



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CÁTEDRA SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO**



ESTUDIO SOCIODEMOGRÁFICO Y EPIDEMIOLOGICO DE LOS ADULTOS MAYORES : TRABAJO FINAL DE INVESTIGACIÓN

AUTORES:

Br. Albano Latorre, Verónica
Br. Alberti González, Fiorella
Br. Martínez Olivera, Verónica
Br. Rodríguez Cabrera, Lucia
Br. Salvador Rodríguez, Karen

TUTOR:

Lic. Enf. Aquino, Virginia

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

Montevideo, 2011



Universidad de la República
Facultad de Enfermería
Cátedra de Adulto y Anciano.
Trabajo Final de Investigación.



INDICE

Resumen de la Investigación	5
Introducción	6
Metodología de la Investigación	8
Resultados	11
Discusión	33
Referencias bibliografías	36
Anexos.	38



I. RESUMEN

Se realizó un estudio basado en un diseño descriptivo, cuantitativo y cualitativo de corte transversal, en donde se pretendió conocer a los adultos mayores que residan en los complejos del Banco de Previsión Social asignados en Montevideo; en el período de tiempo comprendido entre febrero y diciembre 2011.

Mediante esta investigación se dará a conocer las características sociodemográficas y epidemiológicas de los adultos mayores en estudio, con el propósito de identificar debilidades y fortalezas, contribuyendo a futuras líneas de investigación en las que se pueda actuar para mejorar la calidad de vida y de atención, disminuyendo así las repercusiones biopsicosociales en dicha población.

Para la recolección de datos se diseñó una encuesta semi-abierta, que permite analizar las siguientes variables: sexo; edad; estado Civil; nivel de Instrucción; ocupación; presenta hijos; soporte social; cobertura médica; emergencia móvil; inmunizaciones; antecedentes familiares; antecedentes personales; medicación; presencia de patologías; estilo de vida: Hábitos alimenticios; ejercicio físico; control médico; presenta carnet del Adulto Mayor; exámenes médico y ginecológicos; deterioro cognitivo; capacidad Física.

Para el procesamiento de datos se utilizó el programa Microsoft Office Word 2007. La tabulación y representación de las variables se realizó mediante un sistema informático, utilizando el programa Microsoft Office Excel 2007.

Palabras Claves: Enfermería, Epidemiología, Demográfico, Social.



II. INTRODUCCIÓN

El Uruguay presenta un gran índice de población envejecida (453.709 adultos mayores), encontrándose en Montevideo el 90%.¹

La transición hacia la vejez marca, desde el punto de vista epidemiológico, la prevalencia de una serie de enfermedades que demandan atención y acceso. El deterioro físico que suele acompañar esta etapa de la vida condiciona fuertemente el bienestar de los adultos mayores, reestructura los activos y las oportunidades que tenían y genera nuevas configuraciones de riesgo.

Las coyunturas críticas y riesgos asociados al ciclo de vida del adulto mayor en relación a la salud son de diversa índole.

Aumenta la presencia de enfermedades crónicas o situaciones de imposibilidad física o mental que no permiten una adecuado relacionamiento con el mundo exterior.

Esto se acompaña, muchas veces, con la imposibilidad de valerse por sí mismos.

Con este panorama la falta de una presencia familiar positiva o una nula inserción en la comunidad dificultan la capitalización de activos para aprovechar las estructuras de oportunidades y acceder a un adecuado bienestar.

Es por esto que los profesionales de la salud nos enfrentamos al desafío de tratar con un índice elevado de factores de riesgo que sufre éste grupo, por lo que decidimos llevar a cabo esta investigación por medio de un estudio descriptivo cuantitativo de corte transversal, la cual pretende estudiar el perfil sociodemográfico y epidemiológico de los adultos mayores que residen en los complejos del Banco de Previsión Social, para así obtener datos que nos lleven a visualizar más de cerca su proceso vital de envejecimiento. Además se procura con esta investigación aportar nuevas orientaciones y sugerencias para trabajar en conjunto con la población objetivo y con la colaboración del equipo de salud para así disminuir las consecuencias de esta problemática.

Los resultados principales de la investigación a destacar son:

–Predomina el sexo femenino (77 %) y masculino un 23 % del total. El rango etáreo predominante es de 76 a 85 años de los cuales 36 son de sexo femenino y 8 masculino.

¹ Datos extraído de www.ine.gub.uy – "Uruguay en Cifras 2010" Población.



-En cuanto a la distribución de la población según la ocupación, se puede decir que el 66 % son jubilados y el 34% son pensionistas.

-En lo que respecta al soporte social el 67 % de los adultos mayores estudiados viven solos y el 33 % vive en compañía ya sea por nietos, cónyuge, esposa/a y amigos

-A lo que refiere al carnet de salud del adulto mayor proporcionado por el programa del adulto mayor se puede decir que el 74 % no lo poseen mientras que 26% si.

Los antecedentes personales las patologías que predominan notoriamente son Hipertensión Arterial con un 41% y la diabetes con un 15%.

-Relacionando las patologías con el control medico, se puede concluir que el 55% de los hipertensos se controlan y toman la medicación correspondiente, mientras que los que poseen diabetes melitus (20%), el 14% se controla pero solo un 13% toma la medicación, el 1% restante no tiene tratamiento farmacológico, si dietético. Los que presentan hipercolesterolemia (23%), el 19% se controla y el 15% de estos toman la medicación adecuada, el 4% restante, solo siguen un tratamiento dietético.

-En relación a control medico, el 47%, concurre al medico general, el 39% concurre al cardiólogo y el 14% concurre al geriatra.

-Del total de los adultos mayores estudiados, se los clasifica según La escala de Pfeiffer, de la siguiente manera: sin deterioro cognitivo un 93%, deterioro cognitivo leve un 6%, deterioro cognitivo severo un 1%. Según la escala de Lawton y Brody, de la siguiente manera: muy activo con un 65%, activo con un 23%, poco activo un 11% y un 1% inactivo.



III. METODOLOGÍA

La investigación realizada es un estudio descriptivo cuantitativo y cualitativo que pretende conocer las características sociodemográficas y epidemiológicas de la población adulto mayor que reside en los cuatro complejos del Banco de Previsión Social asignados en Montevideo; en cuanto al diseño de estudio es descriptivo no experimental, de corte transversal donde se analizaron variables independientes para ver su efecto sobre otras variables observando fenómenos tales como suceden en su contexto natural. Si bien en esta investigación se han utilizado variables tanto cuantitativas como cualitativas, el enfoque final de ésta es cuantitativo ya que se realiza una representación en tablas y gráficas de los datos obtenidos.

El universo de estudio, es la totalidad de adultos mayores de 65 años que residan en los complejos del Banco de Previsión Social de la ciudad de Montevideo, la población es la totalidad de los adultos mayores de 65 años que residan en los cuatro complejos del BPS asignados en la ciudad de Montevideo, es decir, 156 adultos mayores.

Para la investigación se utiliza una muestra no probabilística intencional, la muestra a estudiar son los adultos mayores de 65 años que respondieron en el momento de la entrevista. Se utilizó como criterios de inclusión a todos los adultos mayores de 65 años que residan en los cuatro complejos del BPS asignado, que se encuentren allí y accedan al momento de la entrevista; y como criterios de exclusión se tomó aquellos menores de 65 años que habiten en los mismos y a los adultos mayores de 65 años que no se encuentren en el momento de la entrevista o no quieran acceder a ella.

En los cuatro complejos que se realiza la investigación; hay una totalidad de ciento ochenta (180) apartamentos de los cuales al momento de la recolección de datos; veinticuatro (24) se encontraban desocupados, treinta y ocho (38) no se encontraban en la vivienda por motivos personales (trabajo, viaje y consulta con el médico), trece (13) adultos son menores de 65 años, veintiuno (21) se negaron a ser partícipes de dicha investigación.

Por lo cual el tamaño de la muestra fue de ochenta y cuatro (84) adultos mayores. (n= 84).

Se tomó como unidad de observación al entorno en el cual convive el adulto mayor estudiado y como unidad de análisis al adulto mayor propiamente dicho.



Para llevar a cabo el procesamiento y análisis de los datos obtenidos, se realizó una simplificación de la información de manera abordable y fácilmente manipulable mediante disposición y transformación de datos. Se refiere a disposición a lograr un conjunto ordenado de información que permite reducir las cuestiones de investigación, y la transformación de datos se realizó mediante gráficos que permiten presentar los datos cuantificados y observar relación en forma profunda.

Previo a la recolección de los datos se solicitó autorización a uno de los integrantes de la Comisión de vecinos de cada complejo, con el fin de informarles los objetivos de la investigación y la aclaración de que la entrevista es de forma anónima, para que posteriormente les informe a los residentes de los complejos involucrados, teniendo en cuenta el consentimiento de cada uno de ellos al momento de realizar la entrevista.

En uno de los complejos que no contaba con comisión de vecino, se les comunicó a los habitantes, directamente el día de la realización de la entrevista.

Para la recolección de datos se utilizó un método participativo junto con la observación, para así describir el hecho en estudio. El método de recolección de datos fue la encuesta, la que incluyó una entrevista estructurada, con preguntas semi-abierta; la misma fue adaptada de un instrumento otorgado por la Cátedra de Adulto y Anciano de la Facultad de enfermería.

Para la recolección de datos nos organizamos en 2 subgrupos uno de 2 integrantes y otro de 3, dividiendo para cada subgrupo la totalidad de las viviendas. Luego destinamos un día para cada complejo, utilizando cuatro días en total para recabar los datos, ya que se nos fueron asignados cuatro complejos.

Para garantizar que la investigación no tuvo limitaciones, se utilizó instrumentos de medición múltiples, pero existen dos requisitos esenciales por su relevancia: confiabilidad y validez. La validez es el grado máximo en que los datos miden lo que se pretendía medir; significa que los resultados de una medición corresponden al estado real del fenómeno que se está midiendo. Existen dos tipos de validez, interna y externa. La validez interna es el grado en que los resultados del estudio son correctos para la muestra de individuos que está siendo estudiada, esta se verá determinada por la aplicación correcta del diseño, proceso de recolección de datos y de análisis. La validez externa es el grado en que los resultados de la observación continúan siendo ciertos en otros contextos.



Por otro lado la confiabilidad se refiere a la consistencia de la información recolectada. Los datos de una investigación son confiables cuando son iguales al ser medidos por diferentes personas.²

Todas las observaciones están sujetas a variaciones, ya sea por los instrumentos y/o observadores.

Para el procesamiento de los datos obtenidos se utilizó Microsoft Office Word 2007, luego los datos fueron codificados mediante representaciones estadísticas (tablas y gráficas) y posteriormente se introdujeron en un sistema informático, utilizando el programa Microsoft Office Excel 2007. A continuación se llevó a cabo el análisis estadístico de las variables cuantitativas y descripción de las variables cualitativas.

² Eña B. Pineda- Eva Luz de Alvarado, "Metodología de la Investigación", Pág. 70

IV. RESULTADOS

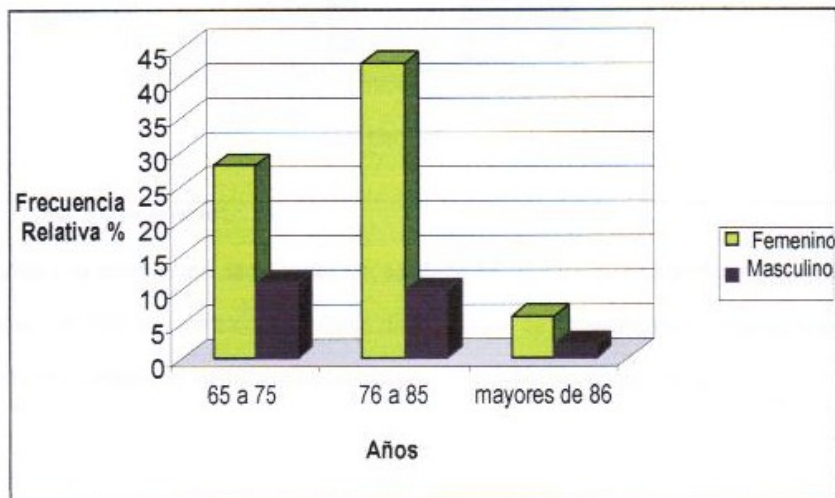
n = 84 adultos mayores.

-Relación edad y sexo de la población estudiada en los Complejos Habitacionales del Banco de Previsión Social. Montevideo. Diciembre 2011-

Tabla N° 1. Distribución de la población según la relación edad /sexo.

