

UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ

FACULTAD DE MEDICINA

TRABAJO FIN DE GRADO EN TERAPIA OCUPACIONAL



Título del Trabajo Fin de Grado: Calidad de vida relacionado con la salud en ancianos institucionalizados vs no institucionalizados.

AUTOR: Pérez Aràjol, Marta

N.º expediente: 287

TUTOR: Beatriz Bonete López

Departamento y Área: Psicología básica

Curso académico: 2018 – 2019

Convocatoria de: Septiembre

ÍNDICE

1. Introducción.....	Pág.3
1.1. Bienestar	Pág.3
1.2. Calidad de vida.....	Pág.4
1.3. Calidad de vida relacionada con salud.....	Pág.5
2. Objetivo e hipótesis.....	Pág.6
2.1. Objetivo.....	Pág.6
2.2. Hipótesis.....	Pág.6
3. Material y métodos.....	Pág.6
3.1. Procedimiento.....	Pág.6
3.2. Instrumento de evaluación.....	Pág.8
3.3. Descripción de la muestra.....	Pág.8
3.4. Análisis de datos.....	Pág.9
4. Resultados.....	Pág.9
5. Discusión y conclusiones.....	Pág.11
6. Anexos de figuras y tablas.....	Pág.13
7. Anexos.....	Pág.18
8. Bibliografía.....	Pág.24

Resumen:

La idea de calidad de vida relacionada con salud (CVRS) cobra cada día más relevancia en los adultos mayores, puesto que la longevidad ha aumentado mucho en los últimos años y todo indica que continuará al alza. Mediante la presente investigación se pretende estudiar si hay diferencias entre la CVRS de ancianos institucionalizados y no institucionalizados (24 en total, 12 de cada categoría).

El desarrollo del estudio ha sido en la población de Puigcerdà (Cataluña). Los ancianos institucionalizados, seleccionados por la Terapeuta Ocupacional del único centro residencial del municipio. Los no institucionalizados seleccionados al azar.

Como instrumento de medida se ha aplicado el EuroQol-5D, el cual consta de dos partes. La primera, evalúa 5 dimensiones: movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión. Las personas deben contestar según su estado de salud de ese día. Estos estados se valoran en tres niveles: sin problemas, algunos problemas o problemas moderados/graves.

La segunda parte es una escala analógica visual EVA de veinte centímetros y numerada, donde la persona puntúa el estado de salud global percibida.

Los resultados obtenidos sugieren que la CVRS es mejor en ancianos no institucionalizados que en institucionalizados. Pues estos últimos, manifiestan dificultades en más dimensiones. Esto es más notable en movilidad, cuidado personal y ansiedad/depresión. Aunque el promedio de salud percibida obtiene resultados similares, es más alto en los ancianos no institucionalizados.

Esto nos hace pensar que la CVRS está vinculada a la participación de la realización de las Actividades básicas de la vida diaria de forma autónoma.

Palabras clave: ancianos, calidad de vida relacionado con salud, EuroQol-5D, institucionalizados, no institucionalizados.

Abstract

The idea of quality of life related to health (QLRH) is becoming increasingly important in older adults, since longevity has increased greatly in recent years and everything indicates that it will continue to rise. The purpose of this research is to study whether there are differences between the QLRH of institutionalized and non – institutionalized elders (24 in total, 12 of each category).

The development of the study has been in the city of Puigcerda (Catalonia). The institutionalized elderly people selected by the occupational therapist of the only residential centre in the municipality and the non – institutionalized randomly selected.

As a measuring instrument EuroQol-5D has been applied, which consists of two parts; the first part assesses 5 dimensions: mobility, personal care, daily activities, pain/discomfort and anxiety/depression. People should answer according to their health status of that day. These states are valued at three levels: No problem, some problems and moderate/serious problems. The second part is a visual analogue scale EVA of twenty centimetres and numbered, where the person allocates scores according to his perceived global health status.

The results obtained from these studies showed that the OLRH in non institutionalized elderly people are better than in institutionalized elderly people. Well, the latter manifested more difficulties in mobility, personal care and anxiety/depression. Although the average perceived health obtains similar results, it is higher in the non – institutionalized elderly people.

This makes us think that OLRH is linked the realization of basic daily life activities independently.

Keywords: Quality of life related to health, Elderly, EuroQol-5D, Institutionalized, Non institutionalized

1. Introducción:

Los cambios demográficos del último siglo han provocado un aumento de la longevidad, y por tanto, se ha incrementado la población de adultos mayores. En España, según el estudio de proyección de la población 2018 del Instituto Nacional de Estadística (INE)¹, la ciudadanía mayor de 65 años representa un 19,2% de la población total, y calcula que en 2033 pasará a significar el 25,2%.

