al que pertenece cada PM.

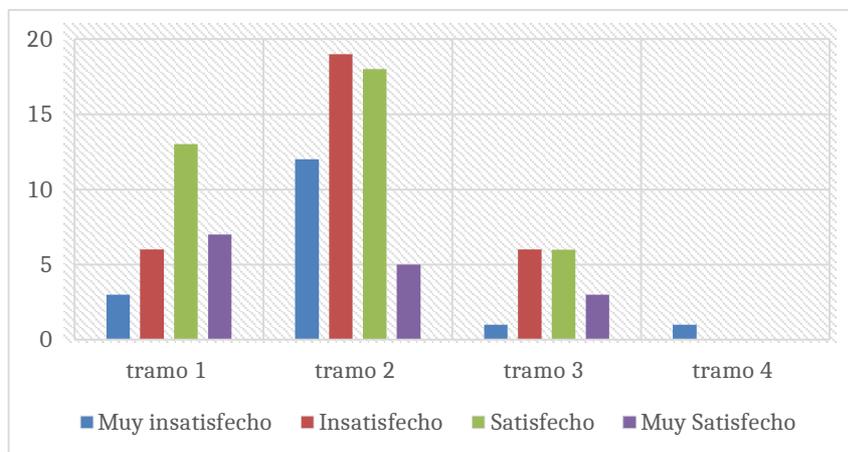
Tabla n° 11: *Distribución de las 4 componentes de la escala de Fumat según la EDAD. Montevideo enero febrero 2020.*

Edad	Muy insatisfecho	Insatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho
1(65-69)	3	6	13	7
2(70-79)	12	19	18	5
3(80-89)	1	6	6	3
4(90-95)	1	0	0	0
Total	17	31	37	15

Fuente: “Autopercepción de la calidad de vida de las personas mayores” Tesis Maestría en salud mental, CEDEPO-Fenf, enero-febrero 2020.

Seguidamente se analiza la valoración de la calidad de vida, medida a través de las puntuaciones desarrolladas en la escala Fumat según los distintos tramos de edad de pertenencia, a través del siguiente gráfico.

Gráfico N° 17: *Distribución de la autopercepción de la calidad de vida medida a través de la puntuación de la escala Fumat y EDAD de las PM. Montevideo enero febrero 2020.*



Fuente: “Autopercepción de la calidad de vida de las personas mayores” Tesis Maestría en salud mental, CEDEPO-Fenf, enero-febrero 2020.

Éste grafico expresa los resultados de la Escala de Fumat según los tramos etarios expresados en la tabla N° 11 (en la página anterior).

Lo que expresa es que los mayores niveles de insatisfacción y satisfacción en proporciones prácticamente iguales se dan en las edades de 70 a 79 años, el tramo de edades de 65 a 69 es el que le sigue en ocurrencia (edad jubilatoria promedio de las PM). Se mantiene la paridad de resultados entre Insatisfechos y en los Satisfechos en el tramo de 70 a 79 años.

Para evaluar la independencia entre éstas variables, se muestra en la salida de la prueba t de correlación (r de Pearson). Anexo 7.8.5 Salida n° 22

Si se observa el pvalor (0.23) el mismo resulta mayor que su significación. Anexo 7.2.6 salida n°22. Esto da cuenta que la decisión a tomar es no rechazar H_0 (correlación nula)

Por ello se concluye que en la valoración de la calidad de vida desarrollada por la escala Fumat, no se encuentra correlacionada con la edad de la PM.

Por tanto la calidad de vida evaluada por la escala Fumat es INDEPENDIENTE de la EDAD.

Para finalizar el análisis de la puntuación de la muestra, al igual que como se hizo cuando se analizó cada componente de la misma, en la tabla que sigue, 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°12: Distribución de las componentes de la escala de Fumat según las preguntas. Montevideo enero febrero 2020.

	1	2	3	4	
Bienestar emocional					
Pregunta 1	29	27	22	22	100
Pregunta 2	32	13	30	25	100
Pregunta 3	39	24	22	15	100
Pregunta 4	30	20	31	19	100
Pregunta 5	30	12	32	26	100
Pregunta 6	20	9	20	51	100
Pregunta 7	31	22	17	17	100
Pregunta 8	42	19	23	16	100
Relaciones interpersonales	1	2	3	4	
Pregunta 9	67	17	8	8	100
Pregunta 10	21	6	16	57	100
Pregunta 11	21	7	20	52	100
Pregunta 12	36	14	12	38	100
Pregunta 13	37	12	28	23	100
Pregunta 14	24	18	17	41	100
Bienestar material	1	2	3	4	
Pregunta 15	12	12	27	49	100
Pregunta 16	70	10	10	10	100
Pregunta 17	75	9	8	8	100
Pregunta 18	17	7	20	56	100
Pregunta 19	11	7	4	78	100
Pregunta 20	15	11	33	41	100
Pregunta 21	19	17	22	42	100
Bienestar físico	1	2	3	4	
Pregunta 30	26	23	17	34	100
Pregunta 31	35	21	26	18	100
Pregunta 32	18	17	23	42	100
Pregunta 33	18	16	26	40	100
Pregunta 34	18	19	37	26	100
Pregunta 35	23	21	27	29	100

Fuente: “Autopercepción de la calidad de vida de las personas mayores” Tesis Maestría en salud mental, CEDEPO-Fenf, enero-febrero 2020.