Edad (edad)	Sexo			
	Femenino		Masculino	
	FA (Frecuencia Absoluta)	FR% (Frecuencia Relativa %)	FA (Frecuencia Absoluta)	FR% (Frecuencia Relativa %)
65 a 75	24	28	9	11
76 a 85	36	43	8	10
mayores de 86	5	6	2	2
Total	65	77	19	23

Grafico N° 1.



Fuente: entrevistas estructuradas.

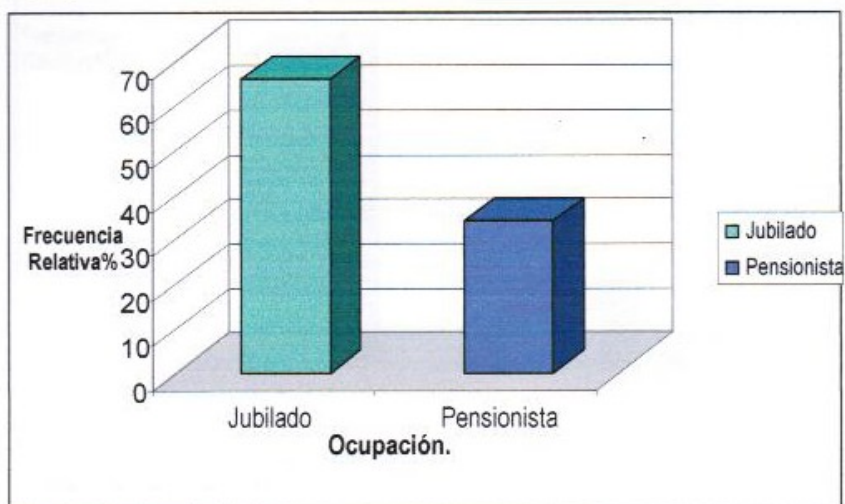
Cabe destacar que de los 84 adultos mayores incluidos en el estudio, predomina el sexo femenino (77 %) y masculino un 23 % del total. El rango etáreo predominante es de 76 a 85 años de los cuales 36 son de sexo femenino y 8 masculino.

-Ocupación de la población estudiada en los Complejos Habitacionales del Banco de Previsión Social. Montevideo. Diciembre 2011-

Tabla N° 2. Distribución de la población según la ocupación.

Ocupación	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa %
Jubilado	61	66
Pensionista	31	34
Total.	92	100

Gráfico N° 2.



Fuente: entrevistas estructuradas.

En cuanto a la distribución de la población según la ocupación, se puede decir que el 66 % son jubilados y el 34% son pensionistas. Cabe destacar que de 84 adultos incluidos en el estudio, 8 de éstos son jubilados y pensionistas es por eso que el n varía en este caso.



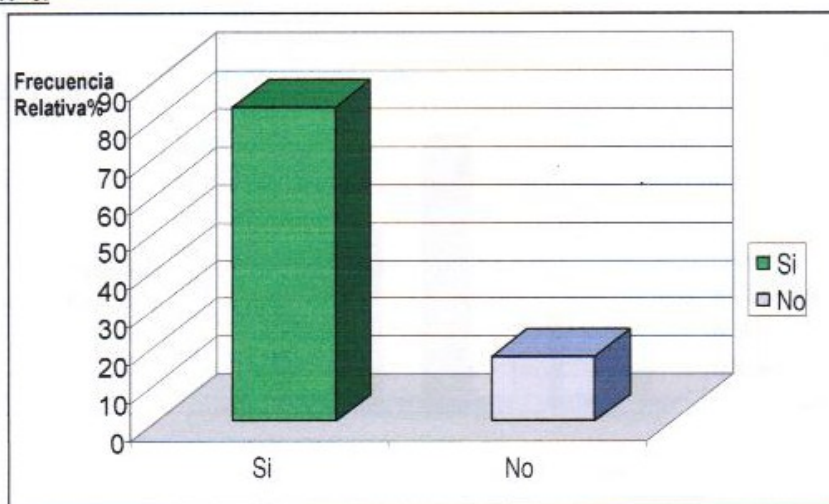
-Presencia de Hijos de la población estudiada en los Complejos Habitacionales

del Banco de Previsión Social. Montevideo. Diciembre 2011-

Tabla N° 3: Distribución de la población según la presencia de si tiene o no hijos

Presencia de Hijos	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa %
Si	70	83
No	14	17
Total	84	100

Tabla N° 3:



Fuente: entrevistas estructuradas.

En lo que refiere a la presencia de hijos se consta que la mayoría (83%) tiene hijos.

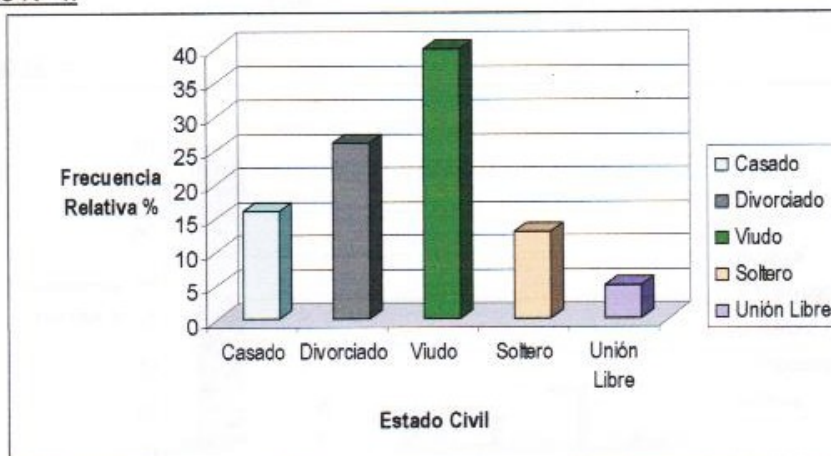
-Estado Civil de la población estudiada en los Complejos Habitacionales del

Banco de Previsión Social. Montevideo. Diciembre 2011-

Tabla N° 4: Distribución de la población según estado civil.

Estado Civil	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa %
Casado	13	16
Divorciado	22	26
Viudo	34	40
Soltero	11	13
Unión Libre	4	5
Total	84	100

Grafico N° 4:



Fuente: entrevista estructurada

En cuanto al estado civil de los adultos mayores estudiados, se destaca que el 40% son viudos, 26 % divorciados, 16 % casados, 13 % solteros y 4% unión libre.



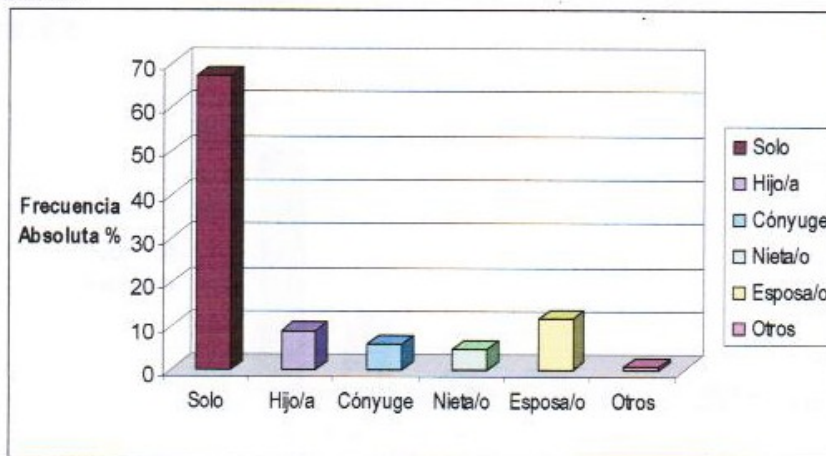
-Soporte Social (con quien vive) de la población estudiada en los Complejos

Habitacionales del Banco de Previsión Social. Montevideo. Diciembre 2011-

Tabla N° 5: Distribución de la población según soporte social

Soporte Social.	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa %
Solo	56	67
Hijo/a	8	9
Cónyuge	5	6
Nieta/o	4	5
Esposa/o	10	12
Otros	1	1
Total	84	100

Grafico N° 5:



Fuente: entrevistas estructuradas.

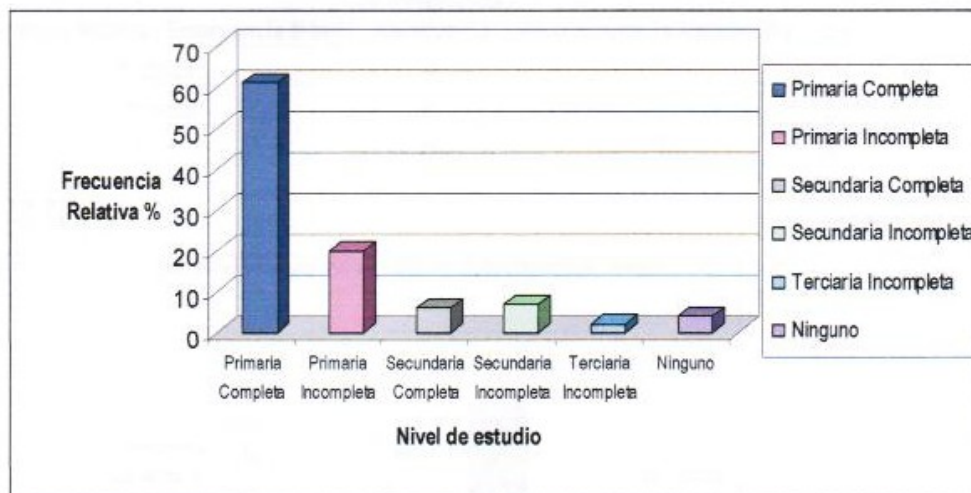
En lo que respecta al soporte social se puede mencionar que el 67 % de los adultos mayores estudiados viven solos y el 33 % vive en compañía ya sea por nietos, cónyuge, esposa/a y amigos.

-Nivel de Instrucción de la población estudiada en los Complejos Habitacionales del Banco de Previsión Social. Montevideo. Diciembre 2011-

Tabla N° 6: Distribución de la población según nivel de instrucción

Nivel de Instrucción	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa %
Primaria Completa	51	61
Primaria Incompleta	17	20
Secundaria Completa	5	6
Secundaria Incompleta	6	7
Terciaria Incompleta	2	2
Ninguno	3	4
Total	84	100

Grafica N° 6:



Fuente: entrevistas estructuradas.

Según el nivel de instrucción de los adultos mayores, se puede decir que el 61% poseen primaria completa, e incompleta el 20%. Educación secundaria completa el 6% e incompleta el 7%; educación terciaria incompleta el 2%.

Cabe destacar que el 4% de los adultos mayores estudiados no presentan ningún tipo de educación formal.

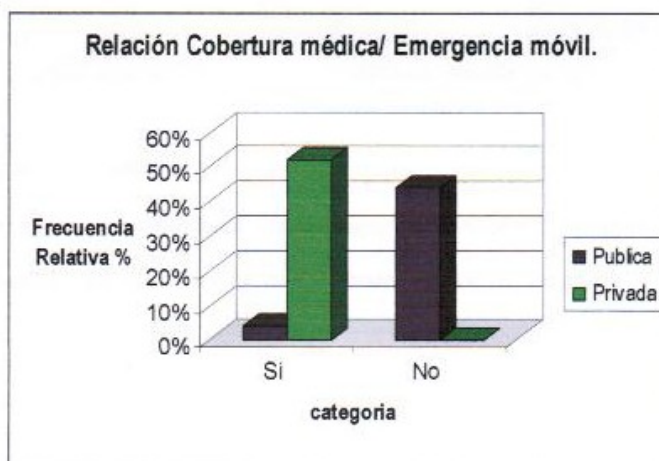
-Cobertura Médica y emergencia Móvil de la población estudiada en los Complejos Habitacionales del Banco de Previsión Social. Montevideo. Diciembre 2011-

Tabla N° 7: Distribución de la población según la relación de la cobertura médica y emergencia móvil

Cobertura Médica / Emergencia Móvil	Si (Frecuencia Absoluta)	No (Frecuencia Absoluta)	Total
Publica	3	37	40
Privada	44	0	44
Total	47	37	84

Cobertura Médica / Emergencia Móvil	Si (Frecuencia Relativa %)	No (Frecuencia Relativa %)	Total
Publica	4	44	48
Privada	52	0	52
Total	56	44	100

Grafico N° 7:



Fuente: entrevistas estructuradas.

