



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CÁTEDRA DE ADULTO Y ANCIANO.



ESTUDIO SOCIO-DEMOGRÁFICO Y EPIDEMIOLÓGICO DE LA VEJEZ

Autoras:

Br. Álvarez, María José.
Br. Antelo, Natalia.
Br. Coutto, Lorena.
Br. Igarzábal, Ruth.
Br. Vargas, Leticia.

Tutora:

Prof. Adj. Lic. Virginia Aquino.

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

Montevideo, 2012.



AGRADECIMIENTOS

Al Banco de Previsión Social por permitirme trabajar con Adultos Mayores residentes de los mismos.

A los ADULTOS MAYORES residentes de dichos complejos que sin su colaboración sería imposible llevar a cabo dicho estudio de investigación, por su tolerancia, y por su tiempo empleado para nosotros.

A la PROF. LIC. VIRGINIA AQUINO y a la CATEDRA DE ADULTO Y ANCIANO por su valioso aporte, colaboración, comprensión y su incondicional apoyo durante todo el proceso del presente trabajo de investigación.

Anexo 1: Consentimiento Informado para Participación en Investigación	32
Anexo 2:	39
Anexo 2: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN	37
Anexo 4: Necesidades vitales y problemas	39
Anexo 5:	34
Anexo 6: CUESTIONARIO PORTÁTIL DEL ESTADO MENTAL (PEPPER)	36
Anexo 7: CUESTIONARIO ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO	38
Anexo 8:	37

Facultad de Enfermería
URUGUAY
Avenida de la República
Av. 25 de Agosto, 12900
Montevideo, Uruguay



INDICE

RESUMEN4

INTRODUCCIÓN6

OBJETIVOS7

MARCO REFERENCIAL10

MARCO TEÓRICO12

METODOLOGÍA22

TABULACIÓN Y GRÁFICAS DE LOS DATOS OBTENIDOS47

ANÁLISIS73

CONCLUSION82

BIBLIOGRAFIA85

ANEXOS87

Anexo 1 Consentimiento Informado para Participantes de Investigación88

Anexo 289

Anexo 3: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN91

Anexo 4: Necesidades intereses y problemas:93

Anexo 594

Anexo 6: CUESTIONARIO PORTÁTIL DEL ESTADO MENTAL DE PFEIFFER96

Anexo 7: CUESTIONARIO: ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO98

Anexo 8101

Facultad de Enfermería

BIBLIOTECA

Hospital de Clínicas
 Av. Italia s/n Cor. Piso
 Montevideo - Uruguay



RESUMEN

El presente estudio fue realizado por cinco estudiantes de la FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA UDELAR (Generación 2007) con el objetivo de determinar la situación socio-demográfica y epidemiológica de Adultos Mayores residentes en tres complejos de Banco de Previsión Social, ubicados en la ciudad de Montevideo, durante el mes de Setiembre-Diciembre de 2012.

Tiene como propósito describir la situación socio-demográfica y epidemiológica de dichos Adultos Mayores y el estado de salud determinando el grado de dependencia funcional, el estado cognitivo, así como las necesidades y los factores que interfieren en el proceso de salud – enfermedad.

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en el período comprendido entre Setiembre-Diciembre de 2012 a un total de 100 adultos que participaron voluntariamente, tomando como muestra a 69 adultos mayores, la misma fue no probabilística casual de tipo intencional.

Realizándose una visita domiciliaria mediante una entrevista y observación, aplicándose un cuestionario como instrumento de recolección de datos brindado por la Cátedra de Adulto y Anciano.

Para el procesamiento de datos, la tabulación y representación gráfica de las variables se utilizó el sistema informático de Microsoft office Word y Excel 2010.

Con referencia al aspecto socio-demográfico la mayoría provienen de Montevideo, comprendidos en el rango etáreo entre 75 a 84 años y predominó el sexo femenino; destacándose la mayoría no cuentan con apoyo social; y en lo epidemiológico se encontró un



predominio de individuos con independencia funcional con función intelectual normal; un cuarto de los individuos con dependencia funcional de los cuales 4 viven solos.

Palabras claves: Enfermería, epidemiológico, sociodemográfico, Adulto Mayor.

Trabajo de investigación final de cinco estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República (Gobernada 2007) con la colaboración de la Cátedra de Adulto y Anciano. El que expresa un estudio epidemiológico descriptivo basado en datos recolectados de una muestra por probabilístico simple de egresados universitarios, en una entrevista a la población en los Centros de Atención Primaria de los Complejos del Seguro de Previsión Social (SPS) ubicados en departamentos: Montevideo, Maldonado y La Cumbre, con consentimiento informado del director de cada uno de los centros.

Se describe la situación socio-demográfica y epidemiológica de esta población adulta mayor y se determina su situación de salud desde la visión de un sistema integral siguiendo los lineamientos de Virginia Henderson, con una valoración de cada individuo, demostrando las deficiencias que no permiten la independencia total del adulto mayor y la no satisfacción de sus necesidades básicas. Así como también se describe los niveles de salud que no logran cumplir con el estado salud deseado. Como resultado se generará el plan y por consiguiente a los profesionales de la salud a trabajar y colaborar para mejorar el bienestar en esta etapa vital del ciclo vital, ya que el adulto mayor es un alto índice de población envejecida.

Se describen y operacionalizan operacionalmente variables biológicas, funcionales, cognitivas, sociales, económicas, demográficas, epidemiológicas y se les aplican técnicas de tendencia central y dispersión estadística según la naturaleza de la variable.



INTRODUCCIÓN

El presente informe corresponde al trabajo de Investigación Final elaborado por cinco estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República (Generación 2007) con la tutoría de la Cátedra de Adulto y Anciano, el que expone un estudio transversal - descriptivo, basado en datos obtenidos de una muestra no probabilística casual de tipo intencional, en una entrevista a la población de los Adultos Mayores residentes de los complejos del Banco de Previsión Social (BPS) ubicados en Montevideo en las zonas de la Blanqueada y la Unión; con consentimiento informado del director técnico de las institución.

Se identificó la situación socio-demográfica y epidemiológica de esta población adulta mayor y se determinó su situación de salud; desde la visión de Enfermería Integral siguiendo los lineamientos de Virginia Henderson, con una valoración de cada individuo, demostrando las limitaciones que no permiten la independencia total del Adulto Mayor y la no satisfacción de las 14 necesidades básicas. Así como también se identificaron varios aspectos legales que no logran cumplir con el marco legal Uruguayo. Dicha situación compromete al país y por consiguiente a los profesionales de la salud a continuar trabajando para mejorar el bienestar en esta etapa vulnerable del ciclo vital; ya que el Uruguay presenta un alto índice de población envejecida.¹

Se midieron y representaron gráficamente variables: biológicas, funcionales, cognitivas, sociales, económicas, demográficas, epidemiológicas y se les aplicara estadística de tendencia central y dispersión estándar, según lo requiera la variable.