En ésta tabla se muestra el número de PM que contestaron cada pregunta por rango etario (Tramo 1: 65-69 años, T 2: 70- 79 años, T 3: 80-89 años y T 4: 90- 95 años). Los colores simbolizan las categorías de valoración, el rojo: MI, el naranja: I, el amarillo: S y el verde: MS.

En ésta tabla se puede advertir que existen 13 preguntas en los que la categoría con mayor frecuencia de registro fue MI (en color rojo) y que la componente BE es la componente más afectada, seguida por las RI , luego el BM y por último el BF.

A su vez 13 preguntas resultaron en la categoría con mayor frecuencia de registro fue MS (color verde).

Este equilibrio entre la cantidad de preguntas con resultado MI y MS se traduce que también a nivel de la muestra las PM que se dividen en dos grupos (con casi el mismo número de integrantes) uno con valoraciones negativas de su calidad de vida (MI I) y otro con valoraciones positivas de su calidad de vida (MS S)

4.1.2 Resumen de la calidad de vida de las PM de la muestra según la Escala de Fumat

La escala Fumat contiene 27 ítems.

Para cada PM, ésta desarrolla valores entre 27 y 108. MI I (27-48) I (49-69) S (70-90) MS (91-108)

La Proporción de MI e I es de un 48% y la proporción de S y MS es de un 52%.

-En mujeres proporción de MI e I es de un 45% y la proporción de S y MS es de un 55%.

-En hombres proporción de MI e I es de un 51% y la proporción de S y MS es de un 49%

A su vez la calidad de vida según la puntuación de la Escala de Fumat es independiente del sexo y de la edad.

Capítulo V

5.1.1 Conclusiones

Al concluir los resultados obtenidos por ésta investigación sobre la calidad de vida autopercebida por las personas mayores (PM) participantes.

Se pudo conocer la autopercepción de la calidad de vida de las PM medida a través de la Escala de Fumat en cuatro de sus componentes o dimensiones (Bienestar Emocional, Bienestar Físico, Bienestar Material y Relaciones Interpersonales). Se caracterizó a las PM por edad y sexo concretando el cruzamiento de dichas variables con los resultados obtenidos de cada componente de la escala así como de las cuatro componentes en conjunto obteniéndose los resultados antes presentados respecto a la autopercepción de la calidad de vida de ésta población de PM que asisten a un servicio de primer nivel de atención.

De este modo, se plantearon una serie de hipótesis para la investigación que en virtud de los resultados se pudo observar que la hipótesis nula planteada respecto a que la valoración de la calidad de vida desarrollaría mayor frecuencia en las categorías identificadas como (S y MS) que en las negativas (I y MI) se halló que la misma es rechazada dado que el 37% de la muestra identificó la valoración de la calidad de vida como satisfecho y el 31% como insatisfecho , luego un 17% resultó muy insatisfecho y un 15 % muy satisfecho, lo que evidenció una distribución muy similar en las valoraciones tanto positivas como negativas.

(ver Fe de erratas 12/6/2020)

La dimensión Bienestar Emocional fue la evaluada más negativamente, seguida por las Relaciones Interpersonales, luego el Bienestar Material y por último el Bienestar Físico de éstas PM. Éstos resultados se hallan vinculados al decir de Vera (2007) que afirma: “La calidad de vida del adulto mayor se da en la medida en que él logre reconocimiento a partir de relaciones sociales significativas; ésta 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”.

A la luz de los resultados se pudo contrastar empíricamente en este estudio, lo que para autores como Cerquera, Linares y Florez (2010) afirman respecto a la calidad de vida: “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”.

Queda claramente expuesto en éste estudio que al decir de Fuentemayor 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”. Es por ello que se comprobó que PM de la misma edad y sexo pudieron responder y calificar su calidad de vida de formas diametralmente diferentes y/o opuestas incluso, esto además delata la alta sensibilidad (individualización) de la Escala de Fumat, en función de a quien sea aplicada, y en qué contexto sea aplicada.

A partir de las evidencias obtenidas donde el Bienestar emocional de las PM fue el componente evaluado más negativamente como enfermera en salud mental ejerciendo en el Primer Nivel de Atención, el desafío radica en lograr generar un Plan de Atención a las PM (alineado con los Programas Institucionales y del MS) que concurren al servicio de salud.