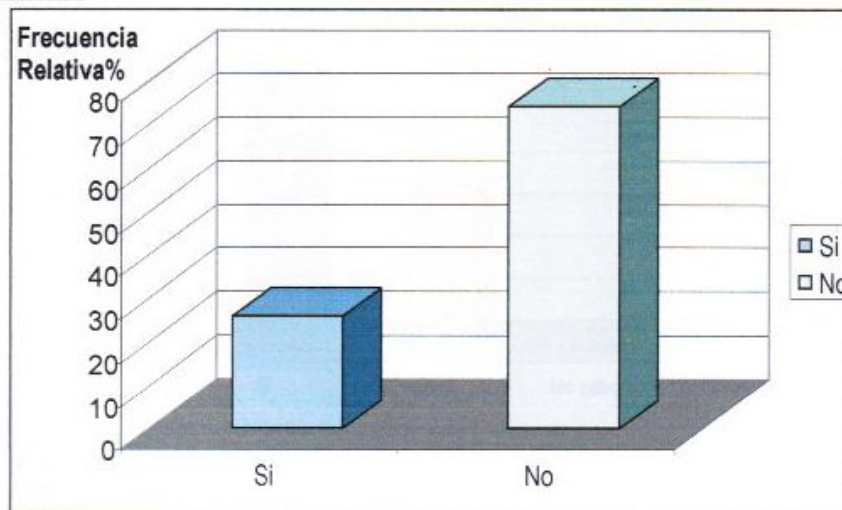
Relacionando la cobertura médica y la emergencia móvil que poseen los adultos mayores se puede afirmar que el todos los afiliados a las mutualistas privadas (52%) presentan emergencia móvil; mientras que el 4% tiene cobertura médica pública y emergencia móvil; el 44% poseen cobertura médica pública y no presentan emergencia móvil.

-Presencia de Carnet de Salud del Adulto Mayor de la población estudiada en los Complejos Habitacionales del Banco de Previsión Social. Montevideo. Diciembre 2011-

Tabla N° 8: Distribución de la población según presencia del carnet del adulto mayor

Presencia del Carnet del Adulto Mayor.	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa%
Si	22	26
No	62	74
Total.	84	100

Grafico N° 8:



Fuente: entrevistas estructuradas.

A lo que refiere al carnet de salud del adulto mayor proporcionado por el programa del adulto mayor se puede decir que el 74 % no lo poseen mientras que 26% si.

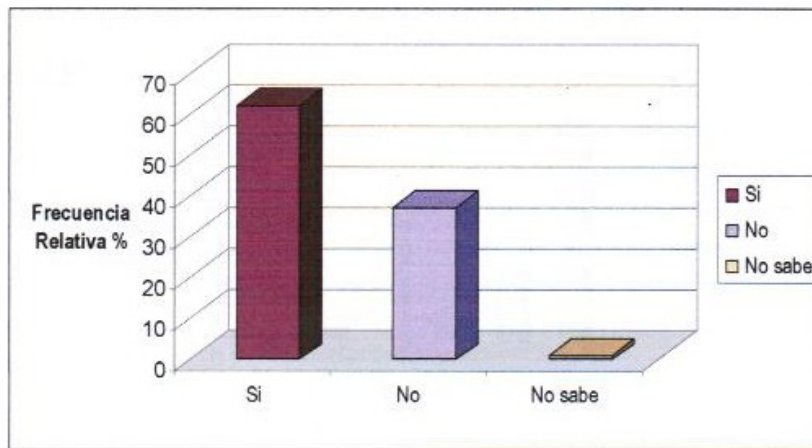


-Inmunizaciones de la población estudiada en los Complejos Habitacionales del Banco de Previsión Social. Montevideo. Diciembre 2011-

Tabla N° 9: Distribución de la población según la inmunización de los adultos.

Inmunizaciones	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa%
Si	52	62
No	31	37
No sabe	1	1
Total	84	100

Grafico N° 9.



Fuente: entrevistas estructuradas.

En lo que respecta a la inmunización de la población estudiada se constata que el 62% están inmunizados.

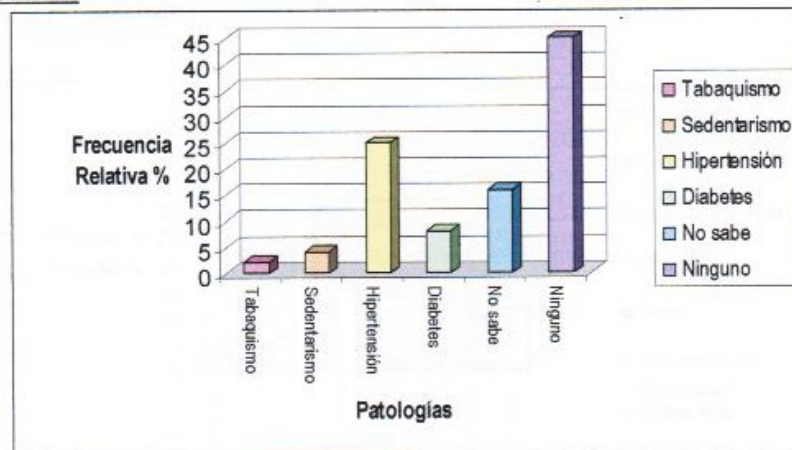


**-Antecedentes Familiares de la población estudiada en los Complejos
Habitacionales del Banco de Previsión Social, Montevideo. Diciembre 2011-**

Tabla N° 10: Distribución de la población según los antecedentes familiares.

Antecedentes Familiares	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa %
Tabaquismo	2	2
Sedentarismo	4	4
Hipertensión	22	25
Diabetes	7	8
No sabe	15	16
Ninguno	41	45
Total	91	100

Grafica N° 10.



Fuente: entrevistas estructuradas

En cuanto a los antecedentes familiares, se puede afirmar que el 25% presentaron Hipertensión arterial, el 8% Diabetes, el 4% sedentarismo y el 2% tabaquismo.

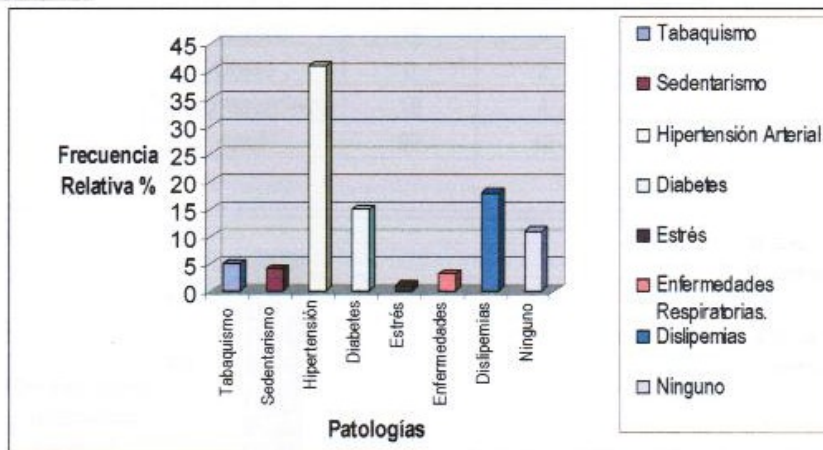
Cabe destacar que de 84 adultos incluidos en el estudio poseen mas de un antecedente familiar es por eso que en este caso varia el *n*.

-Antecedentes Personales de la población estudiada en los Complejos Habitacionales del Banco de Previsión Social. Montevideo. Diciembre 2011-

Tabla N° 11: Distribución de la población según los antecedentes personales

Antecedentes Personales	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa%
Tabaquismo	7	5
Sedentarismo	5	4
Hipertensión Arterial	49	41
Diabetes	18	15
Estrés	1	1
Enfermedades Respiratorias.	3	3
Dislipemias	21	18
Ninguno	13	11
Total	119	100

Grafica N° 11.



Fuente: entrevistas estructuradas.

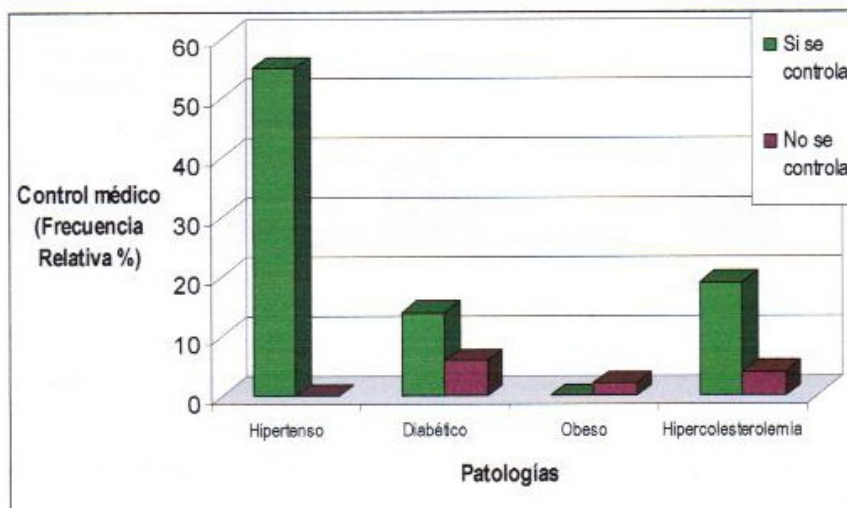
Haciendo referencia a los antecedentes personales las patologías que predominan notoriamente son Hipertensión Arterial con un 41% y la diabetes con un 15%.



-Relación de la patología con el control de la misma y si toma la medicación, de la población estudiada en los Complejos Habitacionales del Banco de Previsión Social. Montevideo. Diciembre 2011- (Tabla 12)

Patologías	Si se controla (Frecuencia Absoluta)	No se controla (Frecuencia Absoluta)	Total
Hipertenso	49	0	49
Diabético	13	5	18
Obeso	0	2	2
Hipercolesterolemia	17	4	21

Patologías	Si se controla (Frecuencia Relativa%)	No se controla (Frecuencia Relativa%)	Total
Hipertenso	55	0	55
Diabético	14	6	20
Obeso	0	2	2
Hipercolesterolemia	19	4	23
total	88	12	100



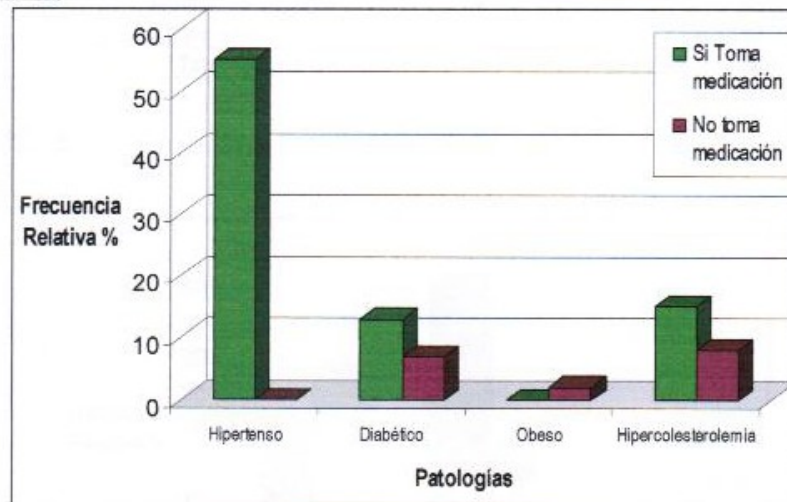
Fuente: entrevistas estructuradas.

Tabla N° 13

Patologías	si Toma medicación (Frecuencia Absoluta)	no toma medicación (Frecuencia Absoluta)	Total.
Hipertenso	49	0	49
Diabético	12	6	18
Obeso	0	2	2
Hipercolesterolemia	14	7	21

Patologías	Si Toma medicación (Frecuencia Relativa%)	No toma medicación (Frecuencia Relativa%)	Total.
Hipertenso	55	0	55
Diabético	13	7	20
Obeso	0	2	2
Hipercolesterolemia	15	8	23
Total	83	17	100

Gráfico N° 13:



Fuente: entrevistas estructuradas.

Relacionando las patologías con el control médico, se puede concluir que el 55% de los hipertensos se controlan y toman la medicación correspondiente, mientras que los que poseen diabetes melitus (20%), el 14% se controla pero solo un 13% toma la medicación, el 1% restante no tiene tratamiento farmacológico, si dietético.



En lo referido a los adultos mayores que presentan hipercolesterolemia (23%), el 19% se controla y el 15% de estos toman la medicación adecuada, el 4% restante, solo siguen un tratamiento dietético.