Con todo, este incremento ha provocado un gran interés por el estudio y la investigación relativos a este segmento de la población, a la mejora de su bienestar y su calidad de vida. Sin embargo, la interpretación de estos conceptos es, todavía, ambigua.

1.1. Bienestar

Existe, por lo menos, una doble concepción de lo que podemos entender como bienestar: la visión hedonista y la eudaimonista. Estas están desarrolladas en las teorías de Ryan y Deci,² cuyas bases y características presentamos a continuación.

La perspectiva hedonista tiene sus orígenes en el pensamiento del filósofo griego Aristipo, que planteó que el objetivo de la vida es experimentar la máxima cantidad de placer. Así pues, la felicidad se convierte en la totalidad de los momentos hedónicos que se viven a lo largo de la vida.

En cambio, la perspectiva eudaimónica tiene sus orígenes en Aristóteles, y considera que la felicidad se encuentra en vivir de acuerdo con el verdadero ser, es decir, que el bienestar sería la consecuencia del esfuerzo para alcanzar la perfección, a través de la realización de verdaderos potenciales.

En la literatura encontramos otra manera de nombrar estas dos visiones: bienestar subjetivo (hedonista) y bienestar psicológico (eudaimónico). Esta definición nos ayuda a simplificar la diferencia de matices entre estas dos concepciones, ya que las plantea como inseparables: una va sujeta a la otra.

Centrándonos en las definiciones halladas en la literatura revisada, podemos decir que el bienestar hedónico está vinculado directamente con la felicidad del individuo, con el grado con que una persona juzga de modo general su vida. O sea, si el individuo valora de manera positiva su trayectoria de vida, y cuánto.

Respecto al bienestar eudaimónico, está vinculado al hecho de tener un propósito de vida con el cual esta adquiera significado para uno mismo, con desafíos y con cierto esfuerzo por superarlos y conseguir metas valiosas.³⁻⁴

1.2. Calidad de vida

La calidad de vida es un concepto multidimensional que ha ido evolucionando a lo largo de la historia, y que aún hoy en día tiene muchas ópticas. Esto hace que sea difícil encontrar una definición única.

La literatura revisada nos aporta distintas definiciones que se recogen a continuación.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1994 la definía como “la percepción de un individuo de su situación de vida, puesto en su contexto, su cultura y sistema de valores, en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones”.

Existe otra definición más completa del concepto, desarrollada por Fernández Ballesteros⁵. Esta plantea dos clasificaciones: una en la que se separan los factores socioambientales y los factores personales, y otra que distingue entre elementos objetivos y subjetivos. Cada uno de estos factores engloba distintas dimensiones vitales:

- Factores socioambientales: factores culturales, apoyo social, condiciones económicas, servicios sociales, calidad ambiental.
- Factores personales: salud, actividades de ocio, satisfacción vital, interacción social, habilidades funcionales.
- Elementos objetivos: entorno físico, disponibilidad de los servicios sociales y sanitarios, salud objetiva, redes sociales, factores culturales.

- Elementos subjetivos: salud, satisfacción social, necesidades culturales, evaluación del contexto, habilidades funcionales.

Teniendo en cuenta todos estos factores, el concepto de calidad de vida valora distintas dimensiones del individuo, y por tanto se erige como una aproximación completa y compleja.

1.3. Calidad de vida relacionada con salud

En los adultos mayores, la idea de calidad de vida relacionada con salud (CVRS) cobra cada día más relevancia. Ya que la longevidad de estos está aumentando, el objetivo principal no va enfocado a alargar la vida, sino a mejorar su calidad⁶.

La CVRS se ha definido como el valor asignado a la duración de la vida modificado por la deficiencia, el estado funcional, la percepción de salud y la oportunidad social, debido a una enfermedad, accidente, tratamiento o política determinada. Este valor es individual y depende de la percepción subjetiva de cada individuo y de su entorno político, social y económico.⁷

Otra definición encontrada la define así: “la percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo”⁸.

Es por esta complejidad, que en la presente investigación estudiaremos la CVRS en ancianos.

Revisando la literatura se ha encontrado un estudio donde se compara la influencia de problemas crónicos de salud en ancianos institucionalizados y no institucionalizados, y lo relaciona con la CVRS⁹. Donde el instrumento utilizado es el Euroqol-5D. La muestra es de 1.106 personas que residen en España. Pero no se ha encontrado ningún estudio que evalúe la CVRS en una muestra tan reducida como el presente estudio y utilizando el mismo método.