Desde un punto de vista interdisciplinar e interinstitucional que logre abordar su atención, dicho Plan de cuidados se enmarcaría en el Modelo de Enfermería de Roper Logan y Tierney debido a que el mismo plantea la aplicación del Proceso de Atención en Enfermería centrado en el grado de dependencia – independencia en la realización de las actividades de la vida diaria de las personas. Se trata entonces de que cada persona pueda definir que es la vida para cada uno de ellos (su individualidad vital). Permite llevar a cabo un abordaje que determine

en forma individualizada, aquellas posibles necesidades insatisfechas que puedan ser previstas, facilitadas, resueltas y evaluadas por enfermería. Éste modelo en las personas mayores toma en cuenta sus cambios en el ciclo vital en función del deterioro en la realización de las actividades de la vida diaria, en un continuo de dependencia – independencia, en forma única para cada PM.

Enfermería detecta y estimula el logro de la independencia en la realización en éstas actividades de la vida diaria de cada una de las PM. De la misma manera, poder determinar y asesorar en el soporte necesario para compensar su actual nivel de dependencia. Dado que el modelo es muy dinámico y holístico (se fundamenta en cinco factores que influyen en el continuo dependencia-independencia que son los factores: biológicos, psicológicos, socioculturales, ambientales y político-económico).

Las 12 actividades de la vida de la persona para este modelo son: Mantener un entorno sano, Comunicarse, Respirar, Comer y beber, Eliminar, Limpieza y vestimenta personal, Control de la temperatura corporal, Movilizarse, Trabajar y jugar, Expresar la sexualidad, Dormir y Morir. En función del grado de dependencia-independencia personal en la realización de las mismas, se enmarcaran los planes de cuidados de enfermería que serán elaborados y podrán ser operativizados al realizar las coordinaciones con los diferentes integrantes del equipo interdisciplinario y/o sus correspondientes derivaciones intra e interinstitucionales. Todas éstas acciones concretas contribuyen a elevar la calidad de la atención de enfermería en el primer nivel de atención, logrando lo fundamental que es contribuir a mejorar la calidad de vida de las PM.

Respecto a los antecedentes de ésta investigación se realizó 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. En mi investigación la componente Relaciones Interpersonales fue la segunda con puntuaciones más negativas en las mujeres de la muestra, en el caso de los hombres fue la primera en puntuaciones de mayor insatisfacción como ya fue expresado, la primera componente con mayor nivel de insatisfacción en las mujeres, y la segunda en puntuaciones más negativas para los hombres fue el Bienestar Emocional seguidos por el BM y por último el BF fue la menos afectada en las valoraciones de las PM.

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. Dado que la percepción de salud mental viene dada por múltiples variables muy individualizables y personales de cada persona mayor. Según lo define la nueva ley de Salud Mental N. °. 19.529 (promulgada en el año 2017) en su 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”. Esta definición está alineada con los supuestos del Modelo RLT y con la autopercepción de la calidad de vida autoevaluada por la Escala de Fumat de las PM incluidas en el estudio.

En última instancia, Velásquez (2017) en su tesis realizada en la Universidad de Arequipa, Perú, trató sobre calidad de vida en el Adulto Mayor, cuyo 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. Esto se alinea a los resultados obtenidos en mi estudio, donde la componente con puntuaciones más positivas o de mayor satisfacción fue justamente la componente Bienestar físico.

5.1.2 Sugerencias

A la luz de los resultados y conclusiones expuestos se realizan una serie de sugerencias a detallar.

Realización priorizada de consulta psicosocial de Enfermería de seguimiento a la población de Personas Mayores que concurre a los servicios de salud de Primer Nivel de Atención.

El objetivo de las mismas será identificar las necesidades no satisfechas, los intereses y cuestionamientos que las PM pudiesen presentar, para así poder brindar respuesta a las mismas, en la medida de lo posible, según los recursos disponibles en el servicio y en el territorio.

Por lo anteriormente expuesto y por los resultados obtenidos, donde el bienestar emocional y las relaciones interpersonales fueron las componentes más afectadas, se vuelve prioritario escuchar y darle voz a las PM. Esto permite ampliar el conocimiento individual real de éste grupo, conocer todos los aspectos psicosociales de dicha población.

Implementación de la Teleconsulta de Enfermería, como estrategia de seguimiento al estado de salud física y mental de las personas mayores. Cuyo objetivo es detectar factores de riesgo predisponentes o determinantes para estados ansiosos-depresivos, incluso ideas de muerte o posible ideación suicida.

En tal sentido factores de alto riesgo, como son el aislamiento, la soledad, el sentimiento de abandono, etc. que bien pueden predisponer a la depresión e incluso a cometer intentos de autoeliminación en esta población de riesgo según cifras del MS 2019.