¹ - Indicadores Socio demográficos De Envejecimiento Y Vejez En Uruguay. Pág. 83



PREGUNTA PROBLEMA

¿Cuál es la situación socio demográfico y epidemiológico en los Adultos Mayores de los complejos del BPS en el periodo comprendido en el mes de septiembre-diciembre de 2012?

OBJETIVOS

Objetivo General:

- Determinar la situación socio demográfico y epidemiológico de los Adultos Mayores que habitan los complejos del Banco de Previsión Social en el periodo comprendido en el mes de septiembre-diciembre de 2012.

Objetivos Específicos:

- Caracterizar la población de los Adultos Mayores que habitan en los Complejos de Banco de Previsión Social asignados.
- Identificar en la población por parte de enfermería su grado de independencia y su estado cognitivo, de acuerdo a la escala de Lawton - Brody y Pfeiffer respectivamente, para conocer las necesidades humanas de los Adultos Mayores.
- Conocer las limitaciones socio demográfico y epidemiológico de dichos Adultos Mayores así como los componentes de su nivel de vida.



JUSTIFICACIÓN

Este estudio pretendió alcanzar un enfoque más amplio al momento de abordar al usuario; trató de estudiar al individuo desde el punto de vista integral en su ámbito socio demográfico y epidemiológico. Se consideró de suma importancia aportar conocimientos sobre el perfil de la población, debido a que es motivo de preocupación social en Uruguay para todos los servicios del Estado involucrados.

Se consideró importante conocer las limitaciones y factores que interfieren en su proceso de salud enfermedad. Destacamos una necesidad fundamental de vida humana es la vivienda, la cual está íntimamente unida al concepto de salud. En la población de estudio este aspecto está cubierto ya que disponen de una vivienda por medio de un programa del Banco de Previsión social (BPS), el que provee de soluciones habitacionales para jubilados y pensionista. El concepto idóneo de vivienda es aquel que cumple una serie de aspectos relacionados con la salud y el bienestar social. Esta debe ajustarse a unos principios con el fin de acercarse al concepto ideal de alojamiento, de forma que este repercuta positivamente en el estado de salud de las personas que la habitan. La puesta en práctica de esos principios dependerá de diversos aspectos, como la cultura, clima, tipo de terreno, etc.

Según datos del Programa Adulto Mayor brindado en 2004 se estima que dicha franja estaría representada por el 17% de la población la cual era mayor de 60 años.² Mas del 80% tenían jubilaciones y pensiones pero estas no cubrían las necesidades de atención y cuidado necesario para esta etapa de la vida, y un porcentaje creciente de Adultos Mayores hoy día no cuentan con ingresos de pensiones, por pertenecer a sectores de trabajo informal, en los que no

² Disponible en: www.ine.com.uy. Consulta 28 noviembre 2011.



generan derechos o beneficios sociales, se les otorga ya cuando son muy añosos o cuando sufren una discapacidad severa una pensión a la vejez.³

Por otro lado, existe una experiencia relacionada con la presente investigación en Uruguay de los autores: Mariana Paredes; Maite Ciarniello y Nicolás Brunet, en que se presenta una perspectiva comparada con en el Contexto Latinoamericano (2010). Los resultados de dicha experiencia señalaron grandes vacíos de fuentes de datos que resultarían importantes para contribuir a tal proceso de diagnóstico.

Esta proyección nos induce a pensar que en el futuro la población Adulta Mayor aumentaría; por lo cual Uruguay sería un país que continuará envejeciendo. Argumento a favor de la investigación ya que como futuros profesionales de Salud debemos estar preparados para un país con un alto índice de población adulta.⁴

Por este motivo fue importante conocer la realidad actual del Adulto Mayor en los Complejos del B.P.S, y así poder aportar conocimientos para la creación de futuras estrategias, dirigidas a obtener una mayor satisfacción de vida.

³. Programa del Adulto Mayor. 2004. Lic. Enf. María Eugenia De Marco.

⁴ - Mariana Paredes; Maite Ciarniello; Nicolás Brunet. Indicadores Sociodemográficos de Envejecimiento y Vejez en Uruguay



MARCO REFERENCIAL

Ley 9.202 del 5 de setiembre de 1933, creada por el Ministerio de Salud Pública, a partir de un Congreso Nacional de Higiene y de un Servicio de Asistencia Pública Nacional.

Todo lo Inherente a la Salud pública, se enmarca en un conjunto de leyes que regulan el funcionamiento del MSPs.

En este orden y referente a los Adultos Mayores, encontramos las leyes que a continuación se mencionan:

Ley 17796 del 19 de agosto de 2004, creada por el Senado y la Cámara de Representantes, Promoción Integral de los Adultos Mayores, describe en su artículo 50 inciso A al D como se debe atender la salud de los Adultos Mayores, garantizando y asegurando los derechos de éste rango etéreo.

Ley 17866 del 21 de marzo del 2005 Creación del Ministerio de Desarrollo Social, a quien le compete las políticas de áreas de juventud, mujer y familia, Adultos Mayores, discapacitados y desarrollo social en general.

Creación del Programa Nacional del Adulto Mayor (**PRONAM**) por parte del Ministerio de Salud Pública en el año 2005, que se dedica a promover y asegurar la calidad de vida de los adultos mayores mediante la atención integral de sus necesidades, la promoción de sus derechos, interactuando el estado con la sociedad civil. La tarea del PRONAM es establecer contactos con organismos privados y públicos por ejemplo con IMM, MSP, BPS, UdeLaR, etc., para amparar los derechos del Adulto Mayor, obteniendo una asociación de recursos e iniciativas.

⁵ - Disponible en: www.msp.gub.uy. Consulta Internet 27 noviembre 2012.



Ley 18922 del 6 de julio de 2012, creada por el Senado y la Cámara de Representantes, Seguro Nacional de Salud, se dispone la Incorporación Progresiva de Nuevos Colectivos; describe la incorporación al Seguro Nacional de Salud a los jubilados y pensionistas no amparados por el mismo, mayores de 74 años de edad, realizando sus aportes al Fondo Nacional de Salud, cuyo ingreso total por jubilaciones, pensiones y prestaciones de pasividad similares no supere la suma de 3 BPC (bases de prestaciones y contribuciones) mensuales. Los beneficiarios podrán elegir el prestador de servicios de su preferencia y deberán permanecer en el mismo durante 5 años⁶.