2. Objetivo e hipótesis:

2.1. Objetivo:

El objetivo general de la investigación es saber si existen diferencias significativas en la CVRS entre ancianos institucionalizados y no institucionalizados. También, cómo afecta en los dos grupos cada dimensión evaluada (movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión) a la percepción global de su estado de salud.

2.2. Hipótesis:

Teniendo en cuenta la literatura consultada sobre CVRS, la principal hipótesis de estudio es la siguiente:

- La CVRS es mejor en los ancianos no institucionalizados que en los institucionalizados.

3. Material y métodos:

3.1. Procedimiento:

La estructura del presente trabajo es de estudio descriptivo-comparativo.

La investigación se ha llevado a cabo en la población de Puigcerdà, municipio de 8.981 habitantes (Idescat 2018), situado en la comarca de la Cerdaña, en la comunidad autónoma de Cataluña.

Puesto que la finalidad de este estudio es la comparación de la CVRS entre ancianos institucionalizados y ancianos no institucionalizados, a partir de ahora hablaremos de dos grupos: grupo 1 representará a los ancianos institucionalizados y grupo 2 a los no institucionalizados.

Por un lado, la información se ha obtenido del único centro residencial que existen el municipio, la Residencia Sociosanitaria de Puigcerdà, que depende de la Fundación Sant Hospital de Puigcerdà. Entre sus servicios se cuentan una unidad de convalecencia de 15 plazas, un centro de día de 10 plazas, un

hospital de día de 13 plazas, la residencia asistida pública de 47 plazas y la residencia asistida privada de 41.

La muestra para el grupo 1 se ha obtenido de aquellas personas que actualmente están en la residencia, ya sea de carácter público o privado. Han sido persona seleccionadas por la Terapeuta Ocupacional del centro. No padecen deterioro cognitivo grave o moderado, se encuentran en la residencia desde hace un mínimo 6 meses y son mayores de 60 años.

Una vez la Terapeuta Ocupacional del centro hubo seleccionado los participantes, se les explicó el motivo de la visita y firmaron un consentimiento informado conforme querían participar en el estudio 2 de las 14 personas seleccionadas por la Terapeuta Ocupacional no quisieron participar.

La muestra obtenida en la residencia consta de 9 mujeres y 3 hombres, con una media de edad de $\pm 85,6$ años.

Después de obtener la muestra de las personas que viven en la residencia, se procedió a buscar personas que vivieran en sus domicilios, teniendo en cuenta la edad y el sexo de las personas entrevistadas previamente en la residencia, para conseguir dos grupos lo más homogéneos posible.

Por otro lado, para la muestra de ancianos no institucionalizados se contactaron al azar personas residentes en sus domicilios, bien de forma autónoma, bien receptoras de ayudas puntuales (como puede ser servicio de limpieza o supervisión para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y que residieran en el mismo municipio de Puigcerdà. Siguiendo el mismo procedimiento, se les propuso si querían participar en el estudio. Se les explicó en qué consiste la investigación y qué uso se haría de sus datos. Finalmente, se les invitó a firmar una hoja de consentimiento informado.

La muestra de personas que viven en su domicilio también está compuesta por 9 mujeres y 3 hombres y la media de la edad es de $\pm 85,8$ años.

Así pues, la muestra total está compuesta por 24 personas, 16 mujeres y 6 hombres, y la media de edad es de 85 años. Todas ellas han sido capaces de responder de forma autónoma la prueba administrada.

3.2. Instrumento de evaluación:

Para recoger resultados sobre CVRS se ha utilizado el cuestionario EQ-5D. Se trata de un instrumento desarrollado por el grupo EuroQol, una red de investigadores multidisciplinares internacionales dedicados a medir el estado de salud. El instrumento mide los estados de salud basándose en las preferencias de los encuestados y es un instrumento genérico y multidimensional de autoevaluación de la CVRS.

Este instrumento consta de dos partes. La primera de ellas contempla cinco dimensiones: movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión. En este estadio las personas deben contestar según su estado de salud de ese día concreto. Estos estados se valoran en tres niveles: sin problemas, algunos problemas o problemas moderados/graves.

La segunda parte es una escala analógica visual EVA de veinte centímetros y numerada de 1 a 100, donde la persona debe marcar el punto en la línea vertical que mejor refleje la valoración de su estado de salud global en el día de hoy, siendo 0 el peor estado y 100 el mejor¹⁰. La escala ha sido utilizada en la encuesta de salud España de 2011-2012. Un estudio realizado en Catalunya, con una muestra al azar de más de 12.000 personas, ha demostrado que la versión española EQ-5D-3L es fiable y válida para su uso en la evaluación del estado de salud de las personas¹¹. Los datos que se han utilizado en el estudio son los porcentajes que se han obtenido en las cinco dimensiones y en la escala EVA y la comparación de estos entre los dos grupos estudiados.