El suicidio en Uruguay es un problema de varones y personas mayores (según los datos del MS, 2019), donde los factores de riesgo determinantes son el sufrimiento físico y/o psíquico, la precarización material y la falta de vínculos familiares y/o comunitarios significativos para la PM.

Para ello es preciso generar redes de contención para las PM, donde el servicio de salud de primer nivel brinde soporte, con sus redes a nivel comunitario.

La realización de talleres interdisciplinarios donde el objetivo sea escuchar al otro, no estigmatizar y no excluir como premisas.

Se recomienda así mismo, la creación de grupos de PM para prevenir posibles estados depresivos (determinados por el aislamiento social que afecta su calidad de vida), detectando aquellas PM que se encuentren en mayor riesgo y llamando por teléfono para hacer seguimiento de su estado emocional y físico.

La realización de visitas domiciliarias son claves para alcanzar a aquellas PM con alguna dificultad socioeconómica, física o emocional que amerite concurrir a su domicilio para generar mayor acercamiento, contención y brindar posibles herramientas a las necesidades planteadas.

La creación de espacios de psicoeducación y el fomento de hábitos saludables, trabajando en grupos pequeños en conjunto con los profesionales de salud mental de los servicios.

Desde la academia es fundamental la generación de espacios de intervención educativas con estudiantes terciarios tanto de grado como de posgrado logrando con ello la alineación de la Academia con el cambio de paradigma de atención a la salud. De esta manera se podrían implementar talleres sobre temas de interés propuestos por los propios adultos mayores.

Así mismo establecer nexos de comunicación virtuales con los adultos mayores que tengan las Tablets del Plan Ibirapitá, pudiendo ser una herramienta para la realización de la

Teleconsulta de Enfermería, proposición de actividades lúdicas, o de interés propuestos por las PM, y por teléfono con aquellos que no dispongan de las mismas.

Capítulo V I

6.1.1 Referencias bibliográficas

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

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

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

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*. Revista Hacia la Promoción de la Salud, Volumen 12, Enero - Diciembre 2007, págs. 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.PDF

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*. Acta Médica Peruana, Disponible en:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172009000400008&lng=es&tlng=es.

Diccionario de la Lengua Española. Real Academia Española. Disponible en: <http://www.rae.buscon.es/draeI>

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 UNICA* 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=.
- Garay S., y Villegas R. (jan. 2009) . *Autopercepción de los adultos mayores sobre su vejez* Revista Kairós, São Paulo, 12(1), , pp. 39-58 .
- González, J. y Garza, R. (2015). *Primera revisión del Cuestionario de Calidad de Vida para Adultos Mayores en Comunidad*. Universidad Autónoma del Estado de México Toluca, México. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10444319003>
- Hernández, R., Fernandez, C.y 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. *Revista 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)
- Leplege, A. y Hunt, S. (1998). *El problema de la Calidad de Vida en Medicina*, Jama (ed. esp.), vol. 7, N° 1: 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. y 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 Colectiva*. (2012).

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

San Román, X., Toffoletto, M., Oyanedel, J., Salfate, S. y 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

Savio. (2011). *Guía de cuidados de salud para los adultos mayores*. Recuperado de: 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>

Roper N, Logan W., Tierney A. (2000) *The Roper-Logan-Tierney Model of Nursing: Based on Activities of Living*. Churchill Livingstone

Rubio, D., Rivera, L., Borges, L. y González, F. *Calidad de vida en el adulto mayor*.

Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=360643422019>

Ley N° 19529. Salud mental. Diario Oficial de la República Oriental del Uruguay, Montevideo, 2017.

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 en 30 de abril de 2019, de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832007000300012&lng=es&tlng=es.

Verdugo, M., Gómez, L., Arias, B. y 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>.

Capítulo VII

7.1.1 Anexos:

7.1.2 Dimensiones de la Calidad de Vida

Tabla 1. Dimensiones e indicadores de calidad de vida

(Schalock y Verdugo, 2002/2003)

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

Cuadro de variables, dimensión e indicadores

Variable: Calidad de Vida de las Personas Mayores	
Dimensión: Bienestar Emocional	
Indicadores	Item
Satisfacción con la vida	<ul style="list-style-type: none">● Se muestra satisfecho con su vida presente <ol style="list-style-type: none">4. Siempre o casi siempre3. Frecuentemente.2. Algunas veces1. Nunca o casi nunca
Autoconcepto	<ul style="list-style-type: none">● Manifiesta sentirse inútil <ol style="list-style-type: none">1. Siempre o casi siempre2. Frecuentemente.3. Algunas veces4. Nunca o casi nunca
Ausencia de estrés	<ul style="list-style-type: none">● Se muestra intranquilo o nervioso <ol style="list-style-type: none">1. Siempre o casi siempre2. Frecuentemente.3. Algunas veces