En Uruguay el programa de Soluciones Habitacionales del Banco de Previsión Social (B.P.S) al que tienen derecho: los jubilados y pensionistas del B.P.S con ingresos nominales menores a \$ 5171 aproximadamente y que estando inscriptos en el Programa de soluciones habitacionales, se encuentran dentro de las condiciones requeridas.

Los aspirantes son convocados por el B.P.S para una entrevista, de acuerdo a un orden calificado, donde se ofrecerán las diversas soluciones habitacionales y se estudiará la mejor solución posible para cada persona. Los requisitos que deberán presentar dichos aspirantes son: ser jubilado o pensionista del B.P.S, con un ingreso que no podrá superar las 12 UR, a excepción de aquellas localidades del interior que el monto es de 24 UR, no podrán ser propietario, copropietario, usufructuario, titular de derechos de uso y habitación, promitente o titular de otros programas de viviendas ya sean públicos o privados. Además deberán ser personas autoválidas (válidas por sí mismas).⁷

⁶ Disponible en: www.parlamento.gub.uy. (consulta: 27nov.2012)

⁷ Disponible en <http://www.bps.gub.uy>. Consulta 23 agosto 2011.



MARCO TEÓRICO

Se define al **Hombre** como un ser bio-psico-social: un ser integral en que deben considerarse aspectos biológicos, psicológicos y sociales, en permanente relación dialéctica con el medio por su quehacer transformador de la realidad objetiva, capaz de elaborar conocimientos acerca de sí mismo y de su realidad, lo cual expresa a través de sus necesidades.

Como unidad biológica cumple las funciones vitales de nutrición, reproducción y relación con el medio, siendo estas funciones comunes con los demás sistemas vivos, pero además debemos considerar los aspectos psicológicos y sociales.⁸

Los tres aspectos están vinculados entre sí, las características biológicas dan las bases sobre las cuales se irá construyendo la personalidad del individuo en su constante interrelación con el medio. El estado de salud implica un estado de equilibrio entre los aspectos, según la OMS (1985): *"La salud es la capacidad de desarrollar el propio potencial personal y responder en forma positiva a los retos del ambiente"*.⁹ A raíz de esta definición se desprende que el estado de salud es dinámico, para poder alcanzarlo todo ser humano debe vencer los retos que se le presenten. Entendemos como concepto dinámico de salud y de **salud- enfermedad** al proceso que constituye un producto social que se distribuye en las sociedades según el momento histórico y cultural en que el Hombre se encuentre. El cual, puede tener distintos grados de independencia de acuerdo a su capacidad reaccional y a la situación salud-enfermedad en que se encuentre. Alcanzar el grado máximo de salud y desarrollar al máximo las potencialidades propias, depende de tres factores: salud física, salud mental y salud social.

⁸ Barreneche, Menoni, Lacava, Monge, Acosta, Crosa. Actualización En Salud Comunitaria Y Familiar. Herramientas Metodológicas para el Trabajo en el Primer Nivel de Atención. Montevideo, Uruguay. 2009. Cap. 1. Pág. 13.

⁹ Antonio Farías Osuna "Enfermería comunitaria" Barcelona- 2000- Cap.1. pág. 4.



Como Derecho inalienable del Hombre, la salud, que debe estar asegurado por el Estado a través de políticas eficaces, con la participación de la población y del equipo de salud, promoviendo la autogestión de los grupos¹⁰. Para ello el estado debe tener en cuenta los indicadores de salud. Se entienden por tales a las mediciones cuantitativas y cualitativas que describen una situación con respecto a la misma: su frecuencia, su tendencia, su evolución; o variables asociadas a un problema. A su vez, estas mediciones contemplan lo que se llaman **indicadores de salud:**

Estado de Salud: Al estado de las personas y de los grupos que viven en una región, por ejemplo: demografía, nutrición, desarrollo físico, enfermedad. Para medirlos se utilizan entre otros instrumentos: encuestas y censos.

Condiciones del medio: Todo aquello que influye en el estado de salud, como por ejemplo: saneamiento, acceso al agua potable, vivienda, trabajo.

Actividades y servicios: Todas las organizaciones cuyas actividades y/o servicios tienden a proteger la salud, tales como la eficiencia de los hospitales, policlínicas barriales, personal de salud, así como centros escolares y culturales.

Desarrollo socio-económico y cultural: Al desarrollo socio-económico y cultural de la comunidad ya que indirectamente afecta a la salud.

⁷ - Actualización En Salud Comunitaria Y Familiar. Herramientas Metodológicas. Pág. 13-19.



Cada uno de estos indicadores influye en forma diferencial entre los individuos. Esto en parte, depende de la etapa del desarrollo en que se encuentre. Es un proceso integral y cada una de las etapas puede aparecer en distintos tiempos, dependiendo de cada individuo y de sus necesidades, esta investigación se basara en una etapa del desarrollo humano en la que debemos tener en cuenta que se sustenta en las etapas anteriores de la vida de cada individuo. Dentro del Proceso de envejecimiento entendiendo como tal a un conjunto de cambios fisiológicos y anatómicos de carácter natural provocados por el paso de los años, resultado de un proceso altamente complejo y variable que involucra cambios a nivel celular, histológico y orgánico condicionado por factores: estresantes, estilo de vida, falta de apoyo social, autoestima los cuales pueden llegar a generar dichos cambios.¹¹

La ciencia que se encarga del estudio de los procesos de envejecimiento y los problemas de las personas mayores es la Gerontología. Este término etimológicamente proviene de "geron" que significa viejo y "logos" que significa estudio o tratado. Hoy en día la Gerontología se define como: *"ciencia interdisciplinaria que estudia el envejecimiento y la vejez teniendo en cuenta los aspectos bio-psico-sociales pues estos aspectos influyen de manera directa en la forma como el ser humano asume su proceso de envejecimiento."*¹²

Por otro lado, tenemos a la Geriátrica, rama de la medicina dedicada al estudio del diagnóstico y tratamiento de las enfermedades propias o frecuentes en la vejez. En tanto, la enfermería Gerontológica, es la utilización de los conocimientos gerontológicos aplicados a la práctica de enfermería, mientras que la enfermería Geriátrica está dedicada al cuidado del

¹¹ Mariana Paredes; Maite Ciarniello; Nicolás Brunet. Indicadores Sociodemográficos de Envejecimiento y Vejez en Uruguay

¹² Rodrigo Guerrero, "Epidemiología". Pág.12



anciano y ofrece una visión de la panorámica actual en relación a los adultos mayores, desde la individualidad del ser anciano y desde los fenómenos de envejecimiento poblacional. Ambas ciencias serán contempladas a lo largo de la investigación.¹³

Es fundamental aplicar el Proceso de Atención de Enfermería (P.A.E) a los adultos mayores, entendiéndose el mismo como un método sistemático con base científica y humanista, organizado para administrar cuidados de enfermería individualizada e integral. Con base científica porque sigue los pasos del método científico y el de resolución de problemas e humanista, por los valores de vida con los que se trabaja. El P.A.E. es un juicio clínico, en donde se interpreta, analiza una serie de observaciones y es capaz de proponer un plan de acción al respecto. Es un método que se emplea para favorecer el seguimiento directo y continuado del proceso de atención de enfermería por el equipo de salud y por los familiares y que se retroalimenta constantemente con la visita domiciliaria. Se entiende por tal, al encuentro del equipo de salud con la familia y/o usuario en su lugar de residencia, siendo una de las acciones primarias para llevar a cabo la **atención integral en salud**.