3.3. Descripción de la muestra:

La muestra está formada por dos grupos, cada uno de los cuales se compone de 12 personas. Por lo tanto, el total de la muestra es de 24 personas.

- Grupo 1: ancianos institucionalizados.

Este grupo está compuesto por 10 mujeres y 2 hombres. La media de edad es de 85 años. La persona más joven tiene 65 años y la más longeva 93 años.

Todos ellos viven en la residencia como mínimo desde hace 6 meses. No sufren deterioro cognitivo moderado o grave.

- Grupo 2: ancianos no institucionalizados.

Este grupo también está compuesto por 10 mujeres y 2 hombres. La media de edad es de 85 años. La persona más joven tiene 78 años y la más longeva 96 años.

Todos ellos viven en su domicilio de forma autónoma o solo precisan de ayuda para realizar algunas ABVD. Pueden desplazarse de forma autónoma.

3.4. Análisis de datos:

El análisis de datos se ha realizado en función del porcentaje de los resultados obtenido en cada una de las dimensiones recogidas en el test y comparando los resultados entre los dos grupos.

4. Resultados:

Se han recogido, primero, los datos obtenidos en los dos grupos, análisis (*Figura 1. Resultados dimensiones test EQ-5D*) (*Tabla 1. Resultados dimensiones test EQ-5D*).

Luego se han comparado los resultados de los dos grupos. Cada dimensión se ha analizado de manera independiente.

En la descripción de los resultados, se distingue entre problemas o no problemas. Las respuestas obtenidas en las dimensiones del EQ-5D según el instrumento original (sin problemas, algún problema o problemas moderados, y problemas graves o severos) se reagruparon en dos categorías (no presenta ningún problema, presenta algún problema), para evitar una excesiva dispersión de casos en la categoría de problemas severos. (*Tabla 2: Comparación resultados EQ-5D*) y (*Tabla 2: Comparación resultados EQ-5D*).

La primera dimensión analizada ha sido movilidad, los resultados de la cual muestran que el grupo 1 presenta más problemas. Un 64,64% manifiestan tener alguna dificultad, frente un 33,34% del grupo 2.

La segunda dimensión ha sido cuidado personal, donde el 66,67 % del grupo 1 presenta tener algún problema frente al 25% del grupo 2. En el grupo 1, solo un 33,34% de ancianos ha manifestado no tener ninguna dificultad para el cuidado personal, mientras que en el grupo 2 un 50% ha manifestado no tener ningún problema.

Respecto a la tercera dimensión, actividades de todos los días, un 66,64% del grupo 1 manifiesta alguna dificultad frente al 50% del grupo 2.

La cuarta dimensión es dolor/ malestar, donde un 66,64% del grupo 1 presenta algún problema. En el grupo 2, el resultado es del 58,34%.

Y en la quinta y última dimensión, ansiedad/depresión, un 75% del grupo 1 manifiesta tener algún problema, frente al 41,68% del grupo 2.

Cuando comparamos los resultados, observamos que en el grupo 2 solo una persona y en una dimensión, ansiedad/depresión, responde padecer problemas moderados o graves. El en el resto de dimensiones, solo presentan tener alguna dificultad o ninguna.

En la escala EVA, la media de todos los participantes del grupo 1 es de 53,92 puntos sobre cien, siendo la puntuación más baja un 20 y la más alta un 100.

El grupo 2, por su lado, ha valorado su estado de salud con una media de 59,58 puntos sobre cien. En este caso, la puntuación más alta era de 100 y la más baja de 40.

Así pues, el grupo 2 valora su estado de salud con 5,66 puntos sobre 100, por encima del grupo 1.

Ver resultados en: *(Figura 3. Resultados escala analógica visual EVA).*

5. Discusión y conclusiones:

Cabe recordar que el objetivo general que se planteaba en esta investigación era evaluar si existen diferencias significativas en la CVRS entre ancianos institucionalizados y no institucionalizados.

Los resultados obtenidos muestran que de forma generalizada los ancianos institucionalizados presentan más dificultades en todas las dimensiones. Siendo esta, más notoria en las dimensiones de movilidad, cuidado personal y, ansiedad y depresión. Y menos notoria en las dimensiones de actividades del día a día y dolor/malestar. Esto nos sugiere que los ancianos que viven en espacios residenciales presentan más dificultades para realizar las ABVD, es decir, son más dependientes y presentan más ansiedad/depresión.