	4. Nunca o casi nunca
Satisfacción personal	<ul style="list-style-type: none"> • Se muestra satisfecho consigo mismo 4. Siempre o casi siempre 3. Frecuentemente. 2. Algunas veces 1. Nunca o casi nunca
Sentimientos negativos-comportamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Tiene problemas de comportamiento 1. Siempre o casi siempre 2. Frecuentemente. 3. Algunas veces 4. Nunca o casi nunca
Servicios y apoyos recibidos	<ul style="list-style-type: none"> • Se muestra satisfecho con los servicios y apoyos que recibe 4. Siempre o casi siempre 3. Frecuentemente. 2. Algunas veces 1. Nunca o casi nunca
Sentimientos negativos-estado de ánimo	<ul style="list-style-type: none"> • Manifiesta sentirse triste o deprimido 1. Siempre o casi siempre 2. Frecuentemente. 3. Algunas veces 4. Nunca o casi nunca

Variable: Calidad de Vida de las Personas Mayores	
Dimensión: Relaciones Interpersonales	
Indicadores	Item
Relaciones de amistad	<ul style="list-style-type: none"> • Realiza actividades que le gustan a otras personas <p>4. Siempre o casi siempre</p> <p>3. Frecuentemente.</p> <p>2. Algunas veces</p> <p>1. Nunca o casi nunca</p>
Relaciones sociales	<ul style="list-style-type: none"> • Mantiene una buena relación con los profesionales del servicio al que acude <p>4. Siempre o casi siempre</p> <p>3. Frecuentemente.</p> <p>2. Algunas veces</p> <p>1. Nunca o casi nunca</p>
Relaciones sociales	<ul style="list-style-type: none"> • Mantiene una buena relación con los compañeros del servicio al que acude <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	<ul style="list-style-type: none"> • Carece de familiares cercanos <p>1. Siempre o casi siempre</p> <p>2. Frecuentemente.</p> <p>3. Algunas veces</p>

	4.Nunca o casi nunca
Contactos Sociales negativos	<ul style="list-style-type: none"> ● Valora negativamente sus relaciones de amistad <ol style="list-style-type: none"> 1. Siempre o casi siempre 2. Frecuentemente. 3. Algunas veces 4. Nunca o casi nunca.
Sentimientos sociales positivos	<ul style="list-style-type: none"> ● Manifiesta sentirse querido por las personas importantes para él. <ol style="list-style-type: none"> 4.Siempre o casi siempre 3. Frecuentemente. 2. Algunas veces 1. Nunca o casi nunc

Variable: Calidad de Vida de las Personas Mayores	
Dimensión: Bienestar Material	
Indicadores	Item
Vivienda	<ul style="list-style-type: none"> ● El lugar donde vive es confortable <ol style="list-style-type: none"> 4.Siempre o casi siempre 3. Frecuentemente. 2. Algunas veces 1. Nunca o casi nunca
Jubilación	<ul style="list-style-type: none"> ● Manifiesta no estar satisfecho con su jubilación (o situación laboral actual) <ol style="list-style-type: none"> 1.Siempre o casi siempre 2. Frecuentemente.

	<p>3. Algunas veces</p> <p>4. Nunca o casi nunca</p>
Ingresos	<ul style="list-style-type: none"> ● Se queja de su jubilación o pensión o su salario <p>1. Siempre o casi siempre</p> <p>2. Frecuentemente.</p> <p>3. Algunas veces</p> <p>4. Nunca o casi nunca</p>
Vivienda	<ul style="list-style-type: none"> ● El lugar donde vive tiene barreras arquitectónicas que impidan o dificultan alguna de sus actividades <p>1. Siempre o casi siempre</p> <p>2. Frecuentemente.</p> <p>3. Algunas veces</p> <p>4. Nunca o casi nunca</p>
Condiciones del servicio	<ul style="list-style-type: none"> ● El servicio al que acude vive tiene barreras arquitectónicas que impidan o dificultan alguna de sus actividades <p>1. Siempre o casi siempre</p> <p>2. Frecuentemente.</p> <p>3. Algunas veces</p> <p>4. Nunca o casi nunca</p>
Posesiones	<ul style="list-style-type: none"> ● Dispone de las cosas materiales que necesita <p>4. Siempre o casi siempre</p> <p>3. Frecuentemente.</p>

	<p>2. Algunas veces</p> <p>1. Nunca o casi nunca</p>
Vivienda	<ul style="list-style-type: none"> • El lugar donde vive necesita reformas para adaptarse a sus necesidades <p>1. Siempre o casi siempre</p> <p>2. Frecuentemente.</p> <p>3. Algunas veces</p> <p>4. Nunca o casi nunca</p>

