

Curso 2015/2016



Universidad de Valladolid

Facultad de Enfermería

GRADO EN ENFERMERÍA

**CALIDAD DE VIDA DE LAS
PERSONAS MAYORES EN LOS
CENTROS RESIDENCIALES**

Autor/a: Sara Tardón del Cura

Tutor/a: Virtudes Niño Martín



RESUMEN

El aumento del envejecimiento y los cambios en el modelo social tradicional han evolucionado hacia una especialización de la atención de la población anciana en los centros residenciales, cuyos servicios tienen la obligación de aportar la mayor calidad de vida posible a sus usuarios. El Modelo de Atención Centrada en la Persona (MACP) ofrece una nueva metodología organizativa que facilita la consecución de esta calidad, dando el papel principal a los sujetos a quienes va dirigida la asistencia. La Escala Fumat, basada en el modelo social de Schalock y Verdugo, evalúa la calidad de vida de las personas mayores de los servicios sociales en un modelo de ocho dimensiones: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos. El objetivo principal de este estudio es investigar acerca de la calidad de vida de los usuarios que optan por una ayuda formal en centros residenciales durante el proceso de su envejecimiento. Partiendo de esta base, se ha confeccionado un manual con diversas medidas que promueven el incremento de la calidad de vida, basadas en los dos modelos anteriores. A su vez, se han analizado los datos estadísticos referentes a la calidad de vida de las personas mayores institucionalizadas de Valladolid, a través de la Escala Fumat, y la influencia de la enfermería geriátrica, que cobra gran trascendencia en la adquisición de la calidad de vida, al tratarse del profesional del cuidado encargado de la atención principal de este colectivo en las residencias de ancianos.

Palabras clave: calidad de vida, personas mayores, centros residenciales, atención centrada en la persona.



ÍNDICE DE CONTENIDOS

JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS.....	1
METODOLOGÍA.....	5
DESARROLLO DEL TEMA.....	7
PARTE I: Investigación bibliográfica.	7
PARTE II: Investigación estadística.	18
CONCLUSIÓN E IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA	22
BIBLIOGRAFÍA	23
ANEXOS	26
Anexo I: Informe favorable Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería.	26
Anexo II: Documento de investigación estadística para los centros residenciales.....	27
Anexo III: Escala Fumat con consentimiento informado y Escala de la enfermería del centro.	28
Anexo IV: Método de baremación de la Escala Fumat.	33
Anexo V: Representación gráfica de los resultados del estudio estadístico según las distintas variables.....	35



JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS

A lo largo del siglo XX, debido a los múltiples cambios sociodemográficos, las nuevas políticas y condiciones sanitarias, así como la innovación y la investigación en diferentes ámbitos, se ha producido un aumento del envejecimiento en la población de los países desarrollados.

La esperanza de vida al nacimiento en España en el año 1901 era de 34.7 años, según los datos de la Organización de las Naciones Unidas (ONU). Un siglo después, en el año 2001, esta cifra se ha elevado hasta los 79.6 ¹. Entre los años 2010 y 2015, ha aumentado hasta los 82.3, y en la estimación realizada para 2050 alcanzará los 87.3 años de edad. Desde el año 1975 el índice de envejecimiento también se ha ido incrementando. En el año 2015, la comunidad autónoma de Castilla y León, en la que este índice ha sido siempre superior a la media nacional, elevó su porcentaje a un 185.07%, siendo esta cifra superada únicamente por el Principado de Asturias, seguido de Galicia. En este mismo año, el 18.49% de la población en España eran personas mayores de 64 años, representando en Castilla y León un 24.02% ².

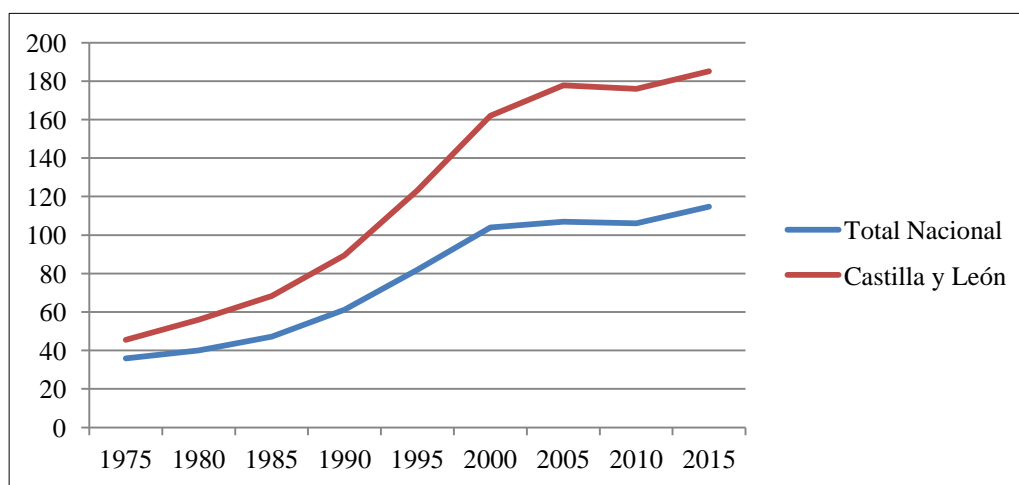


Figura 1. Índice de envejecimiento en España y Castilla y León (1975 – 2015).
Creación propia. Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE) ²

Con estos datos podemos afirmar que la vejez es una etapa de la vida que ha sido descubierta “recientemente” a la que la sociedad moderna debe adaptarse, puesto que, actualmente, todos los seres humanos en España aspiramos a vivir muchos años y perder la vida equivale cada vez más a haber experimentado el proceso del envejecimiento hasta altas edades.



Por otra parte, esta nueva realidad debe ser enfrentada por muchas familias, que siguen representando el núcleo básico fundamental, y que tienen que lidiar con la coexistencia de varias generaciones. Esto implica cambios de rol en la vida familiar, especialmente orientados a los más mayores de las mismas, como hijos adultos o en edad avanzada que deben hacerse cargo de sus padres ancianos, con limitaciones funcionales y cognitivas, en una situación de dependencia progresiva. Debido a la pérdida paulatina del modelo tradicional de la familia, cada vez se tiende menos a la reagrupación de los miembros de la misma bajo un mismo techo, y muchos son los ancianos que, pese a las dificultades en la autonomía, intentan alargar su estancia en sus hogares ³. En el siglo actual, tan solo un 16% de las personas mayores viven según el prototipo tradicional de familia extensa, que en la década de los setenta representaba el 71%, lo que supone un cambio radical del entorno familiar ⁴. Los últimos datos del INE, correspondientes al año 2015, establecen el tamaño medio del hogar en 2.51 personas, y declaran que existen en España 8.573.985 personas mayores de 64 años, de las cuales 1.859.800 viven solas. Esto quiere decir que casi un 22% de la población anciana de nuestro país reside en sus propios hogares sin algún familiar o cuidador a su lado ². Por otra parte, en relación al Anuario Estadístico de Salud del INE (2015), presentan una discapacidad, como barrera para participar en algún ámbito de la vida, el 26.26% de las personas de 65 a 74 años, el 43.27% de 75 a 84, y el 72.97% de 85 en adelante, siendo mayor el número de mujeres que de hombres. Según los rangos de edad anteriores, se encuentran gravemente limitados para las actividades diarias un 7.19%, 16.44% y 26.05% respectivamente, estando limitados pero no de forma grave un 35.77%, 45.49% y 48.98%. Un 40% de la población entre 65 y 74 años se encuentra condicionada para salir de casa, tratándose de un 57% en las personas de más de 75. Con respecto a la accesibilidad en los edificios, el 48% de los mayores de 75 encuentra algún tipo de impedimento, y alrededor de un 3% carece de contacto y apoyo social ⁵.

Tras el análisis de los datos anteriores, el proceso de envejecimiento demográfico implica indudablemente un incremento de las necesidades de atención y cuidados. Como respuesta, podemos distinguir dos tipos de ayudas. Por un lado, el **apoyo formal**, que está compuesto por todos los recursos y servicios de asistencia especializada que se ofrecen a través de instituciones públicas o privadas para las personas mayores y en situación de dependencia. Entre estos destacan los servicios de atención primaria,



teleasistencia, atención domiciliaria, centros residenciales y/o de atención diurna, y centros de especialidades, aparte de las prestaciones económicas, técnicas y fiscales de las que se puedan beneficiar. Y por otro lado, el **apoyo informal**, que se dispensa de forma altruista por familiares, allegados u otras personas no relacionadas con el apoyo formal. La ayuda informal se ha reducido considerablemente en los últimos años debido a la transformación del modelo familiar y la incorporación de la mujer al mercado laboral, ya que el cuidador principal suele ser la hija o el cónyuge. Por ello, es necesario afrontar esta demanda y desarrollar sistemas de atención formal que cubran estas necesidades en función del grado de dependencia de las personas de edad avanzada, puesto que se trata de un grupo social en aumento ⁴.

El último avance de evaluación del Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia (SAAD) informa de 796.109 personas beneficiarias de algún tipo de prestación. El 72.24% de los nuevos usuarios son mayores de 65 años, siendo un 55.18 el porcentaje correspondiente a los que superan los 80 ⁶. Aún así, un 9.51% de las personas con discapacidad, desde los 15 años, señalan falta de ayudas técnicas, un 10.89% falta de asistencia o ayuda personal y un 30% carencia de ambos tipos ⁵. Los centros residenciales son una de las opciones más especializadas de ayuda formal que se ofertan para la atención de las necesidades de las personas mayores ⁴. De acuerdo a los últimos datos del IMSERSO, en el año 2012 existían 5.580 residencias de ancianos en España con 385.460 plazas ofertadas, de las cuales 277.161 estaban ocupadas y 16.230 por usuarios que pertenecían a Castilla y León ⁷.

En relación a lo descrito anteriormente, el objetivo de este trabajo es investigar acerca de la calidad de vida de las personas mayores que optan por una ayuda formal en centros residenciales durante el proceso de su envejecimiento. Los objetivos específicos del estudio son los siguientes:

- Identificar y describir las condiciones establecidas por las diferentes guías y estudios de investigación para ofrecer una buena calidad de vida a los usuarios de los centros residenciales.
- Recoger y analizar los datos estadísticos relativos a la calidad de vida de los ancianos institucionalizados de Valladolid, a través de la Escala Fumat, relacionándolos y comparándolos según la tipología sociodemográfica, las



diferencias entre los centros residenciales públicos y privados, y la satisfacción del trabajo enfermero.

La decisión de utilizar la Escala Fumat como instrumento de medida ha sido determinada por la posibilidad de obtener un índice de calidad de vida individualizado, de aplicación en personas mayores de 50 años, con o sin discapacidad, que sean usuarias de los servicios sociales. Otros motivos para su elección son su aceptación en la comunidad científica internacional, la rapidez de evaluación (de 10 a 15 minutos) y la facilidad de respuesta, en forma de escala de frecuencia de cuatro opciones (“siempre o casi siempre”, “frecuentemente”, “a veces”, “nunca o casi nunca”), o de escala Likert cuando no sea posible responder del modo anterior (“totalmente de acuerdo”, “de acuerdo”, “en desacuerdo”, “totalmente en desacuerdo”). Permite además evaluar la calidad de vida en ocho dimensiones básicas y fundamentales, basándose en el reconocido modelo teórico de Schalock y Verdugo⁸⁻¹².

La primera parte del trabajo es el resultado de una revisión bibliográfica de las recomendaciones, indicadores y criterios de calidad, que propone un modelo a seguir en los centros residenciales para ofrecer una atención orientada a la persona, de la mayor calidad posible, clasificando las recomendaciones descritas según el modelo de Schalock y Verdugo. El motivo por el que desarrollar este apartado se basa en la necesidad de integrar los aspectos organizativos y la práctica profesional de la atención y el cuidado en un sistema de atención de calidad. La segunda parte ofrece un análisis de la calidad de vida de los usuarios de los centros residenciales, que la interrelaciona, entre otras, con la satisfacción del trabajo enfermero.