De la valoración del estado de salud global obtenida, podemos decir que no hay una gran diferencia entre los dos grupos. Así pues, consideramos que la media de los dos grupos es similar, siendo un poco más alta en el grupo de personas no institucionalizadas.

La limitación más grande de la investigación ha sido que la muestra es reducida. Esto dificulta tener una visión más amplia de la realidad de cada grupo estudiado y hace que los resultados no sean 100% fiables. Con una muestra más amplia los resultados serían, con toda probabilidad, más fiables. Cabe añadir, que sería interesante realizar el estudio con una muestra más amplia, para poder mejorar las intervenciones y detectar más profundamente las necesidades específicas de cada grupo.

Al ser un grupo de edad avanzada y el test es autoadministrado, hay que tener en cuenta que en los espacios residenciales nos encontramos con personas con gran dependencia, las capacidades de los cuales están deterioradas e interfieren en la participación de un estudio de estas características. Quizás, por esta razón nos encontramos con pocos estudios que comparen dos grupos de estas características.

Esto nos hace pensar y nos sugiere que la CVRS está vinculada a la participación de la realización de las ABVD de forma autónoma. Así pues, desde la Terapia Ocupacional como disciplina que fomenta la autonomía, tenemos el deber de ayudar a la población a mantener sus capacidades físicas y cognitivas

para que así, puedan realizar y participar el máximo tiempo posible en sus ABVD. Y de este modo seguramente, su percepción de salud y su CVRS aumentará.

Como profesionales presentes en muchos espacios donde acuden personas de avanzada edad o sus familiares, debemos fomentar y llevar a cabo programas en promoción de la salud, la autonomía y el bienestar. Y de ese modo conseguir la máxima autonomía de las personas, aunque presenten dificultades en cualquier esfera de su vida ya residan en su hogar o en espacios residenciales.

En último lugar, remarcar, como indicamos en la introducción la población mayor de 65 años seguirá aumentando, y es de vital importancia realizar estudios de sus necesidades e intervenciones dirigidas a esta. Mejorar su calidad de vida y su bienestar y hacerlos partícipes de nuestra sociedad.



6. Anexos de figuras y tablas

Figura 1. Resultados dimensiones test EQ-5D

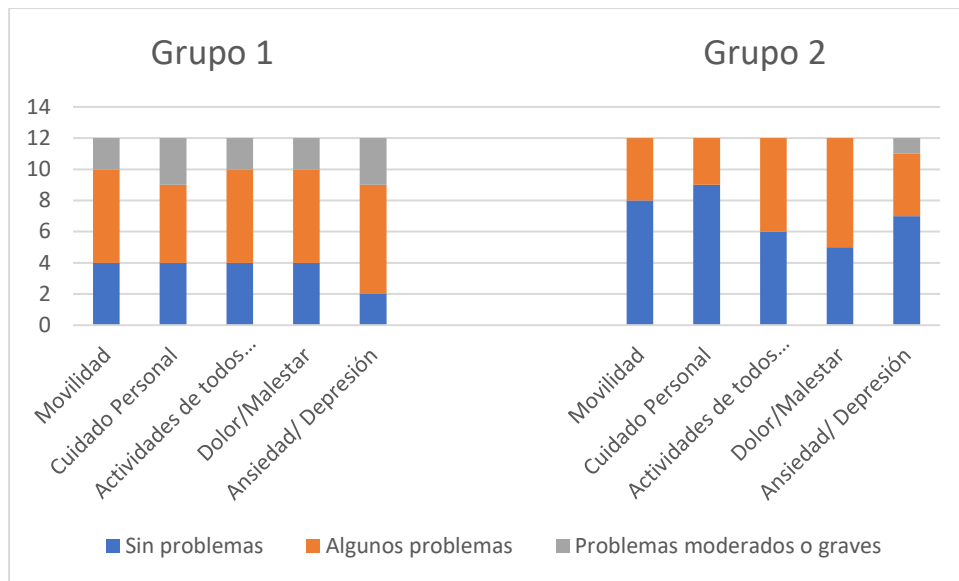


Tabla 1. Resultados dimensiones test EQ-5D-3L

	Grupo 1		Grupo 2	
	%	Nº personas	%	Nº personas
<i>Movilidad</i>				
Sin problemas	33,34%	4	66,67%	8
Algunos problemas	50%	6	33,34%	4
Problemas graves	16,64%	2	0%	0
<i>Cuidado personal</i>				
Sin problemas	33,34%	4	75%	9
Algunos problemas	41,67%	5	25%	3
Problemas graves	25%	3	0%	0
<i>Actividades de todos los días</i>				
Sin problemas	33,34%	4	50%	6
Algunos problemas	50%	6	50%	6
Problemas graves	16,64%	2	0%	0
<i>Dolor/ Malestar</i>				
Sin problemas	33,34%	4	41,67%	5
Algunos problemas	50%	6	58,34%	7
Problemas graves	16,64%	2	0%	0
<i>Ansiedad/ Depresión</i>				
No	16,64%	2	58,34%	7
Moderada	50%	6	33,34%	4
Muy ansioso/deprimido	25%	3	8,34%	1