Variable: Calidad de Vida de las Personas Mayores	
Dimensión: Bienestar Físico	
Indicadores	Item
Movilidad	<ul style="list-style-type: none"> • Tiene problemas de movilidad <p>1. Siempre o casi siempre</p> <p>2. Frecuentemente.</p> <p>3. Algunas veces</p> <p>4. Nunca o casi nunca.</p>
Actividades de la vida diaria	<ul style="list-style-type: none"> • Tiene problemas de continencia <p>1. Siempre o casi siempre</p> <p>2. Frecuentemente.</p> <p>3. Algunas veces</p> <p>4. Nunca o casi nunca</p>
Audición	<ul style="list-style-type: none"> • Tiene dificultad para seguir una conversación porque oye mal <p>1. Siempre o casi siempre</p> <p>2. Frecuentemente.</p> <p>3. Algunas veces</p> <p>4. Nunca o casi nunca.</p>
Salud General	<ul style="list-style-type: none"> • Su estado de salud le permite salir a la calle <p>4. Siempre o casi siempre</p> <p>3. Frecuentemente.</p> <p>2. Algunas veces</p> <p>1. Nunca o casi nunca.</p>

Memoria	<ul style="list-style-type: none"> • Tiene problemas para recordar información importante para la vida cotidiana (caras familiares, nombres) <ol style="list-style-type: none"> 1. Siempre o casi siempre 2. Frecuentemente. 3. Algunas veces 4. Nunca o casi nunca.
Visión	<ul style="list-style-type: none"> • Tiene dificultades de visión que le impidan realizar sus tareas habituales <ol style="list-style-type: none"> 1. Siempre o casi siempre 2. Frecuentemente. 3. Algunas veces 4. Nunca o casi nunca

7.1.3 Validación del instrumento

DATOS DEL EXPERTO

Nombres: _____ Apellidos:

_____ Género: Profesión: _____ Último

Título Obtenido: _____

Institución en Donde Trabaja:

Asignatura que dicta: _____

Cargo: _____

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

7.1.4 DATOS DE LOS EXPERTOS

DATOS DEL EXPERTO 1

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 2

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 3

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: 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 “<u>se muestra satisfecho con su vida</u>”. No sé 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 de 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.</p> <p>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, desagradecido ?</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.</p> <p>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>			
---	--	--	--

7.1.5 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.

7.1.6 Ficha Técnica del instrumento

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

7.1.7 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)

7.1.8 Instrumento

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.

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

BIENESTAR MATERIAL		Siempre o Casi siempre	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
Puntuación directa TOTAL					

DESARROLLO PERSONAL		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
Puntuación directa TOTAL					

BIENESTAR FÍSICO		Siempre o Casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o Casi Nunca
30	Tiene problemas de movilidad	1	2	3	4
31	Tiene problemas de continencia	1	2	3	4
32	Tiene 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

Puntuación directa TOTAL

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

Puntuación directa TOTAL

INCLUSIÓN SOCIAL		Siempre o Casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o Casi Nunca
44	Participa en diversas actividades de ocio que le interesan	4	3	2	1
45	Está excluido en su comunidad	1	2	3	4
46	En el servicio al que acude, tiene dificultad para encontrar apoyos cuando los necesita	1	2	3	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

Puntuación directa TOTAL

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

7.1.9 Consentimiento informado

Yohe 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 asisten a un servicio público del primer nivel de atención del Departamento de Montevideo, Uruguay obtenida en el período comprendido entre enero y febrero de 2020. 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: _____

7.1.10 HOJA DE INFORMACION DEL PARTICIPANTE

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 que asisten a un servicio de primer nivel de atención del Departamento de Montevideo, Uruguay obtenida en el período comprendido entre enero y febrero del 2020. 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. Cecilia Luquez Galeano. Celular: 099 676 611

Tutor: Prof.Esp. Margarita Garay Albarracin

7.1.11 Consideraciones éticas

Decreto N° 158/19:

Fecha de Publicación: 12/06/2019

PODER EJECUTIVO

CONSEJO DE MINISTROS

Apruébese 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.

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 necesaria 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.

ANEXO

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, resolutorio 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) se desarrolla 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 descriptas 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 dissociada 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.

7.1.12 Autorización del autor del instrumento

Miguel Ángel Verdugo

Para mí (lunes 29 abr., 7.42)

De acuerdo, pero si quiere validarla debe enviarme ele exultad 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.

7.1.13 Autorización institucional para la realización de la investigación



Intendencia Municipal de Montevideo
Desarrollo Social

Montevideo 12 de diciembre de 2018

Ante solicitud de la estudiante de Maestría en Salud Mental, Lic. Esp. Cecilia Luquez, CI N°, 1.759.623-8 para realizar la recolección de datos en la Policlínica Yucatán, perteneciente al Servicio de Atención a la Salud, de la Intendencia de Montevideo, contando con el aval de consulta previa de los Directores Regionales de Policlínicas de Región Este. Dr. Leonardo Salvador, quien a su vez acordó con la coordinadora correspondiente a la unidad, ésta Dirección, manifiesta, que no existen inconvenientes para autorizar el estudio planteado.