La sociedad debe dar respuesta y solución a estos nuevos problemas derivados del envejecimiento de la población. Como profesionales de la salud, es nuestro deber ofrecer una atención especializada que nos permita comprender a las personas de una forma integral, para orientar nuestra acción hacia la personalización y unos cuidados continuos de calidad. Tal y como se afirma en el Libro Blanco de la Dependencia, el envejecimiento *“no debe ser considerado solo como un problema, sino también como una oportunidad social que es necesario aprovechar. El envejecimiento de la población es la expresión de un logro humano: vivir más y vivir mejor”*^{4, 8}.



METODOLOGÍA

El estudio consta de dos partes bien diferenciadas con metodologías de trabajo distintas.

Por un lado, una revisión bibliográfica de las guías, manuales y artículos de investigación recogidos a través de los siguientes buscadores, bibliotecas virtuales y bases de datos de Geriátrica y Ciencias de la Salud: Google Académico, Repositorio Institucional de Asturias (RIA), Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), Centro de Referencia Estatal de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas (CEAPAT), Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) y Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (SEGG). La búsqueda se ha llevado a cabo atendiendo a la combinación de la terminología clave de este estudio: calidad de vida, centros residenciales, criterios de calidad, indicadores, evaluación, instrumento, atención centrada en la persona, residencias, recomendaciones, ancianos y personas mayores.

Por otro lado, se ha desarrollado un trabajo de campo para la evaluación de la calidad de vida de las personas mayores institucionalizadas, a través de la Escala Fumat, seleccionada mediante la búsqueda bibliográfica descrita anteriormente. La descripción de esta segunda parte del estudio de investigación es la siguiente:

Diseño: Estudio descriptivo transversal de prevalencia.

Tamaño muestral: 157 individuos seleccionados mediante un muestreo aleatorio simple. Esto nos permitirá cometer un error de estimación para porcentajes relativos a la población de interés no superior a un 8% (con una confianza del 95%).

Variables metodológicas

- Variable dependiente: calidad de vida.
- Variables independientes:
 - Edad: 65 – 74; 75 – 84; 85 – 94; mayores de 95.
 - Sexo: hombre/ mujer.
 - Gestión administrativa: pública/ privada.
 - Satisfacción del trabajo enfermero.

Instrumento de medida: la Escala Fumat es un cuestionario de 57 ítems validado por un equipo de investigación del Instituto Universitario de Integración en la Comunidad



(grupo INICO) de la Universidad de Salamanca. Fue creada para ser cumplimentada por un informador que conozca a la persona evaluada con, al menos, tres años de formación universitaria ¹². En este caso, se ha entrevistado directamente a las personas mayores institucionalizadas para obtener los resultados en forma de índice de calidad de vida percibida por ellos mismos, y no por un informador que los observe. Por otra parte, se ha evaluado la satisfacción del trabajo enfermero del centro a través de una escala alternativa de elaboración propia, orientada a la enfermería, obtenida de la modificación de una pregunta de cada dimensión de la Escala Fumat.

Población de estudio: usuarios mayores de 65 años de los siguientes centros residenciales públicos y privados de la provincia de Valladolid: Residencia Riosol, Residencia Esperanza, Asociación Casa de Beneficencia, Residencia Asistida de Personas Mayores “La Rubia”, Casa de Espiritualidad y Noviciado de las Hermanas Mercedarias de la Caridad, Residencia de Ancianos Santísima Trinidad, Residencia Sanyres, Residencia de Mayores Sanitas.

Criterios de exclusión

- Sujetos con patologías cognitivas que presenten imposibilidad de responder correctamente la Escala Fumat.
- Sujetos que rechacen la firma del consentimiento informado.

Análisis estadístico: se ha desarrollado con el programa Microsoft Office Excel. Se utilizó la t de Student para contrastar la relación entre la puntuación estándar total y el sexo o la gestión administrativa de la residencia. Se calculó el coeficiente de correlación de Pearson y su nivel de significación estadística para estudiar la relación entre la puntuación estándar total y la edad.

Cronograma

	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo
Elección y diseño de la encuesta	■	■			
Diseño de la metodología		■	■		
Diseño de la base de datos		■	■	■	
Período de permisos		■	■	■	
Recogida de datos			■	■	■
Informatización de los datos			■	■	■
Análisis, resultados, conclusiones				■	■



DESARROLLO DEL TEMA

Las residencias de ancianos, centros residenciales o geriátricos son definidos por el Libro Blanco de la Dependencia como *“centros en los que viven de forma definitiva o temporal personas con distinto nivel de dependencia y en los que se presta una atención integral con el objetivo de mantener o mejorar la autonomía personal, atender sus necesidades básicas de salud y facilitar su integración y participación social en el medio”*⁴. Se ofrece una atención especializada las 24 horas del día con un servicio básico de medicina y enfermería al que pueden añadirse otros. Pueden estar dirigidos a ancianos válidos (que conservan su capacidad funcional), asistidos o psicogerítricos¹³. Por otra parte, el concepto de calidad de vida según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se define como *“la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno”*¹⁴. Para combinar la estancia en un centro residencial y la calidad de vida, es preciso un cambio de planteamiento en la atención gerontológica hacia un Modelo de Atención Centrado en la Persona (MACP), que utilice como plan terapéutico principal la cotidianidad de la vida y aquello que es importante para el sujeto, dejando atrás modelos de intervención inflexibles. Como describe Pilar Rodríguez, *“se dirige a la consecución de mejoras en todos los ámbitos de la calidad de vida y el bienestar de la persona, partiendo del respeto pleno a su dignidad y derechos, de sus intereses y preferencias y contando con su participación efectiva”*^{8, 11, 15}.

PARTE I: Investigación bibliográfica.

Schalock y Verdugo proponen un modelo de ocho dimensiones para la evaluación de la calidad de vida^{11,12,16,17}. Dentro de cada dimensión se van a estructurar las siguientes recomendaciones y propuestas dirigidas a fomentar y ofrecer una buena calidad de vida a los usuarios de los centros residenciales, partiendo del Modelo de Atención Centrado en la Persona.



1. Bienestar emocional

Relacionado con aspectos como el autoconcepto, la satisfacción y la ausencia de estrés (seguridad, capacidad, motivación, espiritualidad, ansiedad, comportamiento y humor)

¹².

La dirección del centro velará por ofrecer una atención de calidad, evaluará la satisfacción de los residentes y familiares, les conocerá personalmente y tendrá en cuenta sus necesidades. En el momento del ingreso, el personal debe facilitar la adaptación al centro tanto del residente como de su familia ¹⁸. Los trabajadores se referirán con cortesía y amabilidad a los usuarios, haciendo uso de su nombre y mostrándose accesibles. Estarán dotados de los conocimientos y la profesionalidad esencial para desempeñar su trabajo con confianza, seguridad y capacidad de respuesta frente a las necesidades del residente ¹⁹. Se respetarán sus gustos, valores y creencias, fomentando de este modo la identidad personal ^{15, 16}. Por esta razón, se procurará la asistencia interior y espiritual del residente, si así lo solicitase. En lo referente a la comunicación, cuando se establezca de forma verbal, se hablará a los usuarios de frente, vocalizando, sin gritar y usando un lenguaje sencillo. Se fomentará la escucha activa ^{15, 20}. La incomunicación produce ansiedad y sufrimiento frente a la incapacidad de recibir apoyo y comprensión, lo que puede llevar al anciano a dejar de intentar comunicarse. Por ello, se adaptará el sistema de comunicación a cada uno, pudiendo diseñar estrategias alternativas a través de gestos, imágenes, objetos... estableciendo como base el conocimiento previo de la persona y sus circunstancias ²¹.

Serán protegidos de todo aquello que pueda vulnerar su seguridad. Se controlarán las zonas de riesgo y será conocido por todos el plan de evacuación frente a posibles emergencias ^{16, 18, 22}. Se les incluirá en programas de intervención psicoafectiva para tratar problemas relacionados con el estado de ánimo, de forma individual o grupal ²³. Las actividades propuestas por el centro potenciarán las capacidades, las habilidades y la motivación de los usuarios, reforzando aspectos como sus experiencias y conocimientos propios ^{15, 18, 19}. Se fomentará la autoorganización de actividades, ayudándoles a desarrollar sus iniciativas personales en la comunidad ²⁴.

En la etapa terminal de la vida de los usuarios no se pondrá límite a los horarios, para facilitar el acompañamiento de los familiares, a quienes se debe proporcionar atención



durante el duelo. Si el residente se encontrara solo, serán los trabajadores quienes se encargarán de permanecer a su lado en estos momentos²⁵. Los profesionales deben estar formados acerca del proceso de fallecimiento y los procedimientos a seguir, ofreciendo información acerca de las voluntades anticipadas, si fuera necesario^{26, 27}.

2. Relaciones interpersonales

Relacionado con el proceso de comunicación, interacción y sociabilización con otras personas, sean o no familiares, así como la participación en diversas actividades y programas que faciliten las relaciones sociales¹².

El centro debe situarse en una zona bien comunicada por medios de transporte para facilitar al anciano acudir a los servicios comunitarios, religiosos, de ocio... en los que participaba antes de su ingreso e intentar mantener su entorno social lo máximo posible. De esta forma, se verán favorecidas las visitas y las salidas al exterior, que serán controladas por la recepción de la residencia^{15, 18}. Con respecto a la estructura de los centros, es preferible que sean pequeños o tiendan a reagruparse en módulos de unas 10 personas, evitando la masificación, para favorecer en los cuidados la orientación hacia la persona y los hábitos previos al ingreso. De este modo, se facilita la proximidad entre residentes y profesionales, pudiendo gozar de relaciones más directas y familiares. Se asignará a cada profesional un mismo grupo de residentes durante un largo período de tiempo, para establecer una relación basada en la confianza y en el conocimiento profundo de la persona, de tal forma que el usuario pueda tener un trabajador de referencia^{15, 22, 26, 28}.

El horario de visitas debe estar prefijado para asegurar el correcto funcionamiento de la residencia, aunque será amplio (igual o superior a 10 horas) y acomodado a las circunstancias personales. Es tarea de los trabajadores sensibilizar a los familiares acerca de la importancia y la necesidad de su implicación y visita para el bienestar del usuario^{15, 26}. Se podrá disponer de un programa de voluntariado para ofrecer compañía a aquellas personas que no tienen un familiar con el que conversar.

Se deben facilitar las salidas al exterior de la residencia, incluyendo esta prestación en las tareas de los profesionales del centro o en un servicio de voluntariado. Se dispondrá de un sistema telefónico al servicio de los usuarios y las emergencias, así como de correspondencia ordinaria y electrónica^{18, 20, 22, 27}.



Las necesidades afectivo – sexuales de las parejas que viven en el centro deben reconocerse como un hecho natural y deseable que debiera ser integrado en la vida residencial. Se respetará el derecho a su vivencia facilitando la privacidad, pudiendo desarrollarse programas de sensibilización y orientación dirigidos a los residentes y los familiares^{16, 20, 28}.

3. Bienestar material

Hace referencia a los aspectos arquitectónicos, económicos y materiales que posibilitan una forma de vida confortable y saludable¹².

El centro diferenciará los espacios para ancianos válidos, semiválidos, dependientes y con deterioro cognitivo. Al reducir las unidades de convivencia, se facilita una atención más específica conforme a las necesidades de cada uno, garantizando a todos el mismo confort y calidad^{15, 20, 22}. Se combinarán espacios privados y comunes, para potenciar la privacidad y la sociabilidad de los residentes. De este modo, se debe disponer de una estancia donde recibir a las visitas en un ambiente de intimidad^{18, 29}.