El P.A.E. consta de una serie de etapas las cuales se describen en el siguiente cuadro:

VALORACIÓN: Se reúnen los datos del usuario en forma integral y así se pueden identificar las necesidades, intereses y problemas (N.I.PS.).

DIAGNOSTICO: Se analiza la información que se recogió, se identifican los problemas relacionándolos a una causa. Se determina cuales son los problemas que se trabajaran en forma independiente.

¹³ José Millán, "Gerontología y Geriátrica"



PLANIFICACIÓN: Se elabora un plan de acción donde se tiene en cuenta la prioridad de los problemas la fijación de objetivos. Decidir qué acciones se realizaran para alcanzar los objetivos y registrarlo.

EJECUCIÓN: Se lleva a cabo lo planificado en la etapa anterior y el registro de las actividades realizadas.

EVALUACIÓN: Se determina cómo ha funcionado el plan.

La atención integral a la salud incluye entre otros aspectos de salud individual, familiar y colectiva. El contacto entre el equipo de salud y la familia puede hacerse de diferentes formas, a través de la entrevista clínica, de las escuelas, en organizaciones barriales o en el hogar.

La visita domiciliaria que puede ser espontánea o programada y a su vez, de seguimiento y control, constituye el encuentro del equipo de salud con la familia o usuario, en su lugar de residencia, siendo una de las acciones primarias para llevar a cabo la atención integral a la Salud, esta acción permite:

- Conocer el medio en que vive la familia y poder detectar factores de riesgo que interfieren en el proceso de Salud-Enfermedad, por lo cual se realizarán acciones de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación del usuario.
- Proporcionar cuidados así como en centros asistenciales, en el domicilio.
- Ayudar a la persona enferma y a su familia a "vivir mejor" su enfermedad, cuidando, informando y utilizando al máximo los recursos sanitarios del medio.
- Educar al usuario y a la familia, fomentando la auto-responsabilidad y el mayor grado de autonomía e independencia del sistema sanitario.



Por otro lado, es necesario estudiar el apoyo social no sólo como posible determinante de ciertas formas de enfermedad, sino también como una variable dependiente. Al intentar definir "apoyo social" encontramos que es un concepto multidimensional. Con el fin de incluir todas sus dimensiones, el término ha sido definido como la totalidad de recursos provistos por otras personas, como sería la disposición, el contenido emocional y la red social donde se encuentra ya sea la familia, amigos, vecinos, compañeros de la comunidad, del trabajo.

Para operacionalizar esta variable se contemplarán, el apoyo social recibido: es decir confianza de los individuos del que el apoyo social está disponible si se necesita y apoyo social provisto: esto es, acciones que otros realizan para proveer asistencia a un individuo determinado.

Es oportuno destacar que dentro del presente trabajo se contrastará las necesidades propuestas por Virginia Henderson, con la realidad social de los Adultos Mayores en Complejos del BPS.

Tomamos como base el trabajo de Virginia Henderson (Principios Básicos de los Cuidados de Enfermería, Consejo Internacional de Enfermeras, Suiza, 1971) ya que esta presenta una visión integral del paciente.

Si bien Henderson no especifica una definición propia sobre salud, en su obra equipara la salud con la independencia.

Considera la **salud**, en función de la capacidad del paciente para realizar sin ayuda los 14 componentes de la asistencia de la enfermería.

Afirma que es *"la calidad de la salud más que la vida en sí misma, esa reserva de energía mental y física que permite a la persona trabajar de una forma más efectiva y alcanzar su mayor nivel potencial de satisfacción de la vida."*



No tiene una definición propia de entorno pero lo define como "el conjunto de todas las condiciones e influencias exteriores que afectan a la vida y el desarrollo de un organismo."

Toma al paciente como un individuo que requiere asistencia para obtener salud e independencia o una muerte tranquila.

Argumenta que la mente y el cuerpo son inseparables. Valora al paciente y su familia como una unidad.

Identifica 14 necesidades básicas en el paciente, que constituyen los componentes de la asistencia de enfermería.

Dichas necesidades se describen a continuación:

Respirar: Es la función vital en la cual el organismo absorbe oxígeno y elimina dióxido de carbono. Se debe tener el control de algunos aspectos ambientales, tales como la temperatura, humedad, sustancias irritantes y olores.

Beber y comer: La necesidad de que la enfermera/o conozca los aspectos psicológicos de la alimentación para poder establecer una supervisión constante sobre la comida, teniendo en cuenta gustos, hábitos entre otros elementos.

Eliminar: Nuestro organismo procesa y elimina los desechos que no necesita a través de sudor, heces, orina, etc. La enfermera/o deberá observar la frecuencia y características de la eliminación.

Moverse y mantener la buena postura: Cambios posturales y la prevención de úlceras por decúbito, e incluye la rehabilitación.

Dormir y descansar: La enfermera/o deberá saber la cantidad y calidad del sueño, el dolor y el uso indiscriminado de somníferos.



Vestirse y desvestirse: La importancia de reducir al mínimo la interrupción de costumbres establecidas y el uso de ropas que lo hagan sentir un miembro activo de la comunidad.

Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales: Es la capacidad del organismo de regular la temperatura corporal, agregando factores externos si es necesario.

Estar limpio, aseado y proteger los tegumentos (tomado de la traducción como sinónimo de piel y mucosa): Al valor psicológico, aparte del fisiológico. El número de baños completos deben determinarse de acuerdo con la necesidad física y la voluntad del paciente.

Evitar los peligros: La prevención de accidentes y a la protección de si mismo y de las personas que le rodean. La autoestima. También introduce el conocimiento sobre esterilización.

Comunicar: El fomento de las buenas relaciones del paciente, promueve el bienestar del mismo.

Ayuda a la persona a comprenderse a sí mismo y cambiar ciertas condiciones, que son las que lo han convertido en enfermo y aceptar aquello que no puede ser cambiado.

Actuar según sus creencias y sus valores: Al respeto y tolerancia a la raza, color, religión, creencias y valores. Secreto profesional.