Figura 2: Comparación resultados grupo 1 y grupo 2 EQ-5D

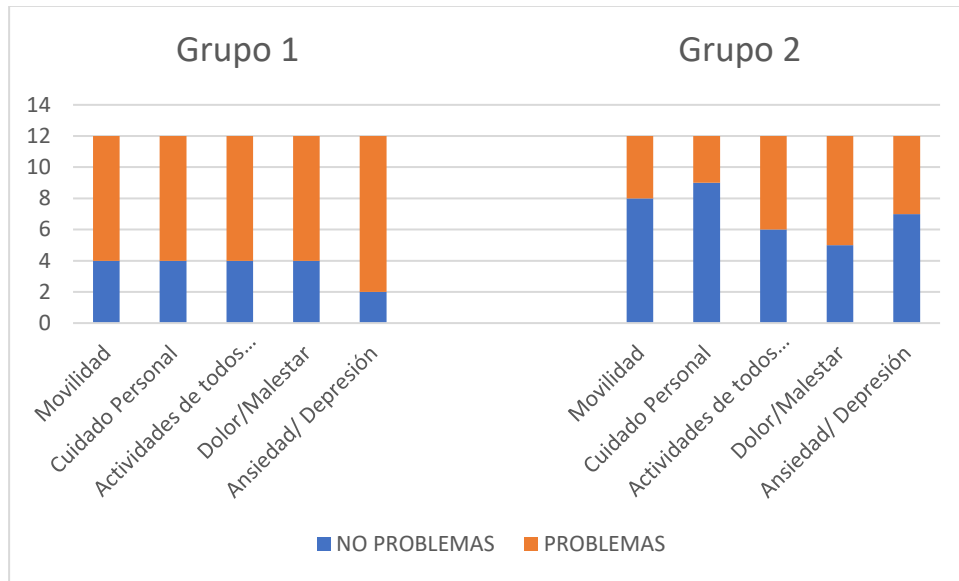
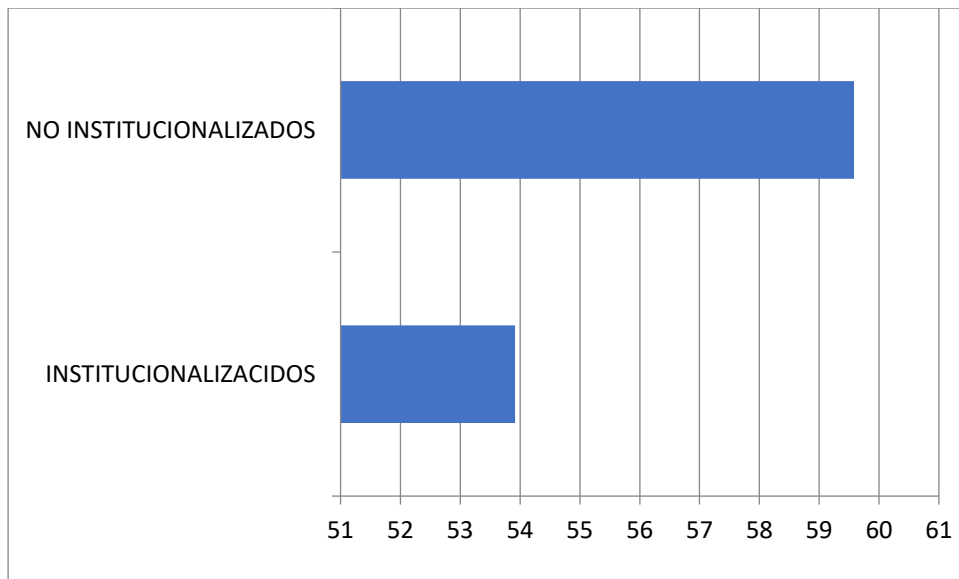


Tabla 2: Comparación resultados EQ-5D.