Las habitaciones se situarán lejos de las zonas de ruido para facilitar el descanso. Se distribuirán en función de la situación de dependencia y la convivencia entre los usuarios. Se recomienda que la mayor parte sean individuales para garantizar un mínimo de privacidad, o en su caso, dobles con separaciones entre las camas. Se permitirá su personalización siempre que no se transgredan los derechos de los demás usuarios. Esta medida permite a los que no tienen deterioro cognitivo conservar sus recuerdos y convertir la habitación residencial en su vivienda. Para los que tienen un deterioro grave, crea un ambiente hogareño, en vista sobre todo a la tranquilidad emocional de los familiares, que podrán tener acceso a la habitación siempre que respeten a los residentes. Las camas estarán dotadas de colchones antiescaras, al menos en los ancianos de mayor riesgo, con luz en el cabecero. Habrá un armario por cada residente, adecuado a sus características, con un sistema de apertura que evite posibles lesiones. La unidad de lavandería se encargará del lavado, planchado y reparación de la ropa de los usuarios, que estará identificada correctamente mediante un marcaje individualizado^{15, 18, 20, 24, 30}.

Los baños serán amplios para poder maniobrar con camillas y sillas de ruedas. Debe haber como mínimo uno para cada sexo en cada planta y en las zonas comunes, aunque



lo ideal es que haya uno por habitación. Los lavabos deben ser fácilmente manipulables, con grifos monomando y un sistema que impida las inundaciones por descuido u olvido. Las duchas serán con sumidero, sin plato. Estarán adaptados con asideros, suelo antideslizante, timbre de alarma, etc. y los pestillos de las puertas podrán abrirse desde fuera en situación de emergencia^{20, 22, 31}.

Las zonas comunes estarán amuebladas y decoradas para dar un aspecto familiar y cálido. Los sillones tendrán apoyabrazos, sin travesaños, para facilitar la incorporación del anciano. Las mesas tendrán las esquinas romas o estarán protegidas, para evitar los golpes. Los radiadores serán fijos, a ser posible de colores llamativos, se situarán en huecos y tendrán protecciones^{15, 20, 30}.

La residencia contará con un espacio al aire libre donde los usuarios puedan pasear y sentarse, con zonas de sombra y protección frente a la lluvia, sin necesidad de ausentarse del espacio residencial. Los caminos no tendrán desniveles en el terreno y estarán adaptados para facilitar el acceso de sillas de ruedas, andadores, etc. Los caminos circulares son los más recomendados, puesto que hacen regresar al punto de partida a los que tienen algún problema cognitivo²⁰.

Se facilitará la accesibilidad externa e interna para permitir la libertad de movimientos de los usuarios y fomentar la autonomía lo máximo posible. Si existe más de una planta, habrá como mínimo un ascensor. El suelo previo se diferenciará por su color para llamar la atención, los botones tendrán relieve y estarán a una altura adecuada, contando con un sistema de emergencia. Los pasillos serán amplios para facilitar la deambulación. Se instalarán rampas con superficie antideslizante, pasamanos y se evitarán los escalones, las alfombras y todo aquello que favorezca las caídas. Las puertas de todas las dependencias serán anchas, con picaportes de tipo manivela, y las ventanas serán grandes para permitir el paso de la luz natural, y bajas para que los ancianos puedan visualizar el exterior, ya que pasan la mayor parte del tiempo sentados. Una adecuada iluminación y un sistema de señalización de espacios favorecerán la orientación de los usuarios. Los interruptores de la luz deberán situarse a una altura que permita a los residentes en sillas de ruedas acceder con facilidad^{18, 20, 22, 30}.

Se mantendrán las instalaciones limpias, en buenas condiciones de higiene y olor, para conservar el centro en un estado saludable y confortable, promoviendo su cuidado por



parte de los residentes y el personal. El menaje y equipamiento de cocinas y comedores estarán limpios y en condiciones adecuadas de salubridad. Cumplirán con la normativa vigente y los profesionales que entren en contacto directo con los alimentos necesitarán el certificado de manipulación de alimentos. La eliminación de residuos se realizará de acuerdo a la normativa. Se llevará a cabo correctamente el Plan D.D.D ^{18, 24}.

Con respecto a la administración, la residencia debe tener un plan de contabilidad a través del cual suministrar los recursos económicos necesarios para el mantenimiento de los residentes y el centro. Se dispondrá de un plan integral de mantenimiento donde se regulen los sistemas eléctricos, plan de aguas, calefacción, alarmas e instalaciones en general, en función de la normativa y las necesidades del centro ¹⁸.

4. Desarrollo personal

Contempla la utilidad social y cognitiva de la persona (trabajo, habilidades sociales, competencias...) y la posibilidad de continuar desarrollándose y aprendiendo. Íntimamente ligado a la educación ¹².

El programa de relación con el entorno de la residencia propondrá actividades de índole educativa, lúdica, religiosa, deportiva, cultural y terapéutica, como juegos de mesa, eucaristías, clases de gimnasia, coros, grupos de teatro o baile, talleres de manualidades, excursiones y paseos, visualización de películas, etc ^{15, 18, 22}. Participarán en programas de estimulación de la memoria y la orientación. Se recomienda que los grupos de las actividades sean mixtos, para favorecer el dinamismo. Habrá una biblioteca o zona reservada a la lectura en la que predomine un ambiente silencioso ^{20, 23}.

Se promoverá la colaboración de los usuarios en las actividades domésticas del centro, como poner la mesa, hacer la cama, cuidar las plantas, ordenar la habitación... para mantener la autonomía lo máximo posible y lograr un estilo de vida similar al que tenían antes de su ingreso ^{15, 22, 29}.

Se citará al residente y sus familiares para una reunión informativa con el equipo multiprofesional acerca de los programas y planes de atención desarrollados, así como del estado de salud, las incidencias, etc. previa autorización del usuario. Los trabajadores podrán preparar charlas que ayuden a los ancianos y familiares a comprender y aceptar el proceso de envejecimiento ^{15, 18, 22}.



5. Bienestar físico

Se trata de la dimensión más relacionada con el estado de salud y todos los factores que influyen en ella, como la atención sanitaria y la realización de las actividades de la vida diaria¹².

La residencia desarrollará un plan asistencial donde estén descritos el modelo de valoración y seguimiento, y las áreas de intervención. Dispondrá de un modelo de registro escrito y un expediente o historial donde constarán la valoración, el plan de cuidados, los tratamientos, los protocolos a seguir y las incidencias de cada residente de forma individualizada. Se desarrollarán protocolos de prevención, control e intervención frente a los diversos síndromes geriátricos relacionados con la dependencia (caídas, úlceras por presión, incontinencia, desnutrición, estreñimiento, polimedicación, problemas afectivos y cognitivos, etc.), así como formas de actuación ante ancianos de alto riesgo que necesitan de una vigilancia más exhaustiva (recién ingresados, depresivos, agresivos, terminales, etc). Se llevarán a cabo protocolos interinstitucionales para asegurar la continuidad asistencial de los usuarios cuando acudan a otros servicios sociosanitarios, formalizando el traspaso de informes, la gestión del traslado, etc. Los protocolos pautan las actividades a seguir por los profesionales y el orden en que realizarlas, teniendo como objeto la mejora de la calidad de vida de los ancianos, de ahí su importancia^{15, 18, 20, 24}.

El centro dispondrá de una consulta de enfermería con el equipamiento necesario para realizar los cuidados y atender urgencias, así como de otras aulas donde llevar a cabo los servicios de mantenimiento de la capacidad funcional, terapia ocupacional, fisioterapia, rehabilitación y asistencia médica. Se implantará un sistema de esterilización y desinfección adecuado. El equipo profesional del centro será apropiado con respecto al número de usuarios, contará con las titulaciones y conocimientos necesarios para desarrollar una buena atención y estará continuamente en proceso de formación. Mantendrán reuniones periódicas para una mejor coordinación y asistencia, considerando la evolución de los usuarios y la evaluación de los resultados. Los familiares recibirán información actualizada acerca del plan de cuidados del residente y se ofertará un servicio de acompañamiento al hospital o centro de salud si no hubiera un familiar disponible^{18, 20, 23, 24}.



La enfermera será la encargada del control de la glucemia, las constantes vitales, la asistencia de la respiración, la realización de curas y vendajes, la vacunación (antigripal, antineumocócica, antitetánica), el control del dolor, la educación sanitaria (hidratación, tabaco, ejercicio), y la preparación, el control, la administración y el registro de la medicación, entre otros cuidados de enfermería. Al ingreso debe realizarse una valoración integral que se irá actualizando y que contará como mínimo con una escala validada para evaluar las actividades de la vida diaria, la capacidad cognitiva y el riesgo de úlceras por presión. También se podrá realizar una valoración nutricional ³². Se realizarán actividades preventivas dirigidas a la reducción de la dependencia, el mantenimiento de la autonomía, la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud ²⁴.

En relación a las actividades de la vida diaria, la enfermera tendrá que supervisar y colaborar con las auxiliares de enfermería en la ayuda para la movilización, la higiene, la alimentación, la eliminación, la deambulación, la termorregulación y el arreglo personal. Se fomentará la colaboración del usuario en su autocuidado y en el mantenimiento de la actividad, ya que contribuye a su bienestar físico y psíquico ^{18, 24}.

Los horarios de acostarse y despertarse serán regulares y estarán prefijados para poder ayudar a los usuarios dependientes, aunque se deberá tener cierta flexibilidad, sobre todo en los residentes que se valen por sí mismos. Se adoptarán medidas contra el insomnio durante la noche y el exceso de sueño de los residentes a lo largo del día ^{20, 22}.

El menú, supervisado por el médico y la dirección, será variado y adaptado a las necesidades del usuario, teniendo en cuenta las dietas o suplementos sujetos a prescripción facultativa.

Se realizarán varios turnos de comida para atender a cada residente en función de su validez, respetando el ritmo de cada uno, para evitar atragantamientos y aspiraciones ^{18, 20, 22}. La enfermera supervisará la alimentación y la hidratación y conforme a esto, programará los cuidados que sean necesarios, especialmente en los residentes con necesidades más específicas como los sondados o encamados. Un punto relevante será el control de la temperatura de los alimentos para evitar su contaminación ^{24, 27}.

Se cubrirán las necesidades básicas de higiene asegurando un aseo diario íntegro, la higiene bucal, el corte uñas e incluso el afeitado y la depilación si fueran necesarios.



En todo momento se protegerá la intimidad del usuario, evitando la entrada de otros profesionales que sean innecesarios. Aquellos que no necesiten ayuda directa para el aseo serán supervisados por los cuidadores. La enfermera se encargará de controlar esta tarea y ayudará a los que precisen de cuidados específicos²²⁻²⁴.

Las auxiliares de enfermería ayudarán a vestirse a los ancianos, controlando si la ropa está limpia y planchada, y si el calzado es el adecuado. Se revisarán las condiciones de la ropa de los usuarios y se comunicará a la familia si fuera necesaria una reposición. La enfermera valorará el grado de ayuda necesaria con respecto a la situación de cada uno, indicando la ayuda parcial, total o la supervisión en el arreglo²⁴. Se ofertarán los servicios de peluquería y podología²³.

El centro tendrá un horario programado de acompañamiento al servicio para aquellos que necesiten ayuda en la tarea o que no tengan la capacidad de solicitarlo. Se implantarán programas personalizados de atención a la continencia si los horarios establecidos no se ajustaran a algunos residentes por sus circunstancias personales. También se planificarán los cambios de pañal, intentando respetar el descanso por la noche²². La enfermera cuantificará el grado de ayuda y realizará los cuidados de las ostomías y las sondas, así como la extracción de fecalomas²⁴.

Se establecerá un programa de movilización y cambios posturales en el que se utilizarán el aparataje y las ayudas técnicas necesarias para realizar las transferencias²⁰. La enfermera evaluará la necesidad de deambulación de cada uno, el tipo de ayuda que necesitan y diseñará un plan de cuidados individualizado^{15, 24}.