Consideramos que la información recabada, seguramente aportará al conocimiento de la situación encontrada, permitiendo reconocer fortalezas y debilidades, que podrían derivar en un plan de mejoras en el Servicio.

Por lo anteriormente expuesto, solicitamos de ser posible, que una vez finalizado el trabajo se realice una devolución en los lugares involucrados.

Sin otro particular, quedando a las órdenes para otros datos que se consideren pertinentes, le saluda atentamente,

Lic. Esp. Alicia Guerra

Directora (I) del Servicio de Atención a la Salud

7.2.1 Salidas del Programa R-STUDIO

7.2.2 Componente Bienestar Emocional

En una primera instancia se muestra como son las cuantías y la función distribución de estos puntajes, como se observa en la siguiente tabla:

Salida R N° 1: *Cuantía y Distribución de las puntuaciones de los individuos de la muestra.*

```
##  
## 8 9 10 11 12 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32  
## 14 4 1 6 2 3 2 4 3 3 7 6 4 6 4 4 6 1 2 6 3 3 1 5  
  
## 8 9 10 11 12 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26  
## 14 18 19 25 27 30 32 36 39 42 49 55 59 65 69 73 79 80  
## 27 28 29 30 31 32  
## 82 88 91 94 95 100
```

En la siguiente salida del programa se muestra como es la valoración de la dimensión BE, la proporción de PM con valoraciones positivas (MS y S) es en relación a los que lo hacen de manera negativa (MI I)

Salida R N° 2:

```
##  
## Insatisfecho Muy Insatisfecho Muy Satisfecho Satisfecho  
## 19 30 20 31
```

Estas configuraciones se desarrollan según sexo como se muestra en la siguiente Salida

Salida R N° 3:

```
##  
##   Insatisfecho Muy Insatisfecho Muy Satisfecho Satisfecho  
## F    11          19          17          15  
## M     8          11           3          16
```

Seguidamente se procede a evaluar si ésta autopercepción es independiente o no según del sexo del individuo que se analice. Para esto aplicamos 2 metodologías.

1) La descriptiva a través de la comparación de los diagramas de barras para ambos sexos, con su correspondiente comparación con la muestra general y entre ambos sexos.

2) La inferencial, a través de la prueba de independencia de chi- cuadrado. En este punto la prueba se llevará a cabo utilizando el software R STUDIO.

Se trabaja con nivel de significación alfa 0.05 y el criterio de decisión estará basado en la relación entre el p- valor y el alfa.

Recordemos en este punto que si:

	DECISION		CONCLUSION		
- p valor \geq alfa independientes	No rechazo H_0	Variables	consideradas	son	
- p valor $<$ alfa independientes	Rechazo H_0	Variables	consideradas	no	son

Salida R N° 4:

```
##  
## Pearson's Chi-squared test  
##
```

```
## data: datos1$SEXO and datos1$puntuación _ tramos
## X-squared = 7.0875, df = 3,          p-value = 0.06916
```

Salida R N° 5:

```
##
## Pearson's product-moment correlation
##
## data: datosB1$EDAD and datosB1`Puntuacion total`
## t = -0.31598, df = 98,    p-value = 0.7527
## alternative hypothesis: true correlation is not equal to 0
## 95 percent confidence interval:
## -0.2268989  0.1655529
## sample estimates:
##      cor
## -0.03190262
```

7.2.3 Componente BIENESTAR FISICO

En la siguiente salida del programa se muestran los resultados obtenidos

Salida R N° 6:

```
##
## 6  7  8  9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24
## 10 1  1  3  1  4  9  4  5  5  4  6 12  4  5 11  3  8  4
## 6  7  8  9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24
## 10 11 12 15 16 20 29 33 38 43 47 53 65 69 74 85 88 96 100
```

A continuación se presenta con la recategorización anteriormente mencionada y su correspondiente gráfico.

Salida R N° 7:

```
##  
##   Insatisfecho Muy Insatisfecho   Muy Satisfecho   Satisfecho  
##         27         16             26             31
```

Salida R N° 8:

```
##  
## Pearson's Chi-squared test  
##  
## data: datosBF$SEXO and datosBF$puntuacion_tramos  
## X-squared = 6.0404, df = 3, p-value = 0.1097
```

Salida R N° 9:

```
##  
## Pearson's product-moment correlation  
##  
## data: datosBF$EDAD and datosBF`Puntuacion total`  
## t = -1.9353, df = 98, p-value = 0.05584  
## alternative hypothesis: true correlation is not equal to 0  
## 95 percent confidence interval:  
## -0.374176359 0.004737742  
## sample estimates:
```

```
## cor
## -0.1918589
```

7.2.4 Componente BIENESTAR MATERIAL

Los resultados obtenidos son los siguientes expresados en la siguiente salida

Salida R N° 10:

```
##
## 7 9 10 11 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28
## 9 1 1 2 1 2 6 4 8 8 6 10 8 16 4 1 6 3 1 3
## 7 9 10 11 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28
## 9 10 11 13 14 16 22 26 34 42 48 58 66 82 86 87 93 96 97 100
```

A continuación se agrupan y categorizan según el criterio anterior.