Ocuparse para realizarse: Aceptación del rol de cada uno. Trabajar

Recrearse: Todo lo que pueda ser un estímulo y un medio de hacer ejercicio. La enfermera/o puede ayudar a los familiares y amigos del paciente a que atiendan las necesidades recreativas del mismo.

Aprender: La orientación, el adiestramiento o la educación forman parte de los cuidados básicos de la mayoría de las personas. La enfermera tiene una función docente.



Del análisis de estas necesidades desprende que la enfermería tiene la función única de ayudar a los individuos sanos o enfermos, el deber de formarse en ciencias biológicas, sociales y apreciar las necesidades humanas básicas. Los 14 componentes de la asistencia abarcan todas las funciones posibles de la enfermería.

La enfermera y el paciente siempre trabajan con un objetivo, sea este la independencia o la muerte tranquila. Una de las metas de la enfermera debe ser que el paciente transcurra "con la mayor normalidad posible". La promoción de la salud es otro de los objetivos importantes para la enfermera.¹⁴

Es el rol de la enfermería profesional contribuir con herramientas para la elaboración de estrategias que mejoren el cuidado de la vejez en Uruguay por que existe la necesidad de ser muy específicos en la tarea del área de la salud de los adultos mayores y por nuestra parte contamos con un cuerpo de conocimiento y metodología propia, para la asistencia directa de su auto cuidado, así como para el abordaje de las personas adultas mayores según los requerimientos en función de las capacidades que vienen de las situaciones personales de cada individuo para conservar la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de esta.

Por otra parte, entre todos los fenómenos sociales y biológicos, los acontecimientos demográficos se encuentran entre las mejores medidas, puesto que se prestan a los cálculos más precisos, por tanto, más predictivos y la disciplina social importante para la medicina porque se ocupa del estudio de las poblaciones de los seres vivos, y más concretamente de las poblaciones humanas, desde el punto de vista descriptivo y analítico, su dimensión (cantidad), su

14 Morriner - Tomey, Modelos y Teorías en Enfermería. 1994. Pág. 102 - 111



estructura (composición y distribución), su evolución en el tiempo (dinámica), sus caracteres generales, sus relaciones con otros fenómenos sociales, tiene como objeto de estudio al individuo y a la población debe ser conocida tanto por los que trabajan en el campo de la medicina como en los de la gerontología, el de salud pública.¹⁵

Las investigaciones demográficas (encuestas) y los datos acumulados (censos, registros, encuestas) proporcionan tanta información nueva y motivos de reflexión como instrumento inéditos que permitan un conocimiento mejor de la comunidad y de las sociedades humanas, mientras la epidemiología es *"el estudio de la distribución y los determinantes de los estados o acontecimientos relacionados con la salud en poblaciones específicas y su aplicación para controlar los problemas de salud, en términos operativos, la epidemiología clásica también puede definirse como el medio para estudiar los determinantes de las decisiones en salud pública y medicina comunitaria y el impacto de estas decisiones entre los individuos, grupos de individuos poblaciones, enfermedades de intereses, la forma en que se manejan y como se analiza la salud."*

Método:

Entrevista estructurada

Descripción: Para la recolección de los datos se realizó una entrevista estructurada a los habitantes de dicha comunidad, se utilizó la encuesta mediante un cuestionario de Estudio Epidemiológico de la Casa del Adulto y Anciano, diseñado por la Cátedra de Adulto y Anciano de la Facultad de Enfermería (Anexo 7).

¹⁵ Hernán San Martín, Vicente Pastor, Ferrero. "Epidemiología De La Vejez", Madrid. 1990.



METODOLOGÍA

Tipo y diseño general del estudio:

- Diseño epidemiológico y sociodemográfico descriptivo de corte transversal.

Universo de estudio:

Población: Todos los habitantes adultos mayores de complejos habitacionales del BPS ubicados en la zona de La Unión y La Blanqueada, durante el mes de Setiembre del 2012.

Selección y tamaño de la muestra:

Muestra: Residentes del complejo BPS Adultos Mayores de 65 años que consientan por escrito.

Selección de la muestra: no probabilística, intencional.

Criterios de inclusión

Usuarios mayores de 65 años.

Usuarios de ambos sexos.

Usuarios que vivan en el complejo, habitacional del BPS

Los usuarios que estén dispuestos a que se le realice la entrevista o que se encuentren en el domicilio en el momento de la misma.

Método:

Entrevista estructurada.

Descripción: Para la recolección de los datos se realizó una visita de enfermería domiciliar a los habitantes de dichos complejos, se utilizó la encuesta mediante un cuestionario de Estudio Epidemiológico de la Salud del Adulto y Anciano, diseñado por la Cátedra de Adulto y Anciano de la Facultad de Enfermería (anexo 07).

Aspectos Éticos



Se explicó verbalmente y de manera detallada a los residentes de los complejos que se les realizó la encuesta, el proceso de investigación. Teniendo presente el derecho al conocimiento de una descripción detallada de la naturaleza de estudio, explicando de que trata la investigación y de tomar voluntariamente la decisión de participar o no de la misma. Solicitando el consentimiento por escrito de cada participante.

Consentimiento informado para los encuestados de manera escrita:

Se aplicó una ficha de consentimiento con el propósito de proveer a los participantes de esta investigación una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación fue realizada por cinco estudiantes de Licenciatura en Enfermería, de la Universidad de la República. La meta de este estudio es determinar la situación socio- demográfico y epidemiológico de los residentes de los complejos del Banco de Previsión Social.

Se les pidió a los participantes responder preguntas para completar un cuestionario. Esta tomó aproximadamente veinte minutos de tiempo. Lo que se conversó durante estas sesiones se escribió, de modo que el investigador transcribió después las ideas expresadas.

La participación en este estudio fue estrictamente voluntaria. La información que se recogió es confidencial.

Se evacuaron las dudas de los participantes, pudiendo estos retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le pareció incómoda, tuvo el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas (ver anexo 1).



Técnicas para la recolección de información:

Se realizó una entrevista estructurada, a la población de estudio.

Plan de análisis de los resultados

Se tabularon las variables cuantitativas y cualitativas que caracterizan a la población: edad en función del sexo; sexo y estado civil; número de hijos; procedencia; nivel de instrucción según edad en función del sexo; ocupación actual, el tipo ingreso económico; tipo de asistencia médica; controles de salud y hospitalizaciones; exámenes diagnósticos; inmunizaciones; antecedentes familiares en función de los antecedentes personales; uso de medicación según indicación médica; estado nutricional y hábitos alimenticios; actividad física; evaluaremos el estado de salud mental (anexo n° 6), se identificarán los niveles de dependencia funcional (anexo n° 5). Se utilizó la tabla dinámica provista por la Cátedra para ordenar y analizar los datos obtenidos.