6. Autodeterminación

Defiende la autonomía desde el derecho a tomar el control de su propia vida en las decisiones, objetivos, intereses, valores y preferencias personales¹².

Se evitarán las formas organizativas exigentes e inflexibles en exceso que lleven a una vida rutinaria y que puedan llegar a producir la despersonalización de los usuarios y la falta de interés profesional. De este modo, se tenderá a la capacidad de elección y creación de nuevas costumbres del residente, y al desempeño profesional en un ambiente más humano y digno.



Se estudiarán los casos en los que el residente prefiera una habitación individual, o por el contrario, desee compartirla con otro. Se tendrán en cuenta las preferencias y opiniones de los usuarios con respecto al menú y se fomentará su participación en la elaboración. Se podrá ofrecer un menú alternativo o el cambio de un plato por otro de elaboración sencilla. Podrán decidir su ubicación en el comedor y sus compañeros de mesa. Se adecuará el vestuario a los gustos de los residentes y se atenderá a sus preferencias con respecto a la frecuencia del baño, siempre que queden cubiertos los requisitos mínimos de higiene. Podrán escoger al profesional que les ayude en el aseo en caso de existir diferencia de sexo. El anciano podrá decidir en todo momento si participar o no en las actividades de libre elección ofertadas por la residencia^{15, 18, 20, 22}. Con respecto a la administración económica, se pondrán a su disposición los medios necesarios para que puedan seguir ejerciendo su propia gestión. Por último, se realizará la valoración de la satisfacción del usuario y de su calidad de vida mediante un sistema de evaluación para poder establecer planes de mejora^{20, 26}.

7. Inclusión social

En esta dimensión se valoran la integración, la participación en la comunidad y los apoyos sociales¹².

El centro establecerá un plan de actividades para promover la integración de los residentes y las familias con respecto al entorno y la comunidad, evitando las situaciones de aislamiento y soledad, y fomentando el sentimiento de pertenencia al grupo^{15, 16, 18}. Se promoverá el uso de las TIC mediante acciones formativas, pues constituyen una oportunidad para los ancianos como apoyo educativo, informativo, social y lúdico^{26, 33}.

Los usuarios podrán escoger a sus representantes para que formen parte del Consejo de Mayores, que se reunirá con el equipo directivo para participar en la planificación de las actividades y la elaboración de una normativa consensuada¹⁸.

8. Derechos

Contempla los derechos humanos y legales de la persona desde los principios de autonomía, participación, integralidad, individualidad, inclusión social, independencia, continuidad de atención, privacidad, dignidad y respeto^{12, 34}.



Derecho al conocimiento y la defensa de sus derechos en la institución geriátrica, como ser humano y ciudadano. Se dispondrá de un reglamento de derechos y deberes de los usuarios del centro, de un reglamento interno de funcionamiento y de un manual de buena práctica, conocidos por los residentes y los trabajadores.

Derecho a conservar su vida social, cultural y política. Se dará buena importancia al ámbito afectivo y la libertad de expresión, fomentando la consideración del centro como hogar y las relaciones personales.

Derecho a pensar y actuar de manera independiente, escoger su estilo de vida, aceptar o rechazar la participación en actividades, presentar quejas o sugerencias, darse de baja en la residencia y decidir en relación a su vida y su muerte, sin vulnerar los principios profesionales, teniendo derecho ante todo a una muerte digna.

Derecho a una valoración de las necesidades, un plan de cuidados y una prestación de servicios personalizados e individualizados por parte del propio equipo multidisciplinar del centro, del sistema público de salud u otros servicios privados del usuario, sin discriminación por el sexo, la raza, la edad, la religión o cualquier otra circunstancia, manteniendo un trato adecuado y respetuoso por los profesionales y los residentes.

Derecho a mantener y preservar la intimidad en todo momento, exigiendo la confidencialidad de sus datos y de cualquier información, que deben ser protegidos bajo el secreto profesional.

Derecho a conocer a los trabajadores del centro, sabiendo a quien pueden dirigirse para recibir información clara y completa sobre su trayectoria, los cambios de funcionamiento del centro, su participación en investigaciones y sus tratamientos con sus ventajas, desventajas y alternativas. Cuando el residente no pueda valerse por sí mismo, será la familia quien se informe y tome las decisiones oportunas.

Derecho a beneficiarse de un servicio de calidad que cumpla con la normativa vigente y tenga los requisitos materiales e inmateriales necesarios ^{15, 18, 22}.



PARTE II: Investigación estadística.

La Escala Fumat aporta un índice de calidad de vida con unos valores entre 62 y 123¹². Para la interpretación de los resultados se ha realizado una clasificación del índice en función del percentil asociado a cada puntuación.

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

Realizando un desglose de la muestra según las distintas variables, las mujeres representan el 70.06% frente al 29.94% correspondiente a los hombres. Un 64.33% pertenece a centros residenciales privados y un 35.67% a públicos. Por último, atendiendo a los rangos de edad, el grueso se sitúa entre los 85 – 94 años (56.05%), seguido de los 75 – 84 (34.39%), los mayores de 95 (5.10%) y de 65 – 74 años (4.46%).

Con respecto a la variable principal, casi la mitad de la muestra estudiada tiene una buena calidad de vida (49.04%, IC95% [41.2%, 56.9%]). El siguiente grupo mayoritario sería el de una mediana calidad de vida (31.85%), que precede a los que la tienen muy buena (12.10%) y por último, a la mala (7.01%). Por lo tanto, se podría decir que la gran mayoría de las personas mayores tienen una calidad de vida aceptable, aunque perfectamente mejorable, ya que son una minoría los que se encuentran en el rango más alto. Un dato significativo y muy positivo es que este estudio no ha catalogado a ninguna persona con una calidad de vida muy mala (Figura 2).

En relación al **sexo**, son las mujeres las que mejor calidad tienen, superando a los hombres en los ICV de buena (51.81%, IC95% [42.5%, 61.2%]) y muy buena calidad de vida (12.73%, IC95% [6.5%, 18.9%]). Este dato se corrobora al mirar las cifras de la mediana y mala calidad de vida, donde los varones elevan sus valores por encima de los de la mujer, sobre todo en el ICV malo (Figura 3). Observando la diferencia de **gestión administrativa**, las cifras son realmente similares. Aunque en el rango del ICV bueno despunta la pública (53.57%, IC95% [40.5%, 66.6%]) sobre la privada, es esta última la que tiene un porcentaje mayor de personas con muy buena calidad de vida (12.87%, IC95% [6.3%, 19.4%]). También se puede resaltar la existencia de un mayor número de



personas con ICV malo en las residencias públicas. Sin embargo, no se puede determinar de forma exacta qué tipo de gestión es la que oferta mayor calidad, puesto que la diferencia es apenas perceptible (Figura 4). En cuanto a la **edad**, los que alcanzan una mejor calidad de vida se sitúan entre los 75 y los 84 años (ICV muy bueno 16.66%, IC95% [6.7%, 26.6%]). Sin embargo, si se estudian de forma conjunta los ICV bueno y muy bueno, observamos que los que mejor calidad de vida tienen, con diferencia, son los de 65 – 74 años, justificando esta afirmación al ser el único rango de edad que no tiene ninguna persona con mala calidad de vida. En orden regresivo, les seguirían los de 85 – 94 y los de 75 – 84 años. Por último, los que peor calidad de vida tienen son los mayores de 95, puesto que cuentan con la proporción de ICV malo más elevado y la mitad de los entrevistados con esta edad tienen un índice de calidad de vida mediano (Figura 5).

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los valores obtenidos en la puntuación estándar total relacionadas el sexo o con la titularidad de la residencia (público/privada). Se encontró una muy baja relación inversa entre la puntuación estándar total y la edad que estuvo cerca de alcanzar la significación estadística ($r = -0.16$, $p = 0.06$).

Si se analizan resultados más específicos, se puede determinar claramente que los hombres tienen mayor calidad de vida en las residencias públicas (63.64%, IC95% [43.5%, 83.7%]) que en las privadas. En las mujeres existe más dificultad para poder establecer si les beneficia más un sistema público o uno privado, dado que las cifras son muy semejantes. Si examinamos conjuntamente el ICV bueno y el muy bueno, son las residencias privadas las que despuntan. Además, el dato que más diferencia porcentual establece es el ICV malo, siendo más superior en las residencias públicas. No obstante, es en la privada donde el hombre alcanza cifras superiores de ICV muy bueno, y en el caso de la mujer, la pública (Figura 6). Si estudiamos la calidad de vida relacionada con la gestión administrativa y la edad, los rangos de 65 a 74 y de 85 a 94 tienen mejor calidad de vida en las residencias privadas, y los restantes, en las públicas (Figuras 7-10).

Por último, con respecto a la satisfacción del trabajo enfermero en los centros residenciales, se pueden analizar las distintas dimensiones de calidad de vida y determinar los siguientes resultados:



En general, la mayoría de los usuarios están siempre o casi siempre satisfechos con los servicios que reciben de la enfermera (81.53%, IC95% [67.5, 95.6]), cubriendo prácticamente en su totalidad la dimensión de **bienestar emocional**. Sin embargo, aunque en porcentajes muy pequeños, sí que hay personas que sostienen no estar nunca satisfechas con el trabajo de la enfermera, o solo algunas veces (Figura 11). Con respecto a las **relaciones interpersonales**, un 80.89% (IC95% [66.9, 94.9]) manifiesta mantener una buena relación con la enfermera de su residencia. Como punto positivo, ninguno de los usuarios afirmó tener mala relación con ella, por lo que se deduce que las enfermeras conocen a todos los usuarios de su residencia, aunque un 5.10% sí que mantuvo que solo tienen buena relación a veces (Figura 12). En cuanto al **bienestar material**, uno de los tópicos de la atención de la enfermería en las residencias de ancianos es que tienen el material muy limitado para poder desarrollar su trabajo. En este estudio sí que hay algunos residentes que dicen no haber sido atendidos con todo lo necesario y que por lo tanto, la consulta de enfermería necesita alguna reforma para poder adaptarse a sus necesidades, englobando también la accesibilidad y otros aspectos materiales. No obstante, se trata de una minoría la que percibe alguna irregularidad, ya que el 64.97% (IC95% [52.4%, 77.5%]) está totalmente conforme y el 17.20% denota esa carencia solo algunas veces (Figura 13). En relación al **desarrollo personal**, la mayoría de los residentes manifiesta que nunca o casi nunca tienen dificultad para comprender la información que reciben de la enfermera, aunque alrededor del 25% (IC95% [17.6%, 33.4%]), que sí es una cifra a tener en cuenta, declara haber encontrado a veces dificultad de comprensión (Figura 14). Una gran parte de las personas mayores asegura que la enfermera le ayuda siempre a resolver sus problemas de salud (79.62%, IC95% [65.7%, 93.5%]), un 13.38% frecuentemente, y alrededor del 3% no es ayudado nunca, o solo a veces. Estas últimas cifras establecen que la acción de la enfermera en el **bienestar físico**, en algunos casos, es considerada sin utilidad (Figura 15). Las cifras relativas a la **autodeterminación** certifican que la gran mayoría siente que la enfermera respeta sus decisiones (84.08%, IC95% [69.8%, 98.4%]), no habiendo ningún usuario que haya afirmado presenciar una falta de respeto absoluta hacia sus decisiones (Figura 16). Con respecto a la **inclusión social**, casi la tercera parte de los entrevistados mantiene que siempre encuentra el apoyo de la enfermera cuando lo necesita (70.70%, IC95% [57.6%, 83.8%]), aunque alrededor de un tercio manifiesta tener a veces dificultades para acceder a ella (Figura 17). Por último, en cuanto a los **derechos**, solo



algo más de la mitad de la población entrevistada admite haber sido informada siempre antes de recibir algún tratamiento o intervención de enfermería (64.33%, IC95% [51.8%, 76.8%]), ya que entre el 10% – 13% afirman no haber obtenido dicha información a veces, frecuentemente e incluso, nunca (Figura 18).