Salida R N° 11:

```
##
## Insatisfecho Muy Insatisfecho Muy Satisfecho Satisfecho
## 21 13 18 48
```

Salida R N° 12:

```
##
## Pearson's Chi-squared test
##
## data: datosBF$SEXO and datosBF$puntuacion_tramos
## X-squared = 6.0404, df = 3, p-value = 0.1097
```

Salida R N° 13:

```
##  
## Pearson's product-moment correlation  
##  
## data: datosBM$EDAD and datosBM$`Puntuacion total`  
## t = -0.31835, df = 98, p-value = 0.7509  
## alternative hypothesis: true correlation is not equal to 0  
## 95 percent confidence interval:  
## -0.2271254 0.1653207  
## sample estimates:  
##      cor  
## -0.03214113
```

7.2.5 Componente RELACIONES INTERPERSONALES

A continuación, se presenta como es la cuantía de los sujetos con respecto a esta componente

Salida R N° 14:

```
##  
## 6 7 8 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24  
## 13 4 3 1 4 7 5 6 6 2 4 4 13 6 10 3 4 5
```

Seguidamente analizamos la distribución (frec. Acumulada) de la misma

Salida R N° 15:

```
## 6 7 8 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24  
## 13 17 20 21 25 32 37 43 49 51 55 59 72 78 88 91 95 100
```

Se obtienen los siguientes resultados expresados en la próxima Salida del Programa RStudio.

Salida R N° 16:

```
##  
##   Insatisfecho  Muy Insatisfecho  Muy Satisfecho  Satisfecho  
##         28           21           22           29
```

Salida R N° 17:

```
##  
## Pearson's Chi-squared test  
##  
## data:  datosRI$SEXO and datosRI$puntuacion_tramos  
## X-squared = 3.9499, df = 3, p-value = 0.2669
```

Salida R N° 18:

```
##  
## Pearson's product-moment correlation  
##  
## data:  datosRI$EDAD and datosRI`Puntuacion total`  
## t = -1.6464, df = 98, p-value = 0.1029  
## alternative hypothesis: true correlation is not equal to 0  
## 95 percent confidence interval:  
## -0.34922128  0.03343931  
## sample estimates:  
##      cor  
## -0.1640563
```

7.2.6 ESCALA DE FUMAT

Salida R N° 19:

Cuantía

```
## 27 29 30 31 32 34 36 38 39 41 42 43 44 48 49 50 52 53 56 57
## 2 1 1 1 1 1 1 1 1 2 2 1 1 1 1 2 2 1 2 2
```

```
## 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 72 73 74 75 76 77 78
## 3 3 1 1 1 3 1 1 1 3 2 1 2 3 1 1 3 1 2 2
```

```
## 79 81 82 83 84 86 87 88 89 90 91 92 93 94 96 97 99 100 101 103
## 3 3 1 2 2 2 2 4 2 1 1 1 1 1 2 3 3 1 1 1
```

Distribución acumulada

```
## 27 29 30 31 32 34 36 38 39 41 42 43 44 48 49 50 52 53 56 57
## 2 3 4 5 6 7 8 9 10 12 14 15 16 17 18 20 22 23 25 27
```

```
## 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 72 73 74 75 76 77 78
## 30 33 34 35 36 39 40 41 42 45 47 48 50 53 54 55 58 59 61 63
```

```
## 79 81 82 83 84 86 87 88 89 90 91 92 93 94 96 97 99 100 101 103
## 66 69 70 72 74 76 78 82 84 85 86 87 88 89 91 94 97 98 99 100
```

Salida n° 20

A continuación se observa como es la clasificación según la recategorización anteriormente mencionada, así como su gráfico:

##	Insatisfecho	Muy_insatisfecho	Muy_satisfecho	Satisfecho
##	31	17	15	37

Salida R N° 21:

##

Pearson's Chi-squared test

##

```
## data: datosF$SEXO and datosF$puntuacion_tramos
```

```
## X-squared = 3.149, df = 3, p-value = 0.3692
```

```
Salida R N° 22:
```

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

```
##
```

```
## data: datosF$EDAD and datosF`Puntuacion total`
```

```
## t = -1.197, df = 98, p-value = 0.2342
```

```
## alternative hypothesis: true correlation is not equal to 0
```

```
## 95 percent confidence interval:
```

```
## -0.30916910 0.07822183
```

```
## sample estimates:
```

```
##      cor
```

```
## -0.1200406
```

7.3 Plan de Trabajo

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	2º	3º	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																															