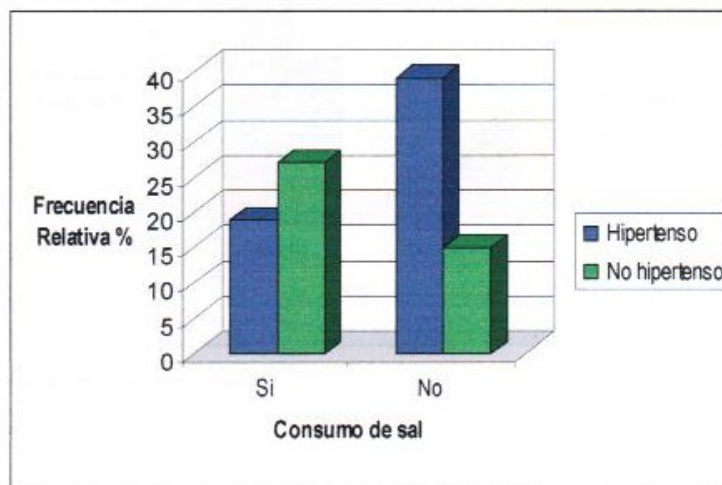
-Relación de la patología Hipertensión Arterial con el consumo de sal de la población estudiada en los Complejos Habitacionales del Banco de Previsión Social. Montevideo. Diciembre 2011-

Tabla N° 14:

Hipertensión Arterial / consumo de sal.	Si (Frecuencia Absoluta)	No (Frecuencia Absoluta)	Total
Hipertenso	16	33	49
No Hipertenso	23	12	35
Total	39	45	84

Hipertensión Arterial / consumo de sal.	Si (Frecuencia Relativa %)	No (Frecuencia Relativa %)	Total
Hipertenso	19	39	58
No Hipertenso	27	15	42
Total	46	54	100

Grafica N° 14:



Fuente: entrevistas estructuradas.



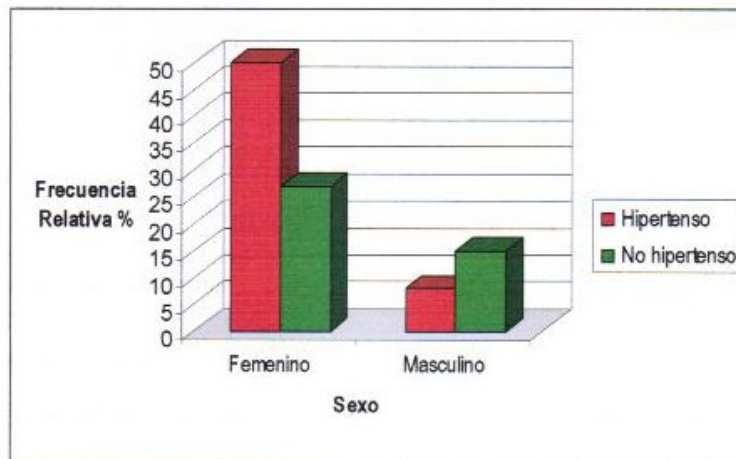
-Relación de la patología Hipertensión Arterial con el sexo de la población estudiada en los Complejos Habitacionales del Banco de Previsión Social. Montevideo. Diciembre 2011-

Tabla N° 15:

Hipertensión Arterial / sexo.	Femenino (Frecuencia Absoluta)	Masculino (Frecuencia Absoluta)	Total
Hipertenso	42	7	49
No Hipertenso	23	12	35
Total	65	19	84

Hipertensión Arterial / sexo.	Femenino (Frecuencia Relativa %)	Masculino (Frecuencia Relativa %)	Total
Hipertenso	50	8	58
No Hipertenso	27	15	42
Total	77	23	100

Grafica N° 15:



Fuente: entrevistas estructuradas.

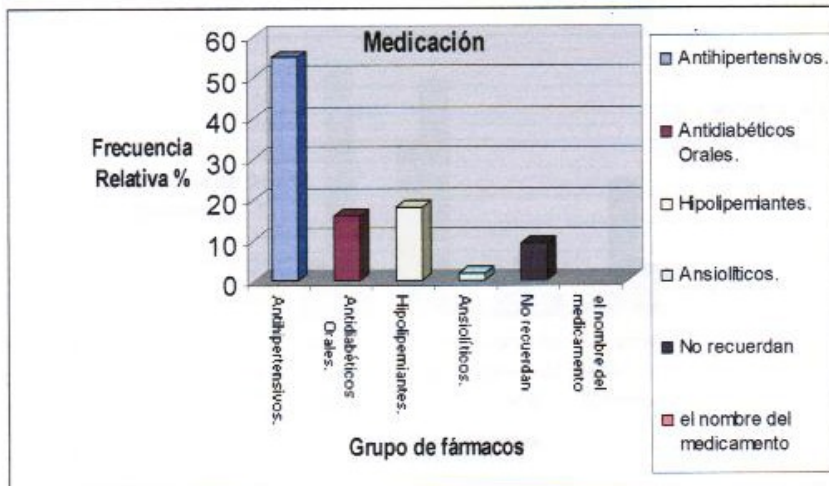


-Medicación de la población estudiada en los Complejos Habitacionales del Banco de Previsión Social. Montevideo. Diciembre 2011-

Tabla N° 16: Distribución de la población según la medicación que toma el adulto.

Medicación	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa %
Antihipertensivos.	42	55
Antidiabéticos Orales.	12	16
Hipolipemiantes.	14	18
Ansiolíticos.	2	2
No recuerdan el nombre del medicamento	7	9
Total.	77	100

Grafica N° 16:



Fuente: entrevistas estructuradas.

Con respecto a la medicación, se revela que predominan los antihipertensivos con un 55%, seguido de los hipolipemiantes con un 18%, y los antidiabéticos orales con un 16%.



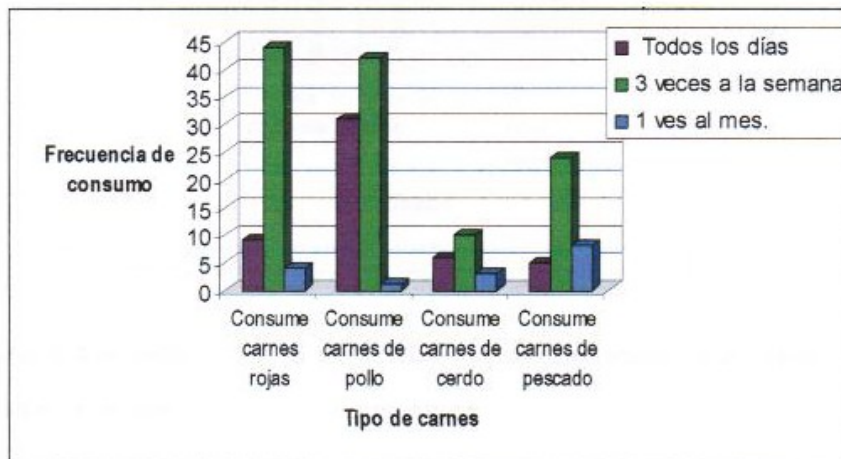
-Factores de Riesgo Modificables de la población estudiada en los Complejos

Habitacionales del Banco de Previsión Social. Montevideo. Diciembre 2011-

Tabla N° 17: Distribución de la población según los hábitos alimenticios.

Tipo de Carnes / frecuencia de consumo	Todos los días	3 veces a la semana	1 vez al mes.	Total
Consume carnes rojas	9	44	4	48
Consume carnes de pollo	31	42	1	74
Consume carnes de cerdo	6	10	3	19
Consume carnes de pescado	5	24	8	37
Total	51	120	16	187

Grafico N° 17.



En cuanto a la frecuencia de consumo de carnes, en relación con el tipo de carnes, se puede decir que el consumo de carne de pollo es el más frecuente dentro del grupo de adultos mayores, con un 74%.



Tabla y Grafico N° 18:

Realiza Ejercicios Físicos	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa %
Camina diariamente	55	65
No realiza ejercicios	26	32
Bicicleta	1	1
Camina 3 veces / semana	2	2
Total	84	100



Fuente: entrevistas estructuradas.

En cuanto a la actividad física se pudo notar que un gran porcentaje realiza ejercicio físico diariamente (65%).

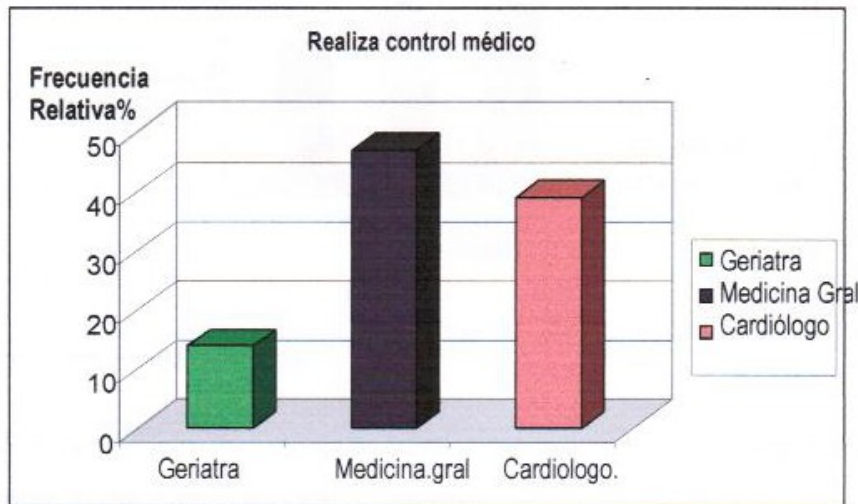


-Control Médico de la población estudiada en los Complejos Habitacionales del Banco de Previsión Social. Montevideo. Diciembre 2011-

Tabla N° 19. Distribución de la población según el control medico del adulto.

Realiza control médico	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa %
Geriatra	21	14
Medicina Gral.	68	47
Cardiólogo	57	39
Total	146	100

Grafica N° 19.



Fuente: entrevistas estructuradas.

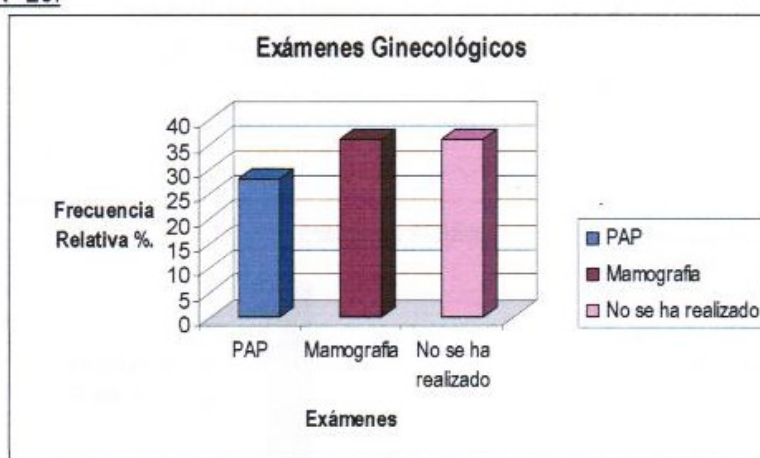
En relación a control medico, el 47%, concurra al medico general, el 39% concurra el cardiólogo y el 14% concurra al geriatra.

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

Tabla N° 20: Distribución de la población según las mujeres que se realizaron exámenes ginecológicos

Exámenes ginecológicos	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa %
PAP	26	28
Mamografía	35	36
No se ha realizado	35	36
Total	96	100

Grafica N° 20.



Fuente: entrevistas estructuradas.

En cuanto los exámenes ginecológicos se puede afirmar que del 77% de mujeres solo el 36% de estas se realizan mamografía y PAP anualmente.

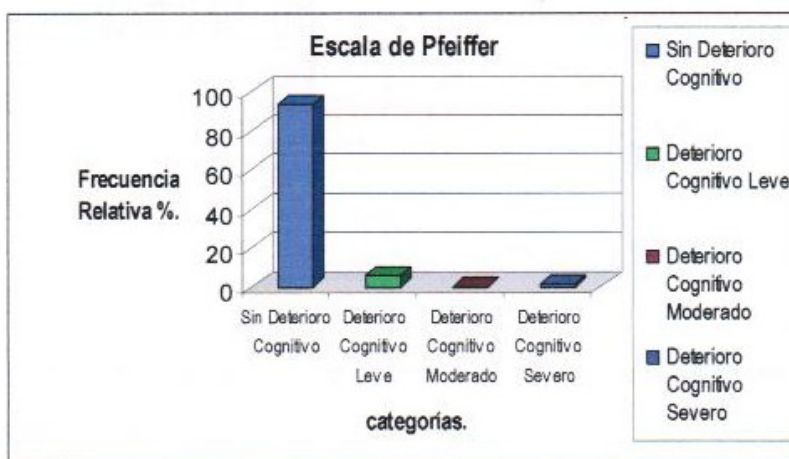


-Realización de la Escalas del Adulto Mayor a la población estudiada en los Complejos Habitacionales del Banco de Previsión Social. Montevideo. Diciembre 2011-

Tabla N° 21: Distribución de la población según las escala de Pfeiffer

Escala de Pfeiffer	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa %
Sin Deterioro Cognitivo	78	93
Deterioro Cognitivo Leve	5	6
Deterioro Cognitivo Moderado	0	0
Deterioro Cognitivo Severo	1	1
Total	84	100

Gráfica N° 21.