Comparando la satisfacción del trabajo enfermero entre las residencias públicas y privadas, hay más personas satisfechas con los servicios prestados y tienen mejor relación con ella, en términos absolutos, en las residencias públicas (83.93%, IC95% [60.03%, 107.82%]), aunque las cifras entre ambas apenas varían. Sin embargo, sí que existe más carencia de tipo material y dificultad de comprensión en las privadas (61.39%, IC95% [46.15%, 76.62%] – 57.43%, IC95% [42.69%, 72.16%]). En cuanto a la asistencia sanitaria, en las públicas hay más residentes que afirman haber sido ayudados por la enfermera para resolver sus problemas de salud (83.93%, IC95% [60.03%, 107.82%]). En relación al respeto de las decisiones y la facilidad de encontrar apoyo en la enfermera, las cifras son muy similares, aunque sobresalen positivamente en las residencias públicas. Por último, y esto sí que es destacable, casi un 20% de los residentes de las privadas no son informados nunca de los tratamientos recibidos de las enfermeras (18.81%, IC95% [10.36%, 27.26%]). (Figuras 19-20; Tablas 1-2). En conclusión, aunque en algunas dimensiones los resultados son muy semejantes, la enfermera que mejor desarrolla su trabajo es la de las residencias públicas.

En último lugar, se puede comparar la satisfacción del trabajo enfermero con el índice de calidad de vida. Si se analiza cada pregunta de la escala “la enfermería del centro”, se observa que en todas y cada una de las cuestiones, el valor más alto de satisfacción coincide con el mayor porcentaje de personas. Además, este porcentaje aumenta según se va incrementando la calidad de vida, disminuyéndose a su vez, en la mayor parte, los que menor satisfacción refieren. Por ejemplo, están siempre satisfechos con los servicios que reciben de la enfermera el 45.45% de los que tienen mala calidad de vida, el 74% de los que la tienen mediana, el 87.01% de los que la tienen buena y el 100% de los que tienen una calidad de vida muy buena. Al suceder en todas las preguntas de la escala, podemos concluir que el trabajo enfermero está directamente relacionado con la calidad de vida de las personas mayores en los centros residenciales y que indudablemente, el personal de enfermería contribuye en la mejora de la calidad de vida de las personas (Figuras 21-28).



CONCLUSIÓN E IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA

- El Modelo ACP ayuda a incrementar la calidad de vida de las personas mayores desde el bienestar cotidiano, destacando a la persona como eje principal.
- Las medidas de mejora que se adopten deben contemplar al sujeto de forma integral, favoreciendo que la residencia se convierta en un hogar para aquellos que la habitan, en todas sus circunstancias y etapas de la vida.
- La enfermera tiene un papel esencial en los centros residenciales, puesto que puede desarrollar todo tipo de funciones, basándose en el Modelo ACP:
 - Función administradora
 - Coordinar al equipo de enfermería en las tareas asistenciales, tanto en la planificación como en la ejecución de los cuidados.
 - Gestionar y recomendar medidas físicas, materiales y emocionales para promover la salud de los ancianos y prevenir la aparición de los síndromes geriátricos y otros riesgos.
 - Función asistencial
 - Participar en el proceso terapéutico y el cuidado continuo.
 - Garantizar el bienestar físico y psicosocial de los usuarios y sus familias mediante un plan individualizado de atención.
 - Función docente
 - Formación de las personas mayores y sus familias en el proceso del envejecimiento.
 - Educación para la salud.
 - Función investigadora
 - Esencial para mejorar y alcanzar una atención de gran calidad que permita a los ancianos vivir una vejez con la mayor independencia, autonomía y dignidad posibles.
- La escala Fumat permite una evaluación individualizada de la calidad de vida y sus dimensiones, obteniendo las áreas de intervención que requieren mayor refuerzo.
- La enfermera, como profesional del cuidado de los ancianos, tiene un gran trabajo por delante en el desarrollo de todas sus funciones, puesto que es una gran influyente en la calidad de vida de los usuarios de los centros residenciales.



BIBLIOGRAFÍA

1. Díaz Veiga P, González Cabezas AN, Rodríguez Rodríguez V, Teófilo Rodríguez J. Estudio Longitudinal Envejecer en España: El proyecto ELES. Boletín sobre el envejecimiento: Perfiles y tendencias. [Internet] Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Madrid; 2011 diciembre. Catálogo General de Publicaciones Oficiales. [Citado 3 may 2016]; (50) Disponible en: http://digital.csic.es/bitstream/10261/96895/1/2011_TEOFILO_PROYECTO_ELES_BPT.pdf
2. Instituto Nacional de Estadística (INE). [Internet] Madrid; 2016 [Citado 3 may 2016]. Disponible en: <http://www.ine.es>
3. Pérez Ortiz L. La estructura social de la vejez en España. Nuevas y viejas formas de envejecer. [Internet] Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Madrid; 2006. Catálogo General de Publicaciones Oficiales: 22010. [Citado 3 may 2016]. Disponible en: <http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/estructurasocialvejez.pdf>
4. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco. [Internet] Madrid; 2005 [Citado 3 may 2016]. Disponible en: <http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/libroblanco.pdf>
5. Instituto Nacional de Estadística (INE). Anuario Estadístico de España. Departamento de Salud. [Internet] 2015 [Citado 3 may 2016]. Disponible en: http://www.ine.es/prodyser/pubweb/anuario15/anu15_05salud.pdf
6. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Avance de la evaluación 2015 del sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. [Internet] 2015 [Citado 3 may 2016]. Disponible en: http://www.dependencia.imserso.gob.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/im_102607.pdf
7. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Sistema Estatal de Información de Servicios Sociales: Centros residenciales. [Internet] 2012 [Citado 3 may 2016]. Disponible en: http://www.imserso.es/imserso_01/documentacion/estadisticas/seiss/rec_mayores/res_otros/index.htm
8. Leturia Arrazola M. Los sistemas de calidad y herramientas de evaluación de los servicios residenciales y su relación con el modelo de atención. [Internet] Fundación Caser para la dependencia. [Citado 3 may 2016]. Disponible en: http://www.fundacionpilares.org/docs/encuentro_MA_Leturia.pdf
9. Calvo Serna E. Programa de mejora de la calidad de vida de un grupo de personas mayores con discapacidad intelectual. [Trabajo de Fin de Máster] [Internet] Valladolid: Facultad de Educación y Trabajo Social. Universidad de Valladolid; 2013 [Citado 3 may 2016]. Disponible en: <http://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/3808/1/TFM-G%20192.pdf>
10. Gómez Sánchez LE, Verdugo Alonso MA, Arias Martínez B, Navas Macho P. Evaluación de la calidad de vida en personas mayores y con discapacidad: la Escala Fumat. Psychosocial Intervention. [Internet] 2008 [Citado 3 may 2016]; 17(2): 189-199. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1798/179814018007.pdf>
11. Martínez Rodríguez T. La atención gerontológica centrada en la persona. Guía para la intervención profesional en los centros y servicios de atención a personas mayores en situación de fragilidad o dependencia. [Internet] Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; 2011 [Citado 3 may 2016]. Disponible en: <http://ria.asturias.es/RIA/bitstream/123456789/4502/1/guiatenciongerontologiacentradaenlapersona.pdf>
12. Verdugo Alonso MA, Gómez Sánchez LE, Arias Martínez B. Evaluación de la calidad de vida en personas mayores: La Escala FUMAT. [Internet] Salamanca: Publicaciones INICO; 2009 [Citado 3 may 2016]. Disponible en: http://sid.usal.es/docs/F8/FDO23248/herramientas_4.pdf
13. García Hernández M, Torres Egea MP, Ballesteros Pérez E. Enfermería Geriátrica. 2ª ed. Barcelona: MASSON; 2006.



14. Bermejo García L. Guía de Buenas Prácticas en Residencias de personas mayores en situación de dependencia. Parte I: Bases y reflexiones entorno a las buenas prácticas en residencias de personas mayores en situación de dependencia. [Internet] Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principado de Asturias; 2009 [Citado 3 may 2016]. Disponible en: https://www.asturias.es/Asturias/descargas/PDF_TEMAS/Asuntos%20Sociales/Calidad/1.1_Residencias%20Mayores-Parte%20I.pdf
15. Navarro Mulas LF, Castilla Rilo JG, Biel S, Bohórquez Rodríguez A, Corral Fernández J, Escobar Flores P, et al. 50 recomendaciones básicas de aplicación práctica del modelo de planificación y atención gerontológica centrada en la persona. [Internet] Grupo de Calidad. Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (SEGG). Madrid; 2014 [Citado 3 may 2016]. Disponible en: <https://www.segg.es/descarga.asp?tipo=1&pag=1>
16. Verdugo Alonso MA, Canal Bedia R, Fernández Fernández S, Bermejo García L, Alonso Martín S, Tamarit Cuadrado J, et al. Modelo de calidad de vida aplicado a la atención residencial de personas con necesidades complejas de apoyo. La toma de decisiones para el desarrollo de su proyecto de vida. [Internet] Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Madrid; 2011. Catálogo General de Publicaciones Oficiales: 21020 [Citado 3 may 2016]. Disponible en: http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/doc_tec_21020.pdf
17. Rodríguez Rodríguez P. Residencias y otros alojamientos para personas mayores. Madrid: médica panamericana; 2007.
18. Bohórquez Rodríguez A, Luis Lazcano A, Polonio López B, Oslé Guereendiaian C, Arroyo González C, Gutierrez Bustillo D, et al. 100 recomendaciones básicas para fomentar la calidad en residencias de personas mayores. Criterios de calidad asistencial en servicios sociosanitarios para personas mayores. [Internet] Grupo de Calidad. Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (SEGG). Madrid; 2004 [Citado 3 may 2016]. Disponible en: <https://www.segg.es/descarga.asp?tipo=1&pag=1>
19. San Miguel Osaba E. Gestión de la calidad y marketing en los centros residenciales para personas mayores. [Tesis doctoral] [Internet] San Sebastián: Universidad del País Vasco, Departamento de economía de la empresa y comercialización; 2011 [Citado 3 may 2016]. Disponible en: https://addi.ehu.es/bitstream/10810/10164/16/Eduardo_San_Miguel.pdf
20. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales. Las personas mayores y las residencias. Un modelo prospectivo para evaluar las residencias. Tomo I. [Internet] Madrid; 2000 [Citado 3 may 2016]. Disponible en: <http://www.zaintzea.org/documentacion/Las%20Personas%20Mayores%20y%20las%20Residencias.pdf>
21. Delgado Santos CI, Vígara Cerrato Á, Sánchez Vázquez A, Imbernón López C, Hernanz Hernández C, de la Cruz Butiñá C, et al. Guía para la selección de estrategias de apoyo a la comunicación con personas mayores en centros de día y residencias. [Internet] Madrid: CEAPAT-IMSERSO; 2013 [Citado 3 may 2016]. Disponible en: <http://www.ceapat.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/guiaestrategiasmayores.pdf>
22. Lamarca Iturbe Í, Agúndez Basterra M, Hernández Valles J, López de Foronda Vargas F, Martínez-Acha López V, Pagola Iraola A, et al. Atención a personas mayores en la CAPV: Servicio de asistencia domiciliaria, centros de día y centros residenciales. [Internet] Ararteko; 2004 [Citado 3 may 2016]. Disponible en: http://www.ararteko.net/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/4_11_3.pdf
23. Diputación Foral de Guipúzcoa. Catálogo de servicios residenciales para personas mayores. [Internet] Departamento para la Política Social. [Citado 3 may 2016]. Disponible en: <http://www.gipuzkoa.eus/noticias/archivos/carteradeserviciosc.pdf>
24. Trinidad Trinidad DJ, Abellá Fernández MJ, Álvarez López Ó, Álvarez Moreno MI, Arias Salgado I, Asenjo Cedillo C, et al. Protocolos asistenciales en residencias de mayores. [Internet] Servicio Regional de Bienestar Social. Madrid: Consejería de Familia y Asuntos Sociales; 2007 [Citado 3 may 2016]. Disponible en:



- <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadernam e1=Content-Disposition&blobheadervalue1=filename%3DBVCM007151.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352857974016&ssbinary=true>
25. Diputación Foral de Vizcaya. Manual de buena práctica. Residencia de personas mayores. [Internet] [Citado 3 may 2016]. Disponible en: <http://www.bizkaia.eus/home2/Archivos/DPTO3/Temas/Pdf/Manual%20de%20Buena%20pr%C3%A1ctica%20en%20residencias%20de%20personas%20mayores.pdf?idioma=CA>
 26. Gobierno Vasco. Cien propuestas para avanzar en el bienestar y el buen trato a las personas que envejecen. Bases para un plan de acción. [Internet] Departamento de empleo y asuntos sociales; 2011 [Citado 3 may 2016]. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/gobiernovasco-100propuestas-01.pdf>
 27. Instituto Catalán de Asistencia y Servicios Sociales. Residencias asistidas para personas mayores. Indicadores de evaluación de calidad. [Internet] Generalitat de Catalunya; 1999 [Citado 3 may 2016]. Disponible en: <https://www.inforesidencias.com/resources/public/biblioteca/documentos/funcionamiento/indic-calida-catalunya.pdf>
 28. Bermejo García L, Mañón de Balanzó Q, Díaz Pérez B, Martínez Rodríguez T, Sánchez Caballero C. Guía de Buenas Prácticas en Residencias de personas mayores en situación de dependencia. Parte II. [Internet] Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principado de Asturias; 2009 [Citado 3 may 2016]. Disponible en: http://www.asturias.es/Asturias/descargas/PDF_TEMAS/Asuntos%20Sociales/Calidad/1.2_Residencias%20Mayores-Parte%20II.pdf
 29. Martínez Rodríguez T. La atención centrada en la persona. Enfoque y modelos para el buen trato a las personas mayores. Sociedad y Utopía. [Internet] 2013 junio [Citado 3 may 2016]; (41): 209-231. Disponible en: <http://www.acpgerontologia.com/documentacion/acpbuentratomartinez.pdf>
 30. Cerezuela Martínez JB, Moreno Fernández MJ. Los mayores y las zonas de estar. [Internet] Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO); 2009 [Citado 3 may 2016]. Disponible en: <http://www.ceapat.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/losmayoresylaszonasdeestar.pdf>
 31. Cerezuela Martínez JB, Moreno Fernández MJ. Los mayores y el cuarto de baño. Ayudas técnicas para el aseo e higiene personal. [Internet] Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO); 2010 [Citado 3 may 2016]. Disponible en: <http://www.ceapat.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/losmayoresyelcuartodebano.pdf>
 32. Consejería de Bienestar Social. Indicadores para la mejora de la atención residencial. Residencias de personas mayores de la Comunidad Valenciana. [Internet] 2ª ed. Generalitat Valenciana.; 2004 [Citado 3 may 2016]. Disponible en: <http://www.inclusio.gva.es/documents/610460/720085/Indicadores+para+la+Mejora+de+la+Atenci%C3%B3n+Residencial.+Residencias+de+personas+Mayores+de+la+Comunidad+Valenciana./4a809666-aba4-4fc8-8c6e-d96f99e6e272>
 33. Gill J. Hacer la vida más fácil. Cómo pueden los nuevos servicios de telecomunicación beneficiar a las personas con discapacidad. [Internet] Madrid: Centro Estatal de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas (CEAPAT); 2007 [Citado 3 may 2016]. Disponible en: <http://www.ceapat.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/hacerlavidadamsfcil.pdf>
 34. Rodríguez Rodríguez P. La atención integral centrada en la persona. Principios y criterios que fundamentan un modelo de intervención en discapacidad, envejecimiento y dependencia. Informes Portal Mayores. [Internet] 2010 Noviembre [Citado 3 may 2016]; (106). Disponible en: <http://telefonodelaesperanza.org/imgs/1970.pdf>



ANEXOS

Anexo I: Informe favorable Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería.



UNIVERSIDAD DE VALLADOLID
Facultad de Enfermería

Reunida la Comisión de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de Valladolid el día 1 de febrero de 2016 y vista la solicitud presentada por:

D^a. SARA TARDÓN DEL CURA, alumna de Grado de la Facultad de Enfermería y

La tutora del TFG, doña Virtudes Niño Martín

Acuerda emitir **informe favorable**, en relación con la propuesta del TFG, titulado: "Calidad de vida de las personas mayores en los centros residenciales "

Y para que conste a los efectos oportunos firmo el presente escrito.

Valladolid, a 1 de febrero de 2016

LA PRESIDENTA DE LA COMISION



Fdo.: M^a José Cao Torija





Anexo II: Documento de investigación estadística para los centros residenciales.

Estimado Director:

Soy una estudiante de cuarto de Grado en Enfermería de la Universidad de Valladolid. Mi trabajo de fin de grado lleva como título “Calidad de vida de las personas mayores en los centros residenciales”. Le presento los objetivos de mi proyecto (el segundo es el que concierne al desarrollo del trabajo en su residencia):

- Identificar y describir las condiciones establecidas por las diferentes guías y estudios de investigación para ofrecer una buena calidad de vida a los usuarios de los centros residenciales.
- Recoger y analizar los datos estadísticos relativos a la calidad de vida de los ancianos institucionalizados de Valladolid, a través de la Escala Fumat, relacionándolos y comparándolos según la tipología sociodemográfica, las diferencias entre los centros residenciales públicos y privados, y la satisfacción del trabajo enfermero.

Sería conveniente e interesante para mi estudio de investigación que algunos de los usuarios de la residencia que dirige respondieran la Escala Fumat, cuestionario validado que evalúa las ocho dimensiones de la calidad de vida propuestas en el modelo de Schallock y Verdugo (2003).

A través de la siguiente carta solicito que me autorice a entrevistar a algunos de sus residentes, previo consentimiento informado por escrito.

Ruego se ponga en contacto conmigo a través de los siguientes datos y me envíe una respuesta para, en caso de aprobar mi propuesta, encontrar el momento más oportuno para los residentes del centro y el desarrollo del trabajo.

Atentamente,

Sara Tardón del Cura

Teléfonos de contacto: 653 409 295/ 983 115 026

Correo electrónico: sara.tarcu@gmail.com



Anexo III: Escala Fumat con consentimiento informado y Escala de la enfermería del centro.

ESCALA FUMAT

Ha sido seleccionado para participar en un estudio de investigación de la Universidad de Valladolid acerca de la calidad de vida de los usuarios en los centros residenciales. Su colaboración es totalmente voluntaria. A través de este consentimiento, autoriza a la utilización de sus datos personales y los resultados de la siguiente encuesta.

Firma:

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN

FECHA DE APLICACIÓN

RESIDENCIA

Sexo Hombre Mujer

Edad

INSTRUCCIONES: A continuación se presentan una serie de afirmaciones relativas a su calidad de vida. Por favor, marque la opción de respuesta que mejor le describa y no deje ninguna cuestión en blanco. Gracias por su colaboración.

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



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 los 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 usted	4	3	2	1
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
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
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
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
INCLUSIÓN SOCIAL		Siempre o Casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o Casi nunca
44	Participa en diversas actividades de ocio que le interesan	4	3	2	1



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

LA ENFERMERÍA DEL CENTRO		Siempre o Casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o Casi nunca
58	Se muestra satisfecho con los servicios que recibe de la enfermera				
59	Mantiene una buena relación con la enfermera				
60	La consulta de enfermería necesita reformas para adaptarse a sus necesidades (accesibilidad, material...)				
61	Tiene dificultades para comprender la información que recibe de la enfermera				



62	La enfermera le ayuda a resolver sus problemas de salud (curas, movilidad, incontinencia, nutrición...)				
63	La enfermera respeta sus decisiones				
64	Tiene dificultad para encontrar apoyo de la enfermera cuando lo necesita				
65	Recibe información adecuada y suficiente sobre los tratamientos e intervenciones que recibe de la enfermera				

*La Escala Fumat que ha sido utilizada durante el trabajo de campo, en su formato en papel, no contaba con la numeración de cada casilla, ya que su única utilidad es para la baremación de la misma.



Anexo IV: Método de baremación de la Escala Fumat.

Tras la cumplimentación de la escala, se obtiene un número en función de la respuesta de cada pregunta (anexo III). Se suma la numeración de las respuestas de cada ítem, dando lugar a la **puntuación directa total**. Esta debe calcularse por cada dimensión, de forma individual. Por ejemplo:

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 = 13

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

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

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



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

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

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

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



Anexo V: Representación gráfica de los resultados del estudio estadístico según las distintas variables.

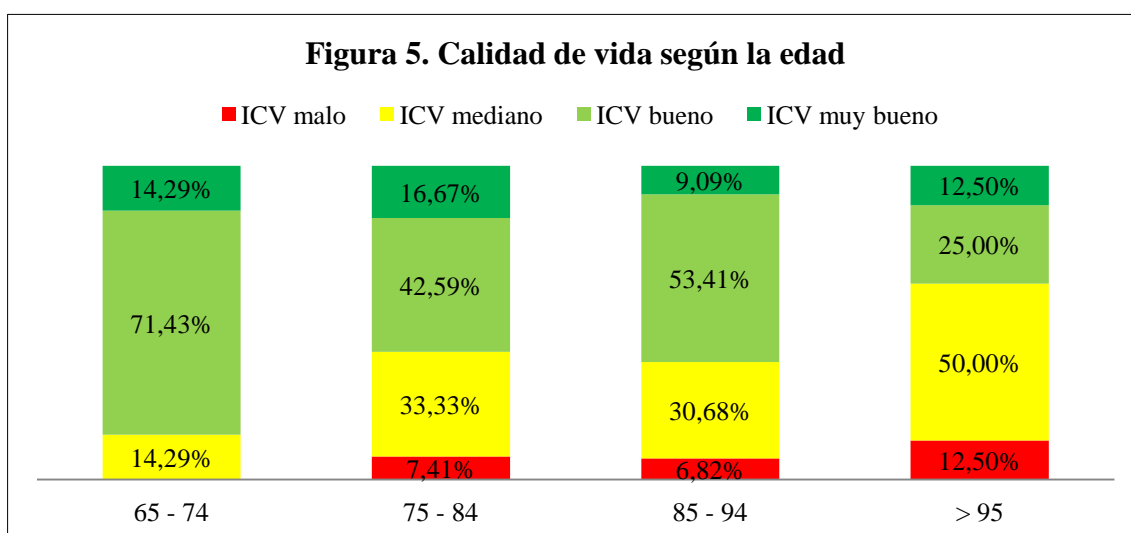
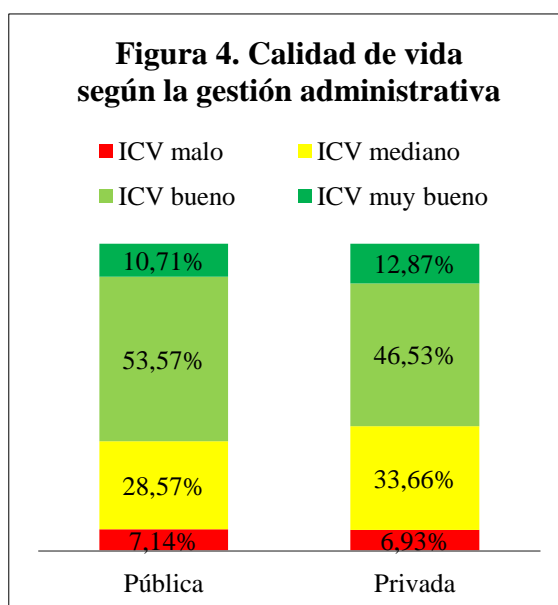
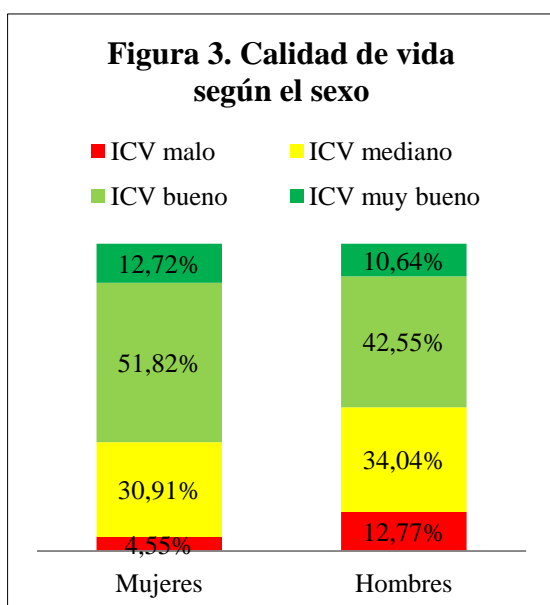
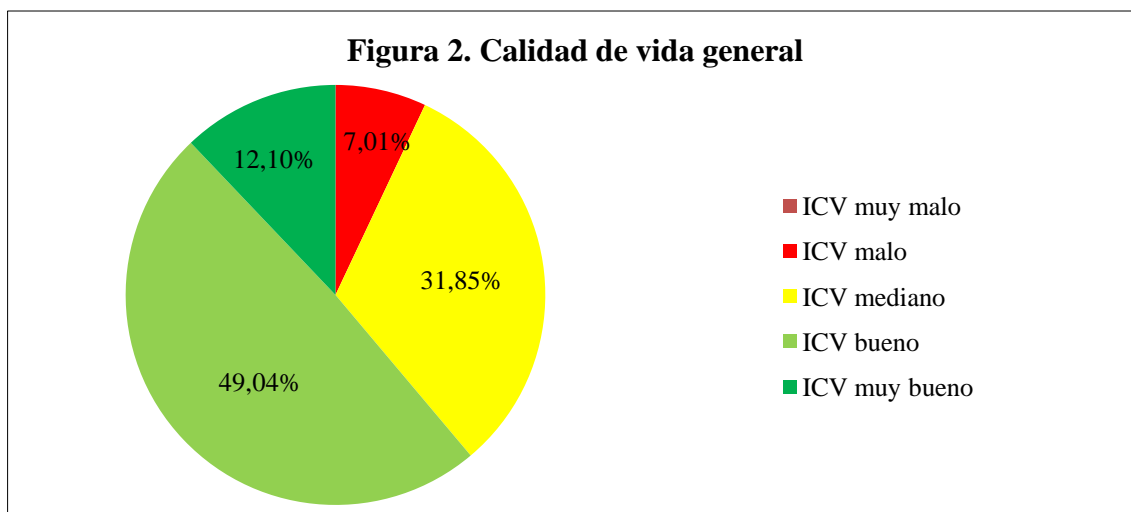