Se calcularon las medidas de tendencia central (media, moda, mediana) para ubicarla dentro de la escala de medición, y medidas de dispersión estándar las cuales muestran la variabilidad de una distribución. Los programas informáticos que se utilizaron fueron: Microsoft Word y Microsoft Excel.¹⁶

Se presentaron los datos estadísticos mediante cuadros de una y dos entradas y gráficamente.

¹⁶ Hernández Sampieri. Metodología de la Investigación. Quinta Edición pág. 276-295.



Presentación de resultados estadísticos:

Los resultados se presentaron en tablas de una y dos entradas y se graficaron según el tipo y característica de la variable estudiada, la variable discreta se representó con diagrama de barras colocando en el eje de abscisas los diferentes valores de la variable mientras que en el eje de ordenadas la frecuencia, con barras o columnas separadas de altura correspondiente a la frecuencia adecuada, la variable continua cuando la amplitud del intervalo fue la misma, elevando columnas unidas a la altura de la frecuencia correspondiente, si la amplitud del intervalo era diferente, el área del rectángulo columna era proporcional a la frecuencia representada, si las variables eran cualitativa se utilizó el diagramas de sectores. Se utilizó indicadores socio-epidemiológicos: tasa de morbilidad, de nutrición, actividad sanitaria, económica y social.

Prueba de validación

Se realizará una prueba piloto con el fin de evaluar la fiabilidad del instrumento elaborado para la recolección de datos.

Descripción del formulario a utilizar:

Dicho formulario presento preguntas cerradas, abiertas, dicotómicas, cerradas con varias alternativas.



DEFINICIONES CONCEPTUALES Y OPERACIONALES DE LAS VARIABLES UTILIZADAS¹⁷

Procedencia

Definición conceptual: Origen, principio de donde nace o de donde deriva.

Definición operacional: Cualitativa nominal.

Categoría:

- Montevideo
- Interior

Sexo:

Definición conceptual: Condición orgánica que distingue al macho de la hembra en los seres humanos, en los animales y en las plantas. Clasificación de los hombres y mujeres teniendo en cuenta sus características anatómicas.

Definición operacional: Cualitativa nominal

Categorías:

- Femenino
- Masculino

¹⁷ Variables cualitativas (categorías) propiedad de los objetos en estudio, se determinara su presencia o ausencia. Variables cuantitativas: aquellas cuya magnitud puede ser medida en términos numéricos y clasificadas como continuas o discretas.



UNIVERSIDAD
DE LA REPUBLICA

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



Edad Cronológica:

Definición conceptual: Edad de un individuo expresado como el periodo de tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento, expresada en años.

Definición operacional: Cuantitativa ordinal.

Categorías:

- 65 – 74 años
- 75 - 84 años
- 85 - 94 años
- 95 o más

Ocupación

Definición conceptual: Cuidado que impide emplear el tiempo en otra cosa.

Definición operacional: Cualitativa nominal.

Categorías:

Ocupación anterior:

Ocupación actual

- Jubilado
- Pensionista

Tiene hijos

Definición: el Adulto Mayor presenta hijos.



UNIVERSIDAD
DE LA REPUBLICA

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



Definición operacional: cualitativa nominal.

Categoría:

- Si
- No

¿Con quién vive?

Definición conceptual: Personas con quién el encuestado comparte la vivienda.

Definición operacional: Cualitativa nominal

Categorías:

- Solo
- Cónyuge
- Hijo/hija
- Nietos
- Otros

Nivel de Instrucción

Definición conceptual: es la acción de instruirse. Se refiere el nivel educativo que logran alcanzar las personas.

Definición operacional: Cualitativa ordinal

Categorías:

- Primaria completa
- Secundaria completa



- Terciaria Completa

Cobertura médica

Definición conceptual: conjunto de actividades integradas, orientadas hacia la protección, prevención, promoción, rehabilitación y recuperación de la salud, que se desarrollan bajo la responsabilidad y financiamiento de una institución.

Definición operacional: Cualitativa nominal

Categorías

- Si
- No

Asistencia móvil

Definición conceptual: asistencia médica en caso de urgencia o emergencia, en el lugar que el Adulto Mayor se encuentre.

Definición operacional: Cualitativa nominal

Categorías

- Si
- No

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

Inmunización vigente

Definición conceptual: es un preparado de antígenos que una vez dentro del organismo provoca la producción de anticuerpos y con ello una respuesta de defensa ante micro organismos patógenos.



Definición operacional: cualitativas nominales

Categorías:

- Si
- No
- No sabe

Vacuna Neumococo:

- Si
- No

Vacuna Antigripal:

- Si
- No

Vacuna Antitetánica:

- Si
- No

Estado Civil:

Definición conceptual: Es la condición en la que se encuentra un Individuo en cuanto a sus relaciones con la sociedad.

Definición operacional: Cualitativa nominal

Categorías:

- Soltero/a



- Casado/a:
- Divorciado/a
- Viudo/a
- Unión libre

Presenta Carné del Adulto Mayor

Definición conceptual: presenta Carné del Adulto Mayor.

Definición operacional: Cualitativa nominal

Categorías:

- Si
- No

Antecedentes familiares:

Definición conceptual: es la información de la salud o enfermedad de los familiares cercanos (padre, madre, abuelos, tíos, etc.) que el Adulto Mayor presenta.

Definición operacional: Cualitativa nominal

Padres fallecidos por enfermedad cardiovascular:

Si No No sabe

Edad al fallecer:

Padre:



Madre: Sí No

Tíos: Sí No

Obesidad en Padre:

Si No

Obesidad en Madre

Si No

Obesidad en Tíos

Si No

Tabaquismo Padre

Si No

Tabaquismo Madre

Si No

Tabaquismo en Tíos

Si No

Sedentarismo en Padre

Si No

Sedentarismo en Madre



Si No

Sedentarismo en Tíos

Si No

Stress en Padre

Si No

Stress en Madre

Si No

Stress en Tíos

Si No

Diabetes en Padre

Si No

Diabetes en Madre

Si No

Diabetes en Tíos

Si No

Hipertensión arterial en Padre

Si No



Hipertensión en Madre

Si No

Hipertensión en Tíos

Si No

Dislipemias en Padre

Si No

Dislipemias en Madre

Si No

Dislipemias en Tíos

Si No

Patologías (antecedentes personales)

Definición conceptual: Es cuando por algún motivo se evidencia un desequilibrio en el proceso salud – enfermedad de las personas.