Fuente: entrevistas estructuradas.

Del total de los adultos mayores estudiados, se los clasifica según La escala de Pfeiffer, de La siguiente manera: sin deterioro cognitivo un 93%, deterioro cognitivo leve un 6%, deterioro cognitivo severo un 1%.

Tabla N° 22: Distribución de la población según La Escala de Lawton y Brody.

Escala de Lawton y Brody.	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa %
Muy Activo	55	65
Activo	19	23
Poco Activo	9	11
Inactivo.	1	1
Total	84	100

Gráfica N°22 :



Fuente: entrevistas estructuradas.

Del total de los adultos mayores estudiados, se los clasifica según La escala de Lawton y Brody, de la siguiente manera: muy activo con un 65%, activo con un 23%, poco activo un 11% y un 1% inactivo.



V. DISCUSIÓN

Del estudio de veintitrés (23) variables seleccionadas para caracterizar la población, se destaca que: de la muestra estudiada (ochenta y cuatro (84)), la mayoría pertenece al sexo femenino con un porcentaje del 77%, predominando el rango etáreo comprendido entre 76 a 85 años, de los cuales 36 adultos mayores, son de sexo femenino y 8 de sexo masculino.

Con respecto a la dependencia económica la mayor parte de los residentes son jubilados (66%), siendo este su único ingreso, seguidos por los que perciben solo pensión (34%), y en menor porcentaje los que reciben jubilación más otro ingreso, (jubilados y pensionistas) con un (9%).

En lo que refiere a la presencia de hijos destacamos que la mayoría tiene hijos (83%).

Se observó que menos de la mitad de los residentes son viudos (40%), seguidos en orden decreciente los divorciados (26%), casados (16%), solteros (13%) y en unión libre (4%).

En lo que respecta al soporte social se puede mencionar que el (67%), de los adultos mayores estudiados viven solos, y el (33%) viven en compañía, ya sea por nietos, cónyuge, esposo/a o amigos.

Según el nivel de instrucción de los adultos mayores, la mayoría posee primaria completa (61%), cabe destacar que el 4% no presentan ningún tipo de educación formal, esto no quiere decir que sean analfabetos.

Relacionando la cobertura médica y la emergencia móvil que poseen los adultos mayores se puede afirmar que el todos los afiliados a las mutualistas privadas (52%) presentan emergencia móvil; mientras que el 4% tiene cobertura médica pública y emergencia móvil; el 44% posee cobertura médica pública y no presentan emergencia móvil.

Tomando como referencia a de Dorothea Orem, que promueve la teoría del autocuidado, hay tres puntos importantes a destacar, que la mayoría de la población en estudio, no concurre al médico geriatra, solo el 14% lo hace; también destacamos que del 77% de las mujeres, solo el 36% se ha realizado en el último año exámenes ginecológicos (mamografía y pap), en lo que refiere a las inmunizaciones se constata que el 62% están poseen el carne de vacunas vigente.

Este último es favorable mientras que los dos primeros puntos no lo son para los adultos mayores, ya que según Dorothea es de gran importancia la prevención y promoción de salud,



para así llevar a los individuos a disminuir la incidencia de enfermedades y reducir el riesgo de aparición de nuevos casos.

En cuanto al perfil epidemiológico se puede observar que un alto porcentaje de residentes tienen afectado el sistema cardiovascular (55%), como patología de base, predomina la hipertensión arterial, siendo el 50% de estos el sexo femenino.

Relacionando la patología hipertensión arterial con el control médico, se puede concluir que todos los que presentan dicha patología concurren a control y toman la medicación correspondiente, siguiendo esta con esta línea de relacionamiento, se pudo conocer que relación existe entre los adultos mayores que presentan hipertensión arterial el 39% no consumen sal.

Siguiendo en orden decreciente otra patología de base es la diabetes mellitus con un porcentaje de un 20% del cual el 14% se controla pero solo un 13% toma la medicación correspondiente, el 1% restante no posee tratamiento farmacológico, si dietético.

En cuanto a la hipercolesterolemia sufren de esta patología el 23%, el 19% de estos se controla y el 15% toman la medicación adecuada y el 4% restante, solo siguen el tratamiento dietético.

En lo que refiere a los antecedentes familiares de los adultos estudiados, se encontró que son similares a los expresados como al los antecedentes personales. El 25% presentan hipertensión arterial, seguido del 8% diabetes mellitus.

En la investigación se pudo evaluar el deterioro cognitivo, aplicando la escala de Pfeiffer, la cual de cómo resultado, que la gran mayoría no presentan deterioro cognitivo (93%), seguido de deterioro cognitivo leve (6%), deterioro cognitivo severo, 1 caso.

También se evaluó la capacidad física de los adultos mayores, empleando la escala de Lawton y Brody, que da como resultado que un gran porcentaje se clasifican en muy activos (65%), activos con un 23%, poco activo con un 11% e inactivos el 1%.

Luego de finalizada la discusión de los resultados se puede concluir que su realización fue satisfactoria, ya que no se presentaron grandes inconvenientes en el transcurso del mismo.

Se puede decir que los objetivos planteados al inicio, fueron alcanzados en su totalidad, ya que se logró conocer las características sociodemográficas y epidemiológicas de los residentes de los cuatro complejos del Banco de Previsión Social.



En cuanto al cronograma establecido, el plazo estipulado no fue cumplido (por razones que excedieron al grupo), ya que hemos finalizado la investigación en diciembre del 2011.

Durante la investigación el grupo se enfrentó a algunas limitaciones, tales como que no se pudo captar al 100% de la población establecida ya que un gran porcentaje de las viviendas estaban desocupadas y no se encontraban al momento de la recolección de datos



VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

LIBRO:

- Ann Marniner Tomey, Martha Raile Alligood, "Modelos y Teorías en enfermería", Barcelona (2007) Sexta Edición.
- Elia B. Pineda- Eva Luz de Alvarado, "Metodología de la Investigación", Organización Panamericana de la salud 2008
- F. H. Canales "Metodología de la Investigación" México 1986.
- Manual de geriatría y psico geriatría, Facultad de Medicina. Tomo I. Montevideo, 2004
- R. Hernández; C. Fernández, "Metodología de la Investigación". Cuarta Edición.
- Rodrigo Guerrero, "Epidemiología". Editorial Addison-Wesley Iberoamericana, S.A. Wilmington, Delaware, E.U.A. 1986.
- Pietro de Nicola, "Fundamentos de gerontología y Geriatría", Barcelona (1978)

CAPÍTULO DEL LIBRO:

- Pietro de Nicola, "Fundamentos de gerontología y Geriatría" p 18, Barcelona (1978)
- Rodrigo Guerrero, "Epidemiología", Pág. 12.
- Manual de geriatría y psico geriatría, Facultad de Medicina, Pág. 181
- Elia B. Pineda- Eva Luz de Alvarado, "Metodología de la Investigación", Pág. 70

AUTORES INSTITUCIONALES:

- Departamento de Documentación y Bibliografía; Facultad de Enfermería, UdelaR; Redacción de la Cita Bibliográfica. Montevideo Setiembre 2011.



TESIS:

- Bardacosta C, Guimaraenz D, Méndez P, Miranda L, Silvera L. Caracterización Sociodemográfica y niveles de dependencia física de los Residentes del Hogar Español [Tesis] Montevideo: Facultad de Enfermería, UdelaR; 2003.
- Baccino A; Banchemo N; García A.P; Fernández M. C; Pérez H; Polifarmacia en el Adulto Mayor. [Tesis] Montevideo: Facultad de Enfermería, UdelaR; 2011

PÁGINAS WEB CONSULTADAS:

- "Uruguay en Cifras 2010" [Internet] Población. Disponible en: <http://www.ine.gub.uy>.
- Encuesta Continua de Hogares Enero- Abril 2011. [Internet] Disponible en: <http://www.ine.gub.uy>
- Datos elaborados por UCU-IPES a partir de la ENHA DEL INE 2006. [Internet] Disponible en: <http://www.ine.gub.uy>
- Jubilados y Derechos y Obligaciones> Derechos de Jubilados> Soluciones Habitacionales. [Internet] Disponible en: <http://www.bps.com.uy>-
- Viviendas tuteladas-salud-discpnet. [Internet] disponible en http://www.salud.discapnet.es/castellano/salud/salud%20mayores/paginas/viviendas_tuteladas.aspx



Universidad de la República
Facultad de Enfermería
Cátedra de Adulto y Anciano.
Trabajo Final de Investigación.



VIII. ANEXOS



FUNDAMENTO TEÓRICO.

El rol de enfermería debe ser el de un profesional autónomo en el cuidado de la salud que coordine la atención compleja a los ancianos y sus familias. La enfermería gerontológica se sitúa entre las áreas más especializadas de la práctica de enfermería. Muchos de los problemas del anciano están asociados con el funcionamiento diario y son más sensibles a los modelos de cuidado de enfermería que al tratamiento médico, es por ese motivo que nos enfrentamos al desafío de conocer la situación sociodemográfica y epidemiológica de los adultos mayores. Esto permite a las enfermeras poseer las habilidades para la valoración geriátrica integral, teniendo en cuenta las diferentes esferas (mental, funcional y social), que deben trabajarse con un equipo interdisciplinario e intradisciplinario.

Se utilizará el Modelo de Dorothea Orem ya que describe el porqué y el cómo las personas cuidan de sí mismo, como la enfermería puede ayudar a la gente, y explica las relaciones que hay que mantener para que se produzca el cuidado enfermero; Es por esto que elegimos contrastar la realidad de los Adultos Mayores con la teoría del déficit autocuidado.

El anciano sufre cambios en las células, tejidos y en los órganos, se cree que dichos cambios llamados proceso del envejecimiento, altamente complejo y variado, se inicia por complejos internos, tales como una programación genética e influida por factores externos. Hay otro tipo de contribuyentes a estos fenómenos, como son los estresores del medio ambiente, estilos de vida, capacidad de adaptación, existencia o falta de apoyo social y sensación de vitalidad y bienestar consigo mismo. Para medir algunos de los cambios sufridos por el adulto mayor se utilizarán las siguientes escalas: la Escalas de Lawton y Brody la cual valora actividades instrumentales de la vida diaria (muy activo, activo, poco activo e inactivo) y la Escala de Estado Mental de Pfeiffer que valora el Deterioro Cognitivo con las siguientes categorías: sin deterioro cognitivo, deterioro cognitivo leve, moderado y severo.



Si transitamos del envejecimiento del individuo al envejecimiento de la población, comprendemos las causas que han determinado que la geriatría y la gerontología tengan cada vez mayor importancia desde el punto de vista médico y social.³

En las sociedades existen diversos cambios que determinan las características de las mismas; entre estos se encuentra la transición demográfica, la cual está establecida por cambios provocados por factores demográficos por (natalidad, mortalidad y migraciones).

En cuanto a la situación Sociodemográfica⁴ del Adulto Mayor en el Uruguay encontramos que cuenta con un 18 % de la población mayor de 65 años o más de edad. En números absolutos los adultos mayores son 453.709 personas, de las cuales, la cuarta parte alcanza y sobrepasa los 80 años, siendo el crecimiento del sector más envejecido (más de 80 años) el que más se identifica con la dependencia y los cuidados socio sanitarios.

Uno de los mitos que se manejan tenazmente en nuestra sociedad es la concepción de que "el Uruguay es un país de viejos", este fenómeno demográfico no se da en la realidad aún, la relación entre la población menor de 15 años y los adultos mayores es 1,6, o sea que hay "un adolescente y medio" por cada adulto mayor. Se estima que en menos de dos décadas esta proporción desaparezca.