Figura 6. Calidad de vida según la gestión administrativa y sexo

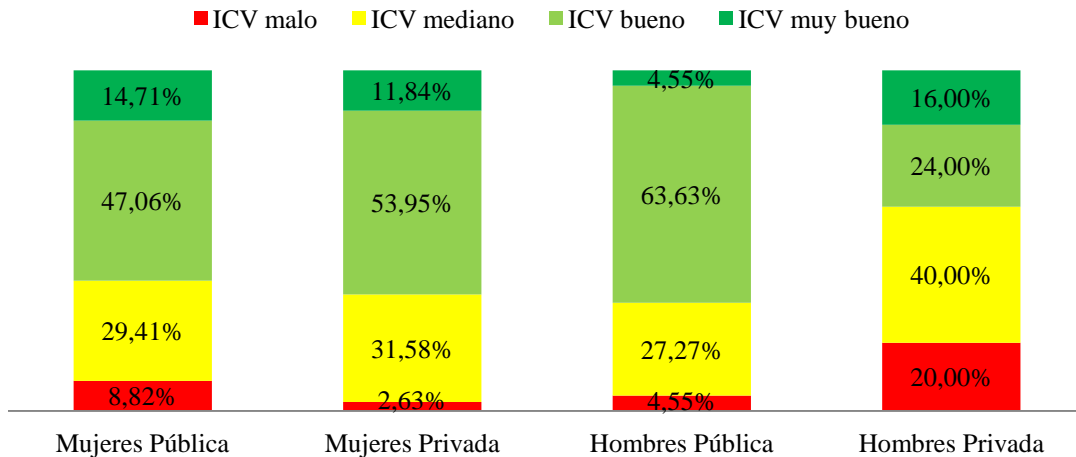


Figura 7. Calidad de vida y gestión administrativa. 65 - 74 años

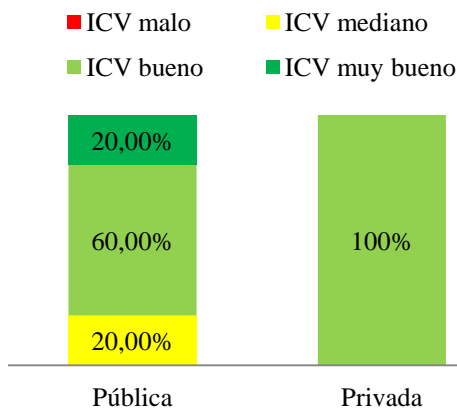


Figura 8. Calidad de vida y gestión administrativa. 75 - 84 años

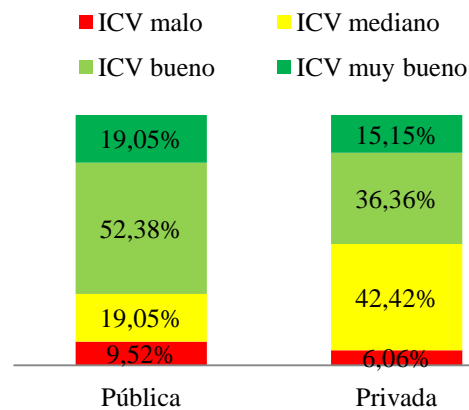


Figura 9. Calidad de vida y gestión administrativa. 85 - 94 años

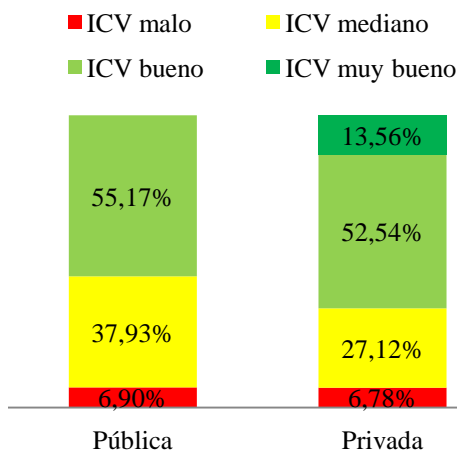


Figura 10. Calidad de vida y gestión administrativa. > 95 años

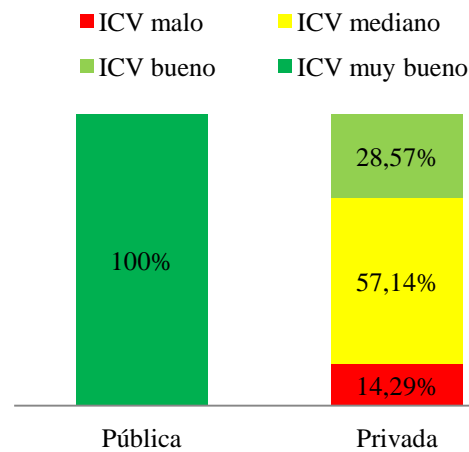




Figura 11. Se muestra satisfecho con los servicios que recibe de la enfermera

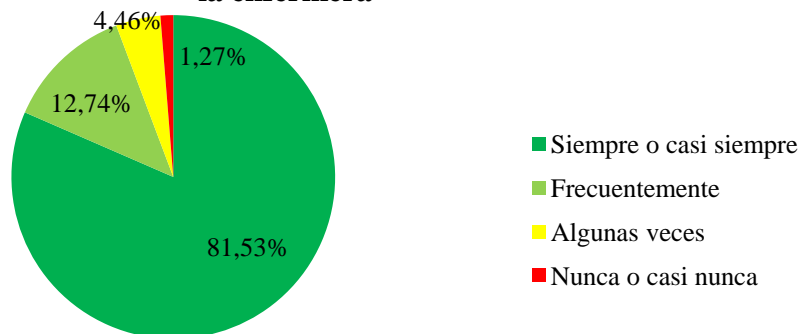


Figura 12. Mantiene una buena relación con la enfermera

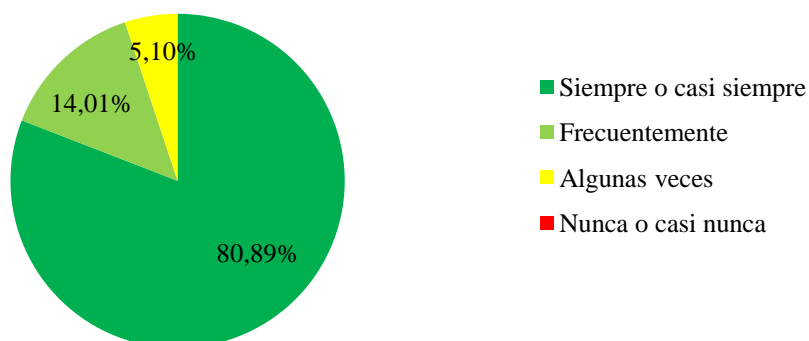


Figura 13. La consulta de enfermería necesita reformas para adaptarse a sus necesidades (material, accesibilidad...)

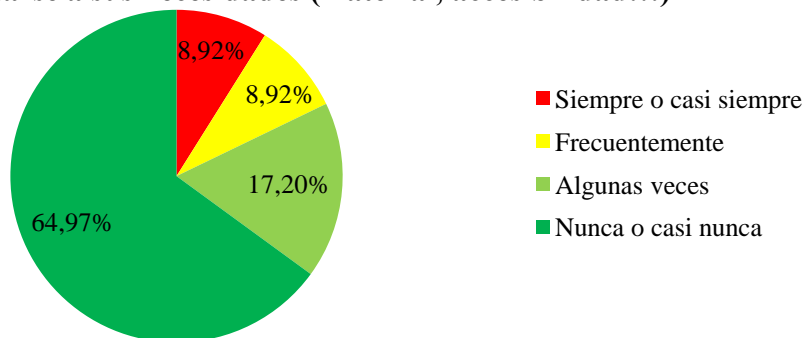


Figura 14. Tiene dificultades para comprender la información que recibe de la enfermera

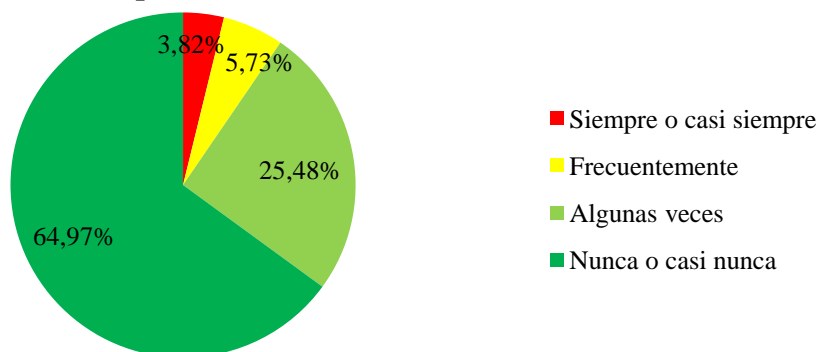




Figura 15. La enfermera le ayuda a resolver sus problemas de salud (curas, movilidad, incontinencia, nutrición...)