	Grupo 1		Grupo 2	
	%	Nº personas	%	Nº personas
<i>Movilidad</i>				
Sin problemas	33,34%	4	66,67%	8
Presentan problemas	66,64%	8	33,34%	4
<i>Cuidado personal</i>				
Sin problemas	33,34%	4	75%	9
Presentan problemas	66,67%	8	25%	3
<i>Actividades de todos los días</i>				
Sin problemas	33,34%	4	50%	6
Presentan problemas	66,64%	8	50%	6
<i>Dolor/ Malestar</i>				
Sin problemas	33,34%	4	41,67%	5
Presentan problemas	66,64%	8	58,34%	7
<i>Ansiedad/ Depresión</i>				
No	16,64%	2	58,34%	7
Moderada	75%	9	48,68%	5

Figura 3. Resultados escala analógica visual EVA



7. Anexos

Anexo 1. Test EQ-5D

EQ - 5D

Cuestionario de Salud

Versión en español para US

(Spanish version for the US)



Marque con una cruz como esta la afirmación en cada sección que describa mejor su estado de salud en el día de hoy.

Movilidad

- No tengo problemas para caminar
- Tengo algunos problemas para caminar
- Tengo que estar en la cama

Cuidado-Personal

- No tengo problemas con el cuidado personal
- Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme solo
- Soy incapaz de lavarme o vestirme solo

Actividades de Todos los Días (ej, trabajar, estudiar, hacer tareas domésticas, actividades familiares o realizadas durante el tiempo libre)

- No tengo problemas para realizar mis actividades de todos los días
- Tengo algunos problemas para realizar mis actividades de todos los días
- Soy incapaz de realizar mis actividades de todos los días

Dolor/Malestar

- No tengo dolor ni malestar
- Tengo moderado dolor o malestar
- Tengo mucho dolor o malestar

Ansiedad/Depresión

- No estoy ansioso/a ni deprimido/a
- Estoy moderadamente ansioso/a o deprimido/a
- Estoy muy ansioso/a o deprimido/a

Para ayudar a la gente a describir lo bueno o malo que es su estado de salud, hemos dibujado una escala parecida a un termómetro en el cual se marca con un 100 el mejor estado de salud que pueda imaginarse, y con un 0 el peor estado de salud que pueda imaginarse.

Por favor, dibuje una línea desde el cuadro que dice “su estado de salud hoy,” hasta el punto en la escala que, en su opinión, indique lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de hoy.

**Su estado
de salud
hoy**



Mejor estado
de salud
imaginable

100



90

80

70

60

50

40

30

20

10

0

Peor estado
de salud
imaginable

Como las respuestas son anónimas, la información personal que le pedimos a continuación nos ayudará a valorar mejor las respuestas que nos ha dado.

1. ¿Tiene usted experiencia en enfermedades graves?

(conteste a las tres situaciones)

	Sí	No
<i>en usted mismo</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>en su familia</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>en el cuidado de otros</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

POR FAVOR
PONGA UNA CRUZ
EN LA CAJITA

2. ¿Cuántos años tiene?

3. Es usted:

Varón	Mujer
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

POR FAVOR
PONGA UNA CRUZ
EN LA CAJITA

4. Es usted:

<i>fumador</i>	<input type="checkbox"/>
<i>ex-fumador</i>	<input type="checkbox"/>
<i>nunca ha fumado</i>	<input type="checkbox"/>

POR FAVOR
PONGA UNA CRUZ
EN LA CAJITA

5. ¿Trabaja o ha trabajado en servicios de salud o sociales?

Sí	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

POR FAVOR
PONGA UNA CRUZ
EN LA CAJITA

Si ha contestado sí, en calidad de qué?

6. ¿Cuál es su principal actividad actual?

<i>empleado o trabaja para si mismo</i>	<input type="checkbox"/>
<i>retirado o jubilado</i>	<input type="checkbox"/>
<i>tareas domésticas</i>	<input type="checkbox"/>
<i>estudiante</i>	<input type="checkbox"/>
<i>buscando trabajo</i>	<input type="checkbox"/>
<i>otros (por favor especifique)</i>	<input type="checkbox"/>

POR FAVOR
PONGA UNA CRUZ
EN LA CAJITA

7. ¿Nivel de estudios completados?

Leer y escribir	<input type="checkbox"/>
Elementaria, intermedia	<input type="checkbox"/>
Secundaria, vocacional	<input type="checkbox"/>
Universidad	<input type="checkbox"/>

POR FAVOR
PONGA UNA CRUZ
EN LA CAJITA

8. Si conoce su código postal, por favor escríbalo aquí:

Anexo2. Consentimiento informado.



CONSENTIMIENTO INFORMADO

1.- Identificación, descripción y objetivos de la utilización de información personal .