El envejecimiento poblacional no solo se da por la cantidad de personas mayores que llegan a la vejez en los departamentos del interior del país, sino también por el número de jóvenes que abandona el interior por motivos principalmente laborales. La proporción no solo incide en los números sino también en los apoyos y cantidad y calidad de vínculos familiares que influyen directamente sobre la calidad de vida de los Adultos Mayores más envejecidos.

Aproximadamente 1/3 de los hogares Uruguayos tienen la presencia de un adulto mayor (33.2%) según la Encuesta Continua de Hogares del 2011.⁵

De los hogares antes mencionados, también un tercio son unipersonales, viviendo un adulto mayor solo, lo que no quiere decir "en soledad", si se refleja que a más edad la probabilidad de vivir solo aumenta, siendo mayoritariamente mujeres. En mujeres mayores de

³ Pietro de Nicola, "Fundamentos de gerontología y Geriatría" p 18, Barcelona (1978)

⁴ Datos otorgados de www.ine.gub.uy – "Uruguay en Cifras 2010" Población.

⁵ Datos extraído de www.ine.gub.uy – Encuesta Continua de Hogares Enero- Abril 2011.



60 años el porcentaje de vivir sola es cercano al 15%, al aumentar a los 80 años, el porcentaje asciende a un 40%.

Al identificar hogares bipersonales (dos personas) se descubre que un 27% son hogares bipersonales unigeneracional, pareja de Adulto Mayor que viven solos (no necesariamente parejas sexuales), mientras que un 21,6 % muestra hogares bipersonales multigeneracionales, - adulto mayor y otra persona de menor edad, los adultos mayores que viven con niños son solo el 0.2 % de los hogares con personas mayores.

Los hogares multipersonales con la representación de todo el Ciclo de Vida (AAMM, mayores y niños) son un 11,3 %, que podríamos asociarlos a familias extensas.

El percibir un ingreso en muchas etapas vitales puede ser un indicador de independencia, mientras que en las personas mayores puede ser también un factor de vulnerabilidad frente a los abusos de tipo económico, entre otros.

El 93% de nuestros mayores, perciben algún tipo de ingreso, un 7% no lo percibe, con representación mayoritariamente femenina.

Según la Encuesta Continua de Hogares del 2009 este ingreso promedio es de \$ 9.585, existiendo en los montos una brecha entre el hombre y la mujer.

Es importante destacar que si se observáramos los ingresos familiares en relación a la presencia o no de un adulto mayor, se evidencia que donde una persona mayor cohabite el hogar, el ingreso es sensiblemente mayor.

Se estima que un 8% de los Adultos Mayores se encuentra por debajo de la línea de pobreza, indudablemente, si comparamos al adulto mayor a otras etapas, éste se encuentra en una situación preferencial, sobre todo en lo que respecta ingresos, cobertura y vivienda

Asiduamente se compara con la niñez diciendo que los Adulto Mayor tienen un mayor nivel de ingresos, el error es que los niños no tienen ingresos propios sino los derivados de sus padres, amén que un porcentaje muy elevado de niños que nacen debajo del nivel de pobreza dependen - en mucho de los casos - solo de la madre (adolescente) que a su vez depende económicamente de sus mayores.

Además es evidente las "transferencias intergeneracional de ingresos" en todos los estamentos sociales, lo que confirma que los adultos mayores significan una estabilidad



económica mínima para muchos núcleos familiares en forma directa (dinero) o en forma indirecta (uso de propiedades o transferencia de bienes)

En referencia a la cobertura de salud de los Adultos Mayores la diferencia de atención por sexo, es de destacar que es relativamente pareja la distribución, existiendo una leve tendencia de mayor número de mujeres en el sector público y un mayor número de hombres en el sector privado, esto vinculado principalmente a lo laboral (mayor inserción laboral del hombre en esas edades).

Con respecto a la atención médico móvil, la mitad de los Adultos Mayores del Uruguay tiene cobertura de este tipo, mientras que la proporción de las edades más jóvenes es menos, de 1 cada 3.

Para abordar esta investigación, es fundamental entender el concepto de Epidemiología para estudiar el perfil epidemiológico de los Adultos Mayores.

Para muchos la epidemiología⁶ es una ciencia que se limita al estudio de las enfermedades infecciosas cuando estas se presentan en forma epidémica, la epidemiología es la aplicación del método científico experimental al estudio de la enfermedad, sea de origen genético, infeccioso, degenerativo o cualquier otro.

Se hayan varias definiciones de epidemiología, que difieren en varios aspectos pero todas están de acuerdo en que la epidemiología es el estudio de la ocurrencia de la enfermedad en grupos o personas.

Las definiciones antiguas limitan la epidemiología al estudio de las enfermedades infecciosas, pero generalmente las definiciones modernas incluyen dentro de la epidemiología las enfermedades crónicas y las no infecciosas; la epidemiología moderna no se limita al estudio de de los periodos durante los cuales la enfermedad alcanza niveles muy altos en la comunidad, sino que estudia situaciones en que la enfermedad es poco frecuente o esta ausente.

⁶ Rodrigo Guerrero, "Epidemiología", Pág. 12.



La epidemiología busca identificar la naturaleza y el modo de acción de los factores causales de la enfermedad, como paso indispensable para ponderar y evaluar procedimientos que, al intervenir sobre aquellos factores, sirvan para el control de las enfermedades.

Para lograr ese objetivo es necesario conocer como se distribuye la enfermedad y las supuestas causas, comparar la distribución observada en las diversas poblaciones o grupos de poblaciones, y buscar asociaciones de aquellas como diferentes características. Esto constituye la fase descriptiva de la epidemiología. Dicha fase descansa esencialmente en la observación cuidadosa y el registro objetivo de los hechos para lo cual se pueden utilizar diversas fuentes de información. El primer grupo de esas fuentes corresponden a estadísticas sistemáticas de servicios oficiales (morbilidad, incapacidad, mortalidad etc.) archivos hospitalarios y registros de casos de enfermedades. El segundo grupo los forman los datos recogidos con propósito específico, a través de una encuesta, en toda la población o en un grupo de esta. Finalmente el tercer grupo esta representado por información de muy diversa índole: datos sociales y económicos, consumo de determinados productos, comportamiento de los seres humanos, migraciones, etc.

La recopilación de toda esa variedad de datos busca cuantificar la frecuencia de una enfermedad dada y describir la asociación que tenga con características o variables epidemiológicas, las cuales suelen ser catalogarse conforme a los atributos: persona, tiempo y lugar.

Variables características personales: se sabe que las enfermedades se distribuyen de manera diferente en la población en función de ciertos atributos o características del ser humano. *Edad;* es una variable epidemiológica de mayor importancia. Desde el punto de vista práctico, todas las enfermedades en sus varias manifestaciones (incidencia, prevalencia, letalidad y mortalidad) muestran variaciones según la edad. *Sexo;* también es una variable de gran importancia casi todas las enfermedades señalan las diferencias de frecuencia entre los sexos. *Grupo étnico y cultural;* esta denominación se aplica a un conjunto de personas que tienen en común una o varias características tales como lugar de nacimiento, raza, religión, hábitos dietéticos, etc. Estas características se han asociado con variaciones en la frecuencia de ciertas enfermedades. Esas variaciones pueden ser reales, a



consecuencia de estructuras genéticas distintas, a diversos modos de vida, a condiciones ocupacionales, etc. *Ocupación*; con este nombre se designa una variable que sirve para identificar la condición económico-social y señalar exposiciones peculiares a determinados riesgos laborales. *Fecundidad*; se utilizan entre otras las siguientes características: grado de paridez, orden de nacimiento y edad de la madre etc.

Variables de lugar: Conocer cómo varía la distribución de las enfermedades según el lugar tiene considerable importancia, incluso es clave para el diagnóstico clínico. *Nivel internacional*: el estudio de la variación de enfermedades de acuerdo con países en su conjunto conlleva problemas inherentes a diferencias en cuanto a los criterios de diagnóstico, al alcance de cobertura de la notificación de enfermedades y al grado de integridad de estadísticas vitales. *Nivel nacional*: a este nivel son primordiales las estadísticas oficiales de morbilidad y mortalidad. La frecuencia de enfermedades puede describirse en función de agrupaciones demográficas especialmente delimitadas. *Nivel local*: en ciertas ocasiones hay que estudiar la distribución de una enfermedad en un sector restringido; por ejemplo en una localidad o hasta en un barrio de esa localidad.

Variables de tiempo: El estudio de la frecuencia de una enfermedad en función del tiempo es importante, ya que puede reflejar presencia, ausencia o cambios en la intensidad de determinados factores causales.

El perfil epidemiológico⁷ de nuestro país muestra que mortalidad de Adulto Mayor tiene un comportamiento muy similar a países desarrollados, la principal causa de muerte son las enfermedades cardiovasculares, seguida de los tumores malignos. Otro dato importante es que la mortalidad de la etapa etérea anterior (45 a 65 años) que pertenecería al Programa del Adulto tiene una mortalidad elevada similar a los que tienen entre 65 y 75 años (19% contra 17%)

Las enfermedades que padecen los mayores y que son propias de la edad no son diferentes a otras regiones y países con las mismas características que Uruguay, solo habiendo diferencias en el número de afectados y la gravedad de la afección que da como

⁷ Datos elaborados por UCU-IPES a partir de la ENHA DEL INE 2006.



resultado la muerte. No obstante es útil ver como evolucionan alguna de las patologías más comunes en lo que es el Ciclo de Vida, La Hipertensión es "en peso" la afección que impacta más en el grupo etáreo, pero con un "despegue" temprano (joven y adulto). La Diabetes no insulina dependiente también tiene una incidencia destacada, pero en mucho menor medida que la hipertensión y también igual que ésta debe atacarse a edades más jóvenes (antes de los 30 años).

En cuanto a las limitaciones físicas solo se basan en: ver, oír, caminar y hablar, no existiendo estudios muestrales actualizados que nos arrojen datos sobre niveles de dependencia de nuestros mayores basados en test propuestos por el programa competente.

La limitación que más tempranamente aparece es la que se vincula a la vista, que tiene un "despegue" entre los 30 a 40 años, pero se suman a ésta, la de oír y caminar con un ascenso progresivo desde los 65 años y aumentándose bruscamente a medida que se acercan a los 80 años.

Los adultos mayores residentes en hogares particulares gozan de un alto grado de autonomía funcional para realizar las actividades elementales e instrumentales del diario vivir en forma completamente independiente, considerando totalmente independiente a un 82% de los mayores de 65 años, seguidos de un 9% de parcialmente independientes y solo un 8% de dependencia.

Evidentemente la discapacidad aumenta con la edad, pero solo después de los 90 años está superaría en porcentaje a los que no tienen discapacidad.

El Banco de Previsión Social, brinda soluciones habitacionales para aquellos adultos mayores que cumplan con los siguientes requisitos:

Los pasivos deben tener residencia permanente en Uruguay, y percibir una jubilación o pensión servida por el BPS. Quedan excluidas las pensiones a la vejez o invalidez, los titulares de jubilaciones o pensiones a término y de subsidios transitorios por incapacidad parcial. Es importante tener presente que para aquellos pasivos que cobran sus haberes por primera vez, deben dejar transcurrir 2 pagos consecutivos, para concurrir a inscribirse en el Programa de

Vivienda.



Todo lo anteriormente expuesto está sujeto a los topes de ingresos que percibe a nivel individual por todo concepto el aspirante, dicho monto no podrá superar las 12 U.R., a excepción de aquellas localidades del Interior que el monto es 24 U.R.; no podrá ser propietario, copropietario, usufructuario, titular de derechos de uso y habitación, promitente o titular de otros programas de vivienda, ya sean públicos o privados. Además los aspirantes deberán ser personas autoválidas (válidas por sí mismas). El BPS realiza la inscripción, selección y adjudicación de Soluciones Habitacionales; y la administración de las viviendas construidas por el Ministerio de Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente (MVOTMA), para jubilados y pensionistas.⁶

Para contrastar el modelo anteriormente mencionado tomamos como referencia el modelo de viviendas de otros países tales como España, que poseen un recurso social para los Adultos Mayores llamado Sistema de Viviendas tuteladas, estas están destinadas al alojamiento permanente de personas mayores que tienen un adecuado nivel de autonomía personal, tanto física como psíquica, pero que presentan dificultades para poder seguir residiendo en su domicilio habitual; se trata de personas que presentan problemas de integración familiar y/o social. Se establecen como un conjunto de viviendas autónomas, unipersonales y/o de pareja, para el alojamiento y la convivencia, bajo la tutela y asistencia de entidades de los servicios sociales, que puede ser de carácter público o privado. Normalmente es el Ayuntamiento de la ciudad donde estén ubicadas el responsable de su buen funcionamiento así como del trato óptimo que se da a los usuarios.