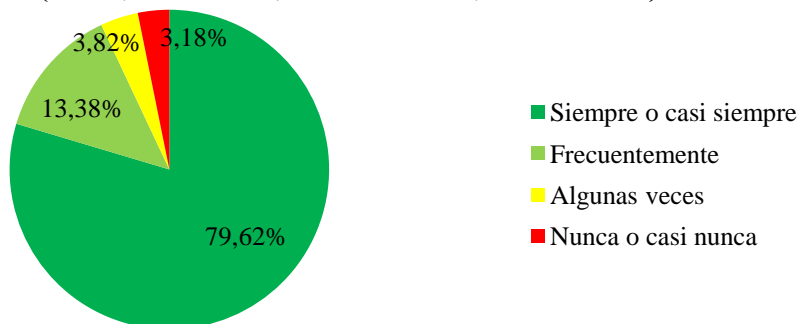


Figura 16. La enfermera respeta sus decisiones

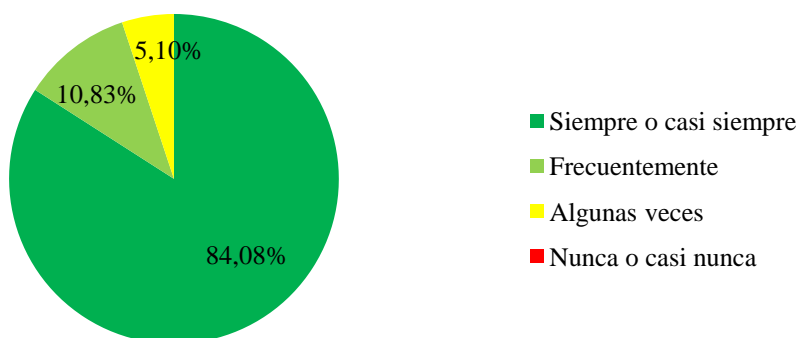


Figura 17. Tiene dificultad para encontrar apoyo de la enfermera cuando lo necesita

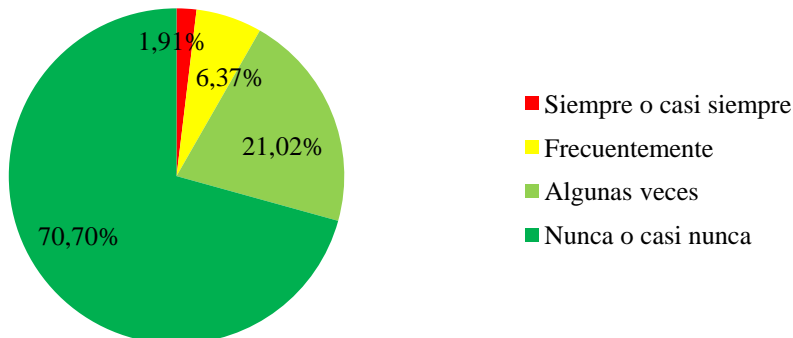
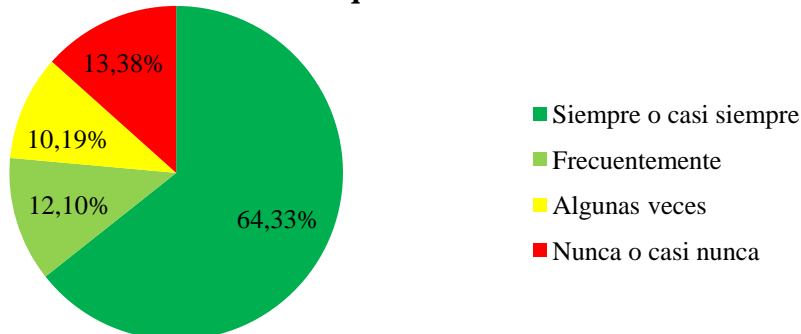


Figura 18. Recibe información adecuada y suficiente sobre los tratamientos e intervenciones que recibe de la enfermera



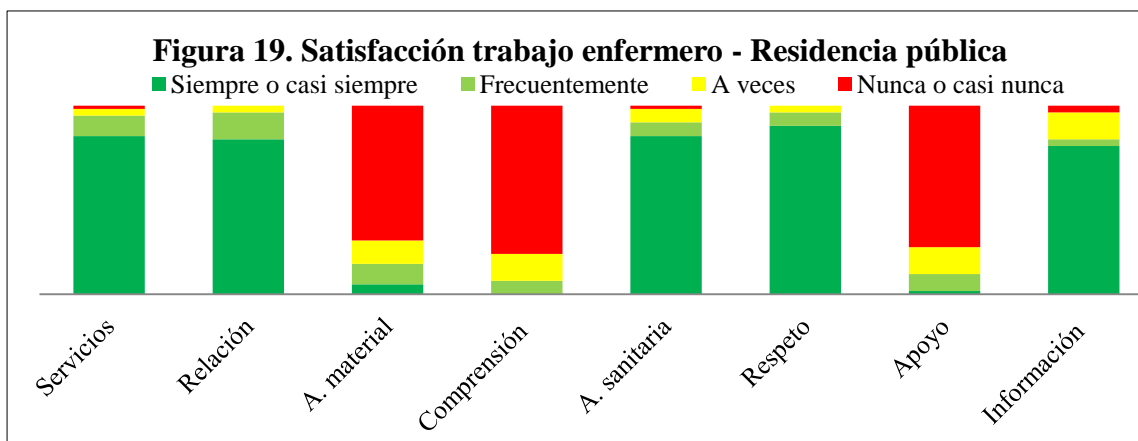


Tabla 1. Satisfacción trabajo enfermero – Residencia pública

	Siempre o casi siempre	Frecuentemente	A veces	Nunca o casi nunca
Servicios	83,93%	10,71%	3,57%	1,79%
Relación	82,14%	14,29%	3,57%	0,00%
Atención material	5,36%	10,71%	12,50%	71,43%
Comprensión	0,00%	7,14%	14,29%	78,57%
Asistencia sanitaria	83,93%	7,14%	7,14%	1,79%
Respeto	89,29%	7,14%	3,57%	0,00%
Apoyo	1,79%	8,93%	14,29%	75,00%
Información	78,57%	3,57%	14,29%	3,57%

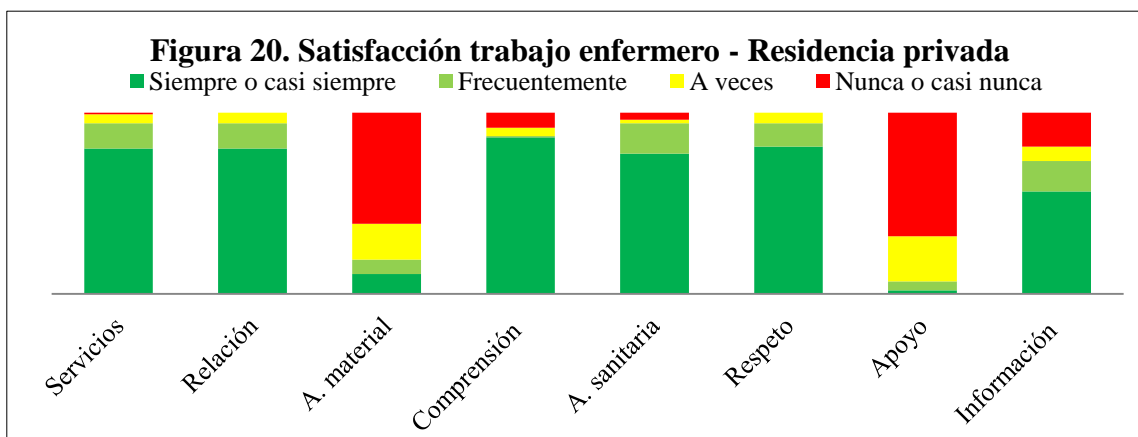


Tabla 2. Satisfacción trabajo enfermero – Residencia privada

	Siempre o casi siempre	Frecuentemente	A veces	Nunca o casi nunca
Servicios	80,20%	13,86%	4,95%	0,99%
Relación	80,20%	13,86%	5,94%	0,00%
Atención material	10,89%	7,92%	19,80%	61,39%
Comprensión	5,94%	4,95%	31,68%	57,43%
Asistencia sanitaria	77,23%	16,83%	1,98%	3,96%
Respeto	81,19%	12,87%	5,94%	0,00%
Apoyo	1,98%	4,95%	24,75%	68,32%
Información	56,44%	16,83%	7,92%	18,81%



Figura 21. Calidad de vida y "servicios" de la enfermería del centro

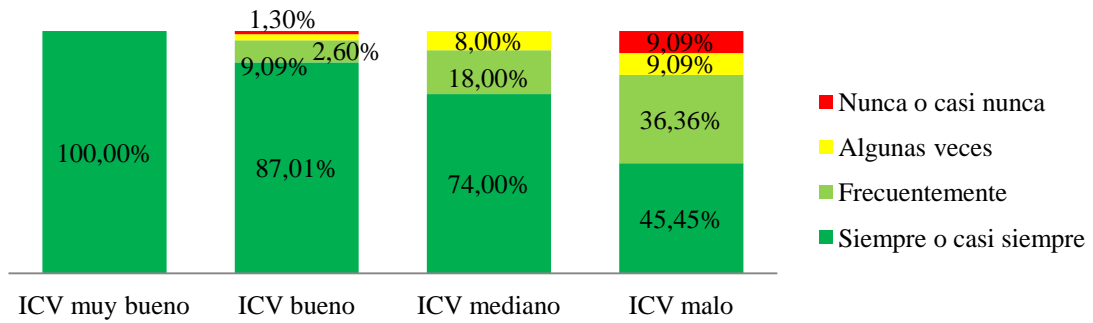


Figura 22. Calidad de vida y "relación" de la enfermería del centro

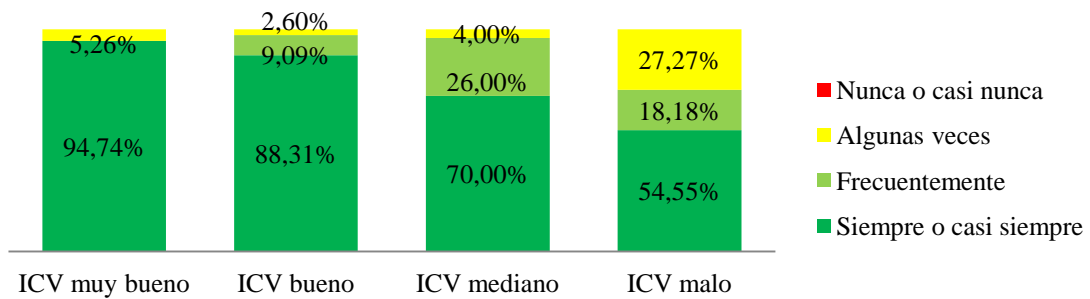


Figura 23. Calidad de vida y "atención material" de la enfermería del centro

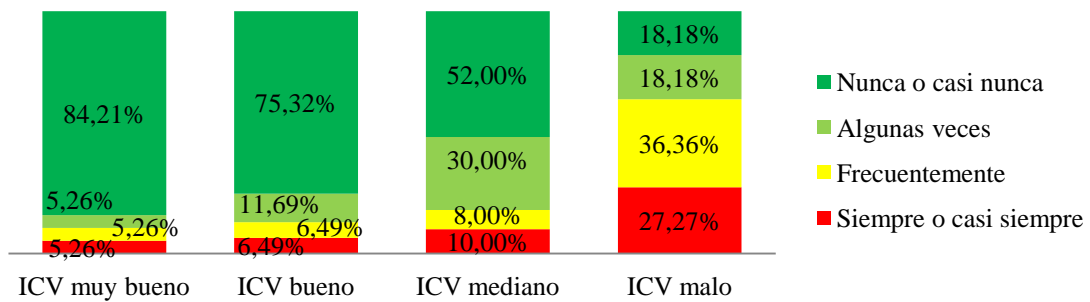


Figura 24. Calidad de vida y "comprensión" de la enfermería del centro