Dentro de la titulación del Grado en Terapia Ocupacional, el Subárea de Terapia Ocupacional de la Universidad Miguel Hernández coordina, entre otras, la asignatura de Trabajo de Fin de Grado. Ésta permite a los estudiantes acreditar la adquisición de los conocimientos y competencias asociados al título mediante el desarrollo de un trabajo final dirigido por uno o varios profesores de la Universidad Miguel Hernández.

Al finalizar el desarrollo de la asignatura el alumno deberá entregar una memoria del trabajo que además será expuesto ante un tribunal calificador.

2.- Protección de datos personales y confidencialidad.

La información sobre sus datos personales y de salud será incorporada y tratada cumpliendo con las garantías que establece la Ley de Protección de Datos de Carácter Personal y la legislación sanitaria.

Así mismo, usted tiene la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición al tratamiento de datos de carácter personal, en los términos previstos en la normativa aplicable.

Por tanto, entiendo que mi **participación** en este proyecto es **voluntaria**, y que puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento, sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en la calidad de mis cuidados sanitarios .



De este modo, otorgo mi consentimiento para que el alumno/a:

MARTA PÉREZ ARÀJOL

utilice información personal derivada de los datos correspondientes a mi persona, proceso y/o a la patología por la que estoy siendo tratado/a en este centro, únicamente con fines docentes y de investigación, manteniendo siempre mi anonimato y la confidencialidad de mis datos , con el objetivo de realizar una memoria final de Grado en Terapia Ocupacional.

La información y el presente documento se me ha facilitado con suficiente antelación para reflexionar con calma y de **tomar mi decisión de forma libre y responsable.**

He comprendido las explicaciones que, me han ofrecido y se me ha permitido realizar todas las observaciones que he creído conveniente con el fin de aclarar todas las posibles dudas planteadas.

Por ello,

D/Dña.....

manifiesto que estoy satisfecho/a con la información recibida y **CONSIENTO colaborar en la forma en la que se me ha explicado.**

En Puigcerdà, a.....de..... de 2019

Fdo.

8. Bibliografía

1. Instituto nacional de estadística: proyecciones de población 2018; (Internet). c 2019-2018. (Consultado 4 febrero 2019) Disponible en: <http://www.ine.es>
2. Meléndez JC, Tomás JM, Navarro E. Envejecimiento y bienestar avances en investigación. Persona 12 . 2009; enero-diciembre: 83-103
3. Tomás JM, Galiana L, Gutiérrez M, Sancho P, Oliver A. Predicción del bienestar hedónico y eudaimónico en envejecimiento con éxito. Ejihpe. 2016; 6(3): 167-176
4. Vivaldi F, Barra E. Bienestar psicológico, apoyo social percibido y percepción de salud en adultos mayores. Terapia psicológica. 2012; 30 (2) 23-29
5. Fernández Ballesteros R, Kruse A, Zamarrón MD, Capra MG. Calidad de vida, satisfacción con la vida y envejecimiento positivo. Coordinado: Fernández Ballesteros. Psicogerontología: perspectivas europeas para un mundo que envejece. 1ª edición. Madrid: Pirámide;2009. 261-292
6. Fernández E, Sánchez C. Estudio de la capacidad funcional y calidad de vida relacionada con la salud en el adulto mayor institucionalizado. TOG (Internet). 2014 (febrero 2019);11(20)1-14. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num20/pdfs/original2.pdf>
7. Morera M, Cascante M, Elizondo L. Medición de la calidad de vida de un grupo de personas de la tercera edad del Hospital de Guápiles: una aplicación del instrumento Euroqol-5D. Scielo (Internet). 2005 (febrero 2019); 13 (1) Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-12592005000100004&script=sci_arttext
8. Melguizo Herrera E, Acosta López A, Castellano Pérez B. Factores asociados a la calidad de vida de adultos mayores. Salud uninorte. 2012; 28 (2): 251-263
9. Delgado Sanz MC, Prieto Flores ME, Forjaz J, Ayala A, Rojo Pérez F, Fernández Mayoralas G. Influencia de los problemas crónicos en las dimensiones del cuestionario EQ-5D: Estudio en personas mayores institucionalizadas y no institucionalizadas. Rev Esp Salud Pública. 2011;85(6):555-586

10. Herdmana M, Badiab X, Berraa S. El EuroQol-5D: una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria. *Aten Primaria*. 2001; 28 (6): 425-429
11. González L, de Rosende I. Ocupaciones de ocio, calidad de vida y envejecimiento activo: un análisis desde las percepciones de ciudadanos mayores autónomos. *TOG (Internet)*. 2017 (febrero 2019); 15(27):10-8. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num27/pdfs/original1.pdf>