Las viviendas tuteladas no solo cubren las necesidades de alojamiento. Se ocupan también de la manutención y la seguridad de las personas así como de ciertos servicios de atención médica.

Este tipo de alojamiento ha crecido mucho en países de la Unión Europea como pueden ser Holanda, Alemania Gran Bretaña y España, donde lleva años funcionando.

⁶ Datos extraído de www.bps.com.uy- Jubilados ,derechos y obligaciones-soluciones habitacionales



Los beneficiarios de estas viviendas tienen que ser personas que hayan cumplido 60 años, siempre que no presenten problemas para llevar a cabo las tareas cotidianas de cada día, como vestirse, asearse, desplazarse o alimentarse. No sufrirán ninguna alteración que les impida actuar con autonomía o que les dificulte la convivencia con otras personas. Se responsabilizarán de tareas tales como las propias del hogar y de ciertas gestiones necesarias para la vida en común con los demás usuarios como puede ser la compra.

Los usuarios tienen que saber que van a compartir sus espacios con más personas y que deberán implicarse en que esa convivencia funcione en todos sus aspectos, no solo en la relación con los demás habitantes de la vivienda sino en el trato y el cuidado del hogar en la que conviven.

La capacidad de estas viviendas no deberá superar los 10 usuarios. Un número mayor dificultaría la convivencia creando problemas y dañaría el sentimiento de "familia" que se quiere fomentar. Las viviendas podrán acoger a parejas, hermanos o familiares.

El principal objetivo es que las personas permanezcan en su entorno habitual con una óptima calidad de vida. Se pretende alargar la autonomía funcional y social de la persona gracias a un sistema de vida comunitario que fomente la participación dentro de un pequeño grupo. Las actividades domésticas y las relaciones con los demás potenciarán al máximo las capacidades de la persona mayor.

El aislamiento, la soledad y el desarraigo son sentimientos muy comunes entre los mayores que podrán ser mitigados cuando se establezcan las relaciones entre los miembros del grupo. Se creará un ambiente semejante al familiar que ofrecerá una sensación de bienestar. Además, el hecho de que un grupo de profesionales de la salud se ocupen de la faceta médica aporta seguridad para los convivientes.

Los usuarios podrán beneficiarse de todos los servicios que ofrece este tipo de viviendas evitando la institucionalización innecesaria que les aparta de su vida social.



El proceso se inicia con la presentación de una solicitud en los servicios sociales del ayuntamiento o de la CCAA. Esta instancia debe acompañarse de una serie de documentos:

- Certificado de empadronamiento.
- Fotocopia del DNI
- Declaración de bienes e ingresos
- Fotocopia de la declaración de la Renta y patrimonio del año anterior
- Movimiento de las cuentas corrientes o cualquier inversión financiera
- Informe médico
- Certificado de las pensiones recibidas

Los Servicios Sociales después de analizar la información remitida y aplicar el baremo establecido, emitirán un informe que servirá de base para la toma de la decisión por parte del órgano competente.

La solicitud se podrá denegar cuando no se cumplan las condiciones establecidas, por la aportación de documentación que resulten falsos.

En algunas CCAA se establece un período de prueba para que los usuarios puedan decidir sobre si aceptan o no la plaza adjudicada. Se trata de saber si son aptos para convivir con otras personas, si se adaptan a las nuevas condiciones de vida.⁹

⁹ Datos extraídos de: Viviendas tuteladas-salud-diapnet, www.salud.diapnet.es/oste/efano/salud/salud%20mayores/paginas/viviendas_tuteladas.aspx



Anexo N°2

CRONOGRAMA.

Actividades	Febrero 2011				Marzo 2011				Abril 2011				Mayo 2011				Junio 2011				Julio			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Revisión Bibliográfica	■	■	■	■																				
Formulación del Problema	■																							
Elaboración de los Objetivos y Justificación					■	■	■	■																
Elaboración del Marco Teórico.									■	■	■	■												
Elaboración del Protocolo.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Descripción del Instrumento																								
Recolección de Datos.																								
Tabulación y análisis de la información.																								
Elaboración del Informe Final.																								
Defensa de la tesis.																								
Tutorías con los docentes a cargo	■									■								■				■		



Actividades	Agosto 2011				Setiembre 2011				Octubre 2011				Noviembre 2011			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Revisión Bibliográfica																
Formulación del Problema																
Elaboración de los Objetivos y Justificación																
Elaboración del Marco Teórico.																
Elaboración del Protocolo.																
Descripción del Instrumento																
Recolección de Datos.																
Tabulación y análisis de la información.																
Elaboración del Informe Final.																
Defensa de la tesis.																
Tutorías con los docentes a cargo																



INSTRUMENTO PARA RECOLECCION DE DATOS.



ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO

DATOS DEL ENTREVISTADO

Nombre	C.I.
--------	------

Indique el dato que corresponda													
Montevideo			Interior			Barrio			Manzana/Solar		Calle		Número
Fecha entrevista						Número de visitas							
Sexo		Edad		Trabaja		Tipo Ocupación Anterior			Tipo Ocupación Actual			Jubilado	Pensionista
F	M												
Tiene hijos									Si		No		
Con quien vive													
Solo			Cónyuge			Hijo/a			Nieta		Otros		
Nivel de educación			Primaria completa			Secundaria completa			Terciaria completa				
Cobertura médica			Si			No							
Servicio de emergencia móvil													
Inmunización vigente			Si			No			No sabe				
Vacunas			Si		No		Neumococo		Antigripal		Antitetánica		
Estado Civil													
Soltero			Casado			Divorciado			Viudo		Unión Libre		
Mayor de 65 años			Si		No		Carnet de salud de adulto mayor				Si	No	

Antecedentes Familiares						
Padres fallecidos por enfermedad cardiovascular				Si	No	No sabe
Edad al fallecer		Padre		Madre		Tíos

	Obesidad			Tabaquismo			Sedentarismo			Estrés			Diabetes			Hipertensión Arterial			Dislipemia		
	Padre	Madre	Tíos	Padre	Madre	Tíos	Padre	Madre	Tíos	Padre	Madre	Tíos	Padre	Madre	Tíos	Padre	Madre	Tíos			
Si																					
No																					

Antecedentes Personales								
Factores de riesgo modificables								
	Obesidad	Tabaquismo	Sedentarismo	Estrés	Diabetes	Hipertensión Arterial	Dislipemia	Enfermedades Respiratorias
Si								
No								



ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO

I) FACTORES DE RIESGO ENFERMEDADES DEL SISTEMA CARDIOVASCULAR (C.V.)

Patologías (si es portador de estas patologías marque con una X lo afirmativo)					
	Se controla		Toma medicación		Nombre el fármaco
	Si	No	Si	No	
Hipertenso					
Diabético					
Obeso					
Hipercolesterolemia					

FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES

Estilo de vida - Hábitos Alimenticios					
	Si	No	Todos los días	3 veces/semana	1 vez al mes
Consume carnes rojas					
Consume pollo					
Consume cerdo o derivados					
Consume pescado					

Realiza ejercicio físico					
	Si	No	Diariamente	3 veces /semana	Cant. minutos
Bicicleta					
Concurre al gimnasio					
Camina					
Corre					
Otro tipo de actividad					
	Si	No	Hiposódico	Le agrega sal	Normal
Come con sal					
	Si	No	Diariamente	3 veces /semana	1 vez al mes
Come comida rápida (pizza, hamburguesas, etc.)					
Consume comidas elaboradas (embutidos, ya preparadas, etc.)					

Actividad laboral	Si	No
Trabajo rural		
Trabajo con productos químicos (anilinas, barniz, cadmium)		

CONTROL MÉDICO

	Si	No	6 meses	2 años
Tiene carnet de salud vigente				

Realiza control médico											Preventivo	Rutina
Cardiólogo	Si	No	Geriatra	Si	No	Medicina Gral.	Si	No	Otros			



ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO

Exámenes	Control P/A (1)	ECG (2)	ECOCAR (3)	HOLTER (4)	Orina (5)	ECO. Ap. Urinario (6)	Dopler de vasos de cuello (7)	Sangre (8)	R. TX. (9)	Alterado (reg. n°)
Si										
No										

	Si	No	Cada cuanto
Examen ginecológico			
Papanicolau (PAP)			
Ecografía ginecológica			
Colposcopia			
Ecografía Transvaginal			
Mamografía			
Eco de mama			

Presenta alguno de estos síntomas (marque el dato afirmativo)	Si	No
Confusión repentina, dificultad al hablar o del entendimiento del habla		
Dificultad repentina para ver en uno o en ambos ojos		
Dificultad repentina al caminar, vértigo, o pérdida del equilibrio o de la coordinación		
Dolores de cabeza fuertes, repentinos y sin causa conocida		
Visión doble		
Somnolencia		
Otros		

EXÁMEN FÍSICO

	Valor	Fecha
Talla		
Peso		
IMC		
Perímetro de la cintura		
Cifra de glucemia		
Cifra de colesterolemia		
P/A	Valor último	

Realizar escalas de adulto mayor (mayor de 65 años)		
Pfeiffer		Lawton y Brody



ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO

II) FACTORES DE RIESGO ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO

Antecedentes Personales CÁNCER DE BOCA

FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLES

Antecedentes Familiares				Padres fallecidos Enf. A. Digestivo			
Si		No		Si		No	

Antecedentes Familiares

Padre	Si	No	Madre	Si	No	Tíos	Si	No	No sabe
-------	----	----	-------	----	----	------	----	----	---------

FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES

Consumí alcohol		Frecuencia		Fumador		Cuantos cigarrillos diarios	
Si	No	1 vaso diario (70 cm ³)	Más de 70 cm ³	Si	No		
Mala higiene bucal		Uso de prótesis		Alto consumo de hidratos de carbono			
Si	No	Si	No	Si	No		
Observaciones							

Antecedentes Personales CÁNCER DE ESÓFAGO

FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLES

Antecedentes Familiares				Padres fallecidos			
Si		No		Si		No	

Antecedentes Familiares

Padre	Si		No		Madre	Si		No		Antecedentes Familiares	
	Si	No	Si	No		Tíos	Si	No	Si	No	

FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES

Presenta ud. reflujo gastro esofágico	Si	No
Observaciones		
Consumo de alimentos muy calientes	Si	No

EXÁMEN SÍNTOMAS

Síntomas (marque Si o No)	Si	No	A veces
Disfagia para sólidos			
Retención para líquidos			
Hemorragia digestiva			
Diarrea o estreñimiento			
Dolor precordial			
Pérdida de peso			
Tos			
Disfonía			



Cuestionario Portátil del Estado Mental de Pfeiffer.

1- Fecha de hoy: día, mes, año.	0	1
2- Día de la semana de hoy.	0	1
3- Nombre del lugar.	0	1
4- Número de teléfono (sino tiene teléfono dirección.)	0	1
5- Edad	0	1
6- Fecha de Nacimiento.	0	1
7- Nombre del Presidente Actual.	0	1
8- Nombre del presidente anterior.	0	1
9- Nombre de la madre.	0	1
10- Restar 3 a 20 y seguir restando.	0	1
TOTAL	0	1

Puntuación Orientadora:

0 a 2 errores: sin Deterioro cognitivo.

3 a 4 errores: Deterioro Cognitivo leve.

5 a 7 errores: Deterioro Cognitivo moderado.

8 a 10 errores: Deterioro Cognitivo severo.



ESCALA DE LAWTON Y BRODY.