Definición operacional: Cualitativa nominal

Categorías

- Obesidad

Si No



• **Tabaquismo** *Enfermedades Cardiovasculares*

Si No

• **Sedentarismo**

Si No

• **Stress** *Enfermedades Cardiovasculares*

Si No

• **Diabetes**

Si No

• **Hipertensión arterial**

Si No

• **Dislipemias**

Si No

• **Enfermedades respiratorias**

Si No

Factores de Riesgo Personales

Definición conceptual: es toda circunstancia o situación que aumenta la probabilidad del adulto mayor de contraer una enfermedad

Definición operacional: cuantitativa nominal



Enfermedades de Sistema Cardiovascular

- Hipertenso

- Se controla:

Si No

Toma medicación:

Si no Nombre del fármaco

- Diabético:

Se controla:

Si No

Toma medicación:

Si no Nombre del fármaco

- Obeso:

Se controla:

Si No

Toma medicación:

Si no Nombre del fármaco

- Hipercolesterolemia:

Se controla:



Si No

Toma medicación:

Si no Nombre del fármaco

Factores de Riesgo modificables

Hábitos Alimenticios

Definición conceptual: Acto de tomar o proporcionar alimentos, nutrición.

Definición operacional: cualitativo nominal

- Consume carnes rojas

Si No

Todos los días

Tres veces por semana

Una vez al mes

- Consume pollo

Si No

Todos los días

Tres veces por semana

Una vez al mes



- Consume cerdos o derivados

Si No

Todos los días

Cantidad de minutos

Tres veces por semana

Una vez al mes

- Consume pescado

Si No

Todos los días

Tres veces por semana

Una vez al mes

Realiza ejercicio físico

Definición conceptual: conjunto de acciones motoras musculo esqueléticas.

Definición operacional: cualitativo nominal

Bicicleta: Si No

- Diariamente
- Tres veces por semana
- Cantidad de minutos

Concurre al gimnasio: Si No



• Diariamente

• Tres veces por semana

• Cantidad de minutos

Camina: Si No

• Diariamente

• Tres veces por semana

• Cantidad de minutos

Corre: Si No

• Diariamente

• Tres veces por semana

• Cantidad de minutos

Otro tipo de actividad: Si No

• Diariamente

• Tres veces por semana

• Cantidad de minutos

Come con sal

Si No

Régimen hiposódico:

Le agrega sal Normal



Come comida rápida (piza, hamburguesa, etc.)

Si No

Diariamente

Tres veces a la semana

Una vez al mes

Consume comidas elaboradas (embutidos ya preparados, etc.)

Si No

Diariamente

Tres veces a la semana

Una vez al mes

Actividad laboral

Definición conceptual: se refiere a la labor de las personas, trabajo o actividad legal remunerada.

Definición operacional: cualitativa nominal

Trabajo rural:

Si No

Trabajo con productos químicos (anilinas, berniz, cadmium)



Si No

Control médico:

Definición conceptual: es la valoración médica periódicamente.

Definición operacional: cuantitativa nominal.

Tiene carnet de salud vigente:

Si

No

6 meses

2 años

Realiza controles médicos con:

Cardiólogo: Si No Preventivo Rutina

Geriatras: Si No Preventivo Rutina

Medicina general: Si No Preventivo Rutina

Otros:

Exámenes:

Control de PA: Si No

Electrocardiograma:

Si

No



- Ecocardiograma: Si No
- Holter: Si No
- Orina: Si No
- Eco aparato urinario: Si No
- Doppler de vasos de cuello: Si No
- Sangre: Si No
- Radiografía de tórax: Si No

Alterados.....

- Exámenes ginecológicos: Si No ¿Cada cuánto?
- Papanicolaou: Si No ¿Cada cuánto?
- Ecografía ginecológica: Si No ¿Cada cuánto?
- Colposcopia: Si No ¿Cada cuánto?
- Ecografía transvaginal: Si No ¿Cada cuánto?
- Mamografía: Si No ¿Cada cuánto?
- Ecografía de mama: Si No ¿Cada cuánto?

Presenta alguno de estos síntomas:

Confusión repentina, dificultad al hablar o del entendimiento del habla:



Si No

Dificultad repentina para ver en uno o en ambos ojos:

Si No

Dificultad repentina al caminar, vértigo, o pérdida del equilibrio o de la coordinación:

Si No

Dolores de cabeza fuerte, repentino y sin causa conocida:

Si No

Visión doble:

Si No

Somnolencia:

Si No

Otros:

Si No

Examen físico:

Peso (kg):

Talla: (cm²)

IMC= kg (cm²)



Perímetro de la cintura:

Cifras de glucemia:

Cifras de colesterolemia:

PA (ultimo valor):

Salud mental

Definición conceptual: la salud mental suele ser definida como el estado de equilibrio de una persona y su entorno socio-cultural. Este estado garantiza al individuo su participación laboral, intelectual y social para alcanzar un bienestar una adecuada calidad de vida.

- Con el test Pfeiffer se evaluarán el grado de deterioro del estado las funciones intelectuales.

Categorías:

- Función intelectual normal
- Alteración intelectual leve.
- Alteración intelectual moderada.
- Alteración intelectual severa.

Nivel de dependencia

Definición conceptual: es el grado en el cual una persona depende de otras para realizar las diferentes tareas tales como, bañarse, trasladarse, vestirse, comer, etc. Se utilizara para recabar



dicha información el test Índice de Lawton y Brody para medir el nivel de dependencia en función de actividades de la vida diaria e instrumentales

Definición operacional: Cualitativa nominal.

- Índice de Lawton y Brody

Categorías:

- Dependiente
- Independiente.

INDICADORES

Indicador demográfico:

Tasa morbilidad:

- Tasa bruta de morbilidad: n° de enfermos x 100 o 1000

Población total

Obesidad: $\frac{18 \times 100}{69} = 26$ Hipertensión: $\frac{50 \times 100}{69} = 72$ Diabetes: $\frac{9 \times 100}{69} = 13$ Dislipemia: $\frac{24 \times 100}{69} = 35$

69

69

69

69

Indicadores de nutrición

- Consumo semanal de carnes.

Pollo: 74%

Pescado: 66%

Carnes rojas: 61%



Cerdo: 25%

TABULACIÓN Y GRÁFICAS DE LOS DATOS OBTENIDOS

Indicadores de actividades sanitarias

- Porcentaje de población por edad inmunizada frente a enfermedades infecciosas.

Mayores de 65 años: 68% contra antitetánica

38% antigripal

30,5% anti neumococo.