CAPACIDAD PARA USAR EL TELEFONO	
Utiliza el teléfono por iniciativa propia	1
Es capaz de marcar algunos números familiares	1
Es capaz de contestar al teléfono, pero no lo marca	1
No utiliza el teléfono	0
COMPRAS	
Realiza todas las compras necesarias independientemente	1
Realiza independientemente pequeñas compras	0
Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra	0
Totalmente incapaz de comprar	0
PREPARACIÓN DE LA COMIDA	
Organiza, prepara y sirve la comida por sí solo adecuadamente	1
Prepara adecuadamente las comidas, si se le proporcionan los ingredientes	0
Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada	0
Necesita que le preparen y sirvan las comidas	0
CUIDADO DE LA CASA	
Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajo pesados)	1
Realiza tareas ligeras, tales como lavar los platos o hacer las camas	1
Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza	1
Necesita ayuda en todas las labores de la casa	1
No participa en ninguna labor de la casa	0
LAVADO DE LA ROPA	
Lava por sí solo toda su ropa	1
Lava por sí solo pequeñas prendas	1
Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro	0
USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE	
Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche	1
Es capaz de tomar un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1
Viaja en transporte público cuando va acompañado de otra persona	1
Utiliza taxi o automóvil sólo con ayuda de otros	0
No viaja en absoluto	0
RESPONSABILIDAD RESPECTO A MEDICACIÓN	
Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correcta	1
Toma su medicación si la dosis es preparada previamente	0
No es capaz de administrarse su medicación	0
MANEJO DE SUS ASUNTO ECONÓMICOS	
Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo	1
Realiza las compras de cada día, necesita ayuda en las grandes compras, bancos	1
Incapaz de manejar dinero	0
PUNTUACIÓN ORIENTADORA.	
8 puntos:	Muy Activo: actividades instrumentales completas.
5 a 7 puntos:	Activo: actividades limitadas
1 a 4 puntos:	Poco Activo: limitación de 50% o más de esas actividades.
0 puntos:	Inactivo: no realiza actividades instrumentales.



Anexo N°4

DEFINICION Y OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES.

-Sexo:

Definición conceptual: status biológico de una persona en cuanto hombre, hembra o incierto. En función de las circunstancias, esta determinación puede basarse en la apariencia de los genitales externos o del cariotipo.

Instrumento para recolectar los datos: entrevista estructurada.

Naturaleza: cualitativa; nominal.

Categorías: Femenino; Masculino.

-Edad:

Definición conceptual: tiempo cronológico transcurrido a partir del nacimiento de un individuo. Una persona, según su edad, puede ser adulto joven, adolescente, adulto medio, adulto y adulto mayor.

Instrumento para recolectar los datos: entrevista estructurada.

Naturaleza: cuantitativa; discreta

Categorías: [65 a 75); [75 a 85); mayor 85 años.

-Estado Civil:

Definición conceptual: Condición de una persona con relación a sus derechos y obligaciones. Permite conocer el núcleo familiar.

Instrumento para recolectar los datos: entrevista estructurada

Naturaleza: Cualitativa Nominal

Categorías: Casado; unión estable; soltero; divorciado; viudo; otros.

-Nivel de Instrucción:

Definición Conceptual: Nivel máximo alcanzado por el usuario en la educación formal

Instrumento de recolección de datos: entrevista estructurada

Naturaleza: Cualitativa Ordinal

Categorías: primaria incompleta; primaria completa; secundaria incompleta; secundaria completa; terciaria completa; terciaria incompleta

-Ocupación:

Definición conceptual: Condición en la que se encuentra el usuario de recibir o no remuneración por actividades que realiza o haya realizado.

Instrumento de recolección de datos: entrevista estructurada

Naturaleza: Cualitativa Nominal



Categorías: desocupado; jubilado; pensionista; otros.

- Presenta hijos:

Definición conceptual: se refiere a si tiene hijos.

Instrumento para recolectar los datos: entrevista estructurada

Naturaleza: cuantitativa discreta.

Categoría: si; no.

- Soporte Social:

Definición conceptual: conjunto de interacciones personales a través de las cuales las personas construyen y mantienen su identidad social

Instrumento para recolectar los datos: entrevista estructurada

Naturaleza: cualitativa, nominal

Categorías: solo; conyugue; hijo/a; nieto; otros.

- Cobertura médica:

Definición conceptual:

Instrumento de recolección de datos: entrevista estructurada

Naturaleza: cualitativa nominal.

Categorías: pública; privada.

- Emergencia Móvil:

Definición conceptual: Conjunto de prestaciones que ofrece un servicio de salud.

Instrumento de recolección de datos: entrevista estructurada

Naturaleza: cualitativa nominal.

Categorías: si; no.

- Inmunizaciones:

Definición conceptual: Es un preparado artificial que contiene una forma inactivada o debilitada del virus o bacteria responsable de la enfermedad y se administra a un individuo sano, estimula a un sistema inmunitario a producir anticuerpos específicos para esa enfermedad.

Instrumento de recolección de datos: entrevista estructurada:

Naturaleza: cualitativa nominal.

Categorías: si; no.

- Antecedentes familiares:



Definición conceptual: Se refieren a antecedentes de diferentes patologías, modo de vida y características de la familia del paciente (madre; padre; tíos)

Instrumento para recolectar los datos: entrevista estructurada

Naturaleza: cualitativa; nominal

Categorías: Obesidad; Tabaquismo; Sedentarismo, estrés; diabetes padre madre o ambos; Hipertensión arterial padre madre o ambos; Dislipemias padre madre o ambos; enfermedades respiratorias; otras.

-Antecedentes personales:

Definición conceptual: Se refieren a antecedentes de diferentes patologías, modo de vida y características del mismo paciente

Instrumento para recolectar los datos: entrevista estructurada

Naturaleza: cualitativa; nominal

Categorías: Obesidad; Tabaquismo; Sedentarismo, estrés; diabetes; Hipertensión arterial; Dislipemias; enfermedades respiratorias; otras.

- Presencia de Patologías:

Definición conceptual: se refiere a si el usuario posee una enfermedad crónica.

Instrumento para recolectar los datos: entrevista estructurada

Naturaleza: cualitativa nominal.

Categoría: Hipertenso; diabetico; obeso; hipercolesterolemia.

-Medicación:

Definición Conceptual: Un medicamento es un fármaco, principio activo o conjunto de ellos, integrado en una forma farmacéutica y destinado para su utilización en las personas o en los animales, dotado de propiedades para prevenir, diagnosticar, tratar, aliviar o curar enfermedades, síntomas o estados patológicos.

Instrumento para recolectar los datos: entrevista estructurada

Naturaleza: cualitativa nominal.

Categorías: Antihipertensivos; antidiabético oral; ansiolíticos; hipolipemiantes; anticoagulantes; corticoide; antialérgicos; antiinflamatorios; antibióticos; protectores gástricos, otros.

- Estilo de vida: Hábitos alimenticios:

Definición conceptual: Se pueden definir como los hábitos adquiridos a lo largo de la vida que influyen en nuestra alimentación

Instrumento para recolectar los datos: entrevista estructurada

Naturaleza: cualitativa nominal.

Categoría: consume carne roja; consume pollo; consume cerdo o derivados; consume pescado; consume sal; consume comida rápida; consume comida elaborada; come con sal.



- Ejercicio Físico:

Definición conceptual: conjunto de medios que se emplean para fortalecer la calidad de vida.

Instrumento para recolectar los datos: entrevista estructurada

Naturaleza: cualitativa nominal.

Categoría: bicicleta; concurre a gimnasia; camina; otro tipo de actividades.

-Control médico:

Definición conceptual: se refiere a si concurre al control medico, si lo hace de forma preventiva o de rutina.

Instrumento para recolectar los datos: entrevista estructurada

Naturaleza: cualitativa nominal.

Categoría: sí; no.

-Presenta carnet del Adulto Mayor:

Definición conceptual: se refiere a si presenta el carnet proporcionado por el MSP, enmarcado en el Programa de Adulto Mayor

Instrumento para recolectar los datos: entrevista estructurada

Naturaleza: cualitativa nominal.

Categoría: Sí; No.

-Presenta Exámenes paraclínicos:

Definición conceptual: se refiere si se ha realizado en este año algún examen paraclínico

Instrumento para recolectar los datos: entrevista estructurada

Naturaleza: cualitativa nominal.

Categoría: P/A; Sangre; ECO; ECG; HOLTER; Orina; ECO. Ap. Urinario; Rx. Tx; No se realizo.

-Presenta Exámenes ginecológicos:

Definición conceptual: se refiere si se ha realizado en este año algún examen ginecológicos.

Instrumento para recolectar los datos: entrevista estructurada

Naturaleza: cualitativa nominal.

Categorías: PAP; colposcopia; mamografía; ecografía de mamas; ecografía transvaginal; Eco ginecológicas; exámenes ginecológicos.

-Deterioro cognitivo:

Definición conceptual: El deterioro cognitivo es la pérdida o alteración de las funciones mentales, tales como memoria, orientación, lenguaje, reconocimiento visual, conducta, que interfiere con la actividad e interacción social de la persona afectada.



Instrumento para recolectar los datos: Escala de Pfeiffer¹⁰.

Naturaleza: cualitativa nominal.

Categoría: (basadas en la Escala de Pfeiffer) sin deterioro cognitivo; deterioro cognitivo leve; deterioro cognitivo moderado; deterioro cognitivo severo.

-Capacidad Física:

Definición conceptual: capacidad de un individuo para cubrir sus necesidades básicas.

Instrumento para recolectar los datos: escala de Lawton y Brody

Naturaleza: cualitativa nominal.

Categoría: (basadas en la Escala de Lawton y Brody) Muy activo; activo; poco activo; inactivo.

¹⁰

Manual de geriatría y psico geriatría, Facultad de Medicina, Pág. 181



Anexo N°5

PRESUPUESTO.

MES	TRANSPORTE	INTERNET	PAPELERIA	ALIMENTOS	COMUNICACION	TOTAL
Febrero 2011	\$302	\$300	\$921	\$300	\$300	\$2123
Marzo 2011	\$1360	\$300	\$614	\$1500	\$300	\$4074
Abril 2011	\$816	\$300	\$70	\$900	\$300	\$2386
Mayo 2011	\$816	\$300	\$250	\$900	\$300	\$2566
Junio 2011	\$302	\$300	\$120	\$300	\$300	\$1322
Julio 2011	\$544	\$300	\$60	\$600	\$300	\$1804
Agosto 2011	\$302	\$300	\$60	\$300	\$300	\$1262
Septiembre 2011	\$1200	\$300	\$100	\$550	\$300	\$2450
Octubre 2011	\$1362	\$300	\$100	\$300	\$600	\$2662
Noviembre 2011	\$1038	\$300	\$150	\$500	\$300	\$2288
Diciembre 2011	\$1400	\$300	\$1450	\$1030	\$650	\$4830



CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Estudio Sociodemográfico y Epidemiológico de los Adultos Mayores* Albano V.- Alberti F.- Martínez V.- Rodríguez L.- Salvador K.

Descripción:

Usted es invitado a participar en una investigación científica referente al estudio Sociodemográfico y Epidemiológicos de los adultos mayores que residen en los complejos del banco de Previsión Social de Montevideo. Esta investigación fue efectuada por: Verónica Albano, Fiorella Alberti; Verónica Martínez Lucia Rodríguez, Karen Salvador, como parte del trabajo de investigación final de la carrera Licenciatura en Enfermería, Facultad de Enfermería, Universidad de La Republica, Plan de estudio 93.

Objetivo:

Conocer las características sociodemográficas y epidemiológicas de la población adulto mayor que reside en los complejos del Banco de Previsión Social asignados en Montevideo.

Selección:

Este estudio esta dirigido a todos los adultos Mayores de 65 años, que residen en los complejos del Banco de Previsión Social.

Justificación:

El Uruguay presenta un gran índice de población envejecida (453.709 adultos mayores), encontrándose en Montevideo el 90%.

La transición hacia la vejez marca, desde el punto de vista epidemiológico, la prevalencia de una serie de enfermedades que demandan atención y acceso. El deterioro físico que suele acompañar esta etapa de la vida condiciona fuertemente el bienestar de los adultos mayores, reestructura los activos y las oportunidades que tenían y genera nuevas configuraciones de riesgo.

Las coyunturas críticas y riesgos asociados al ciclo de vida del adulto mayor en relación a la salud son de diversa índole.

Aumenta la presencia de enfermedades crónicas o situaciones de imposibilidad física o mental que no permiten una adecuado relacionamiento con el mundo exterior.

Esto se acompaña, muchas veces, con la imposibilidad de valerse por sí mismos.

Con este panorama la falta de una presencia familiar positiva o una nula inserción en la comunidad dificultan la capitalización de activos para aprovechar las estructuras de oportunidades y acceder a un adecuado bienestar.



Es por esto que los profesionales de la salud nos enfrentamos al desafío de tratar con un índice elevado de factores de riesgo que sufre este grupo, por lo que decidimos llevar a cabo una investigación.

Aclaraciones:

- Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.
- En caso de no aceptar la invitación no habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted.
- No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.
- No recibirá remuneración por su participación.
- La información obtenida de cada participante es totalmente anónima.
- Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, firmar la carta de Consentimiento Informado anexa a este documento.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Yo,he leído y comprendido la información anterior y aceptado voluntariamente en esta investigación.

.....
Firma del Participante

.....
Fecha