Tabla n° 1

- Porcentaje anual de consultas médicas.
- oftalmólogo 38%
- traumatólogo 13%
- reumatólogo 9,5%
- gastroenterólogo 9,5%
- endocrinólogo 6%
- dermatólogo 6%
- otorrinolaringólogo 6%
- psiquiatra 3%
- urólogo 3%
- neurólogo 3%
- hematólogo 3%

Gráfica n° 1



Fuente: Encuesta Casera de Salud, Septiembre 2012

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGUN PROCEDENCIAS

- neurólogo 3%
- hematólogo 3%

Gráfica n° 2



Fuente: Encuesta Casera de Salud, Septiembre 2012

Indicadores económicos y sociales

- Tasa de alfabetización : 92,5%

TOTAL: 120 personas

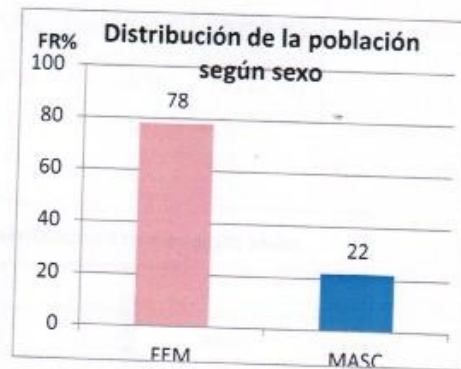
DISTRIBUCIÓN TABULACIÓN Y GRÁFICAS DE LOS DATOS OBTENIDOS

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN SEXO

Tabla n° 1

SEXO	FR %	FA
FEM	78	54
MASC	22	15
TOTAL	100	69

Gráfica n° 1



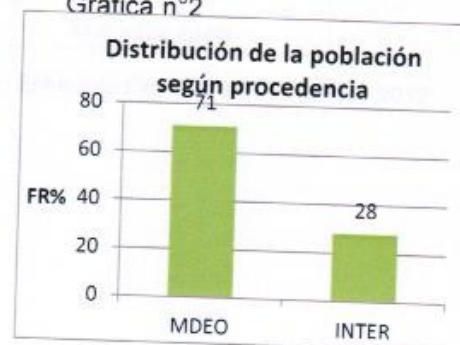
Fuente: Entrevista Estructurada. Setiembre 2012.

DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN PROCEDENCIA

Tabla n°2

PROCEDENCIA	FR %	FA
MDEO	71	49
INTER	28	20
TOTAL	100	69

Gráfica n°2



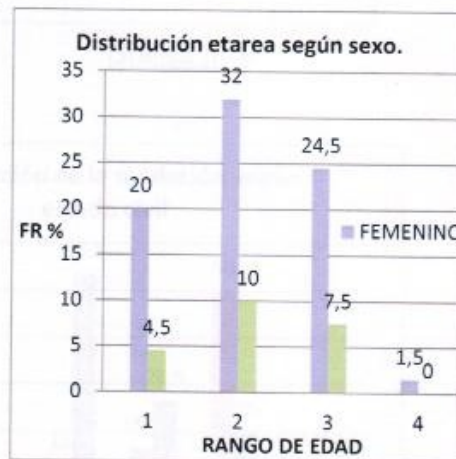
Fuente: Entrevista Estructurada. Setiembre 2012.

DISTRIBUCION ETAREA SEGUN SEXO

Tabla nº 3

SEXO	EDAD (años)				FA / FR%
	65 - 74	75 - 84	85 - 94	95 o MÁS	
FEMENINO	14 (20 %)	22 (32 %)	17 (24,5 %)	1 (1,5 %)	54 (78 %)
MASCULINO	3 (4,5 %)	7 (10 %)	5 (7,5 %)	0	15 (22 %)
TOTAL	17 (24,5 %)	29 (42 %)	5 (7,5 %)	1 (1,5 %)	15 (22 %)

Gráfica nº 3



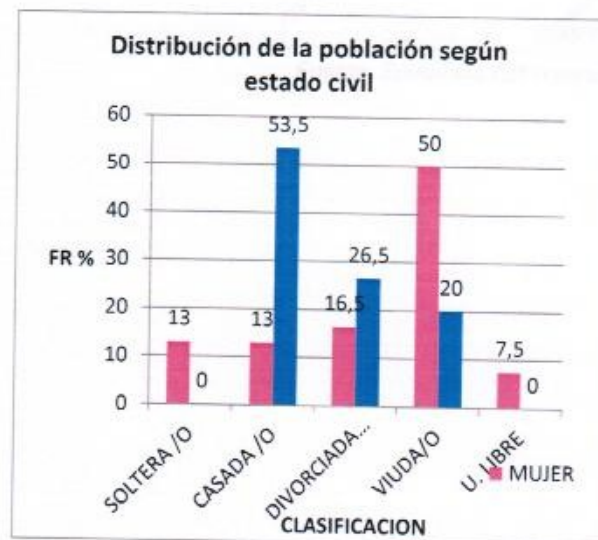
Fuente: Entrevista Estructurada. Setiembre 2012.

DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN ESTADO CIVIL

Tabla n° 4

ESTADO CIVIL	MUJER	FR %	HOMBRE	FR %	TOTAL
SOLTERA /O	7	13	0	0	7
CASADA /O	7	13	8	53,5	15
DIVORCIADA/O	9	16,5	4	26,5	13
VIUDA/O	27	50	3	20	30
U. LIBRE	4	7,5	0	0	4
TOTAL	N = 54	100	N = 15	100	N = 69

Gráfica n° 4



Fuente: Entrevista Estructurada. Setiembre 2012.

DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN NIVEL DE EDUCACION

Tabla nº 5

NIVEL DE EDUCACION	FA	FR %
PRIMARIA COMPLETA	54	77,5
SECUNDARIA	8	12
ANALFABETO	4	6
SIN DATO	1	1,5
PRIMARIA INCOMPLETA	1	1,5
TERCIARIA	1	1,5
TOTAL	69	100

Gráfica nº 5



Fuente: Entrevista Estructurada. Setiembre 2012.

Fuente: Encuesta Estructurada. Agosto 2012.

DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN OCUPACION ANTERIOR

Tabla nº 6

OCUPACION ANTERIOR	FR %
DOMESTICA	35
LAVORES	17,5
COSTURERA	5,5
ADMINISTRATIVA	4,5
CHANGADOR	4,5
TAXISTA	4,5
VENDEDORA/O	4,5
ACOMPAÑANTE DE ENFERMOS	2,5
AUXILIAR DE SERVICIO	2,5
PINTOR	2,5
CAJERA	1,5
AUXILIAR DE ENFERMERIA	1,5
CONSTRUCCION	1,5
FERIANTE	1,5
MANTENIMIENTO	1,5
MECANICO INDUSTRIAL	1,5
NIÑERA	1,5
OPERARIA DE FABRICA DE VIDRIO	1,5
TECNICO CALEFACCIONISTA	1,5
TELECOMUNICACIONES	1,5
ZAPATERO	1,5
TOTAL	100

Gráfica nº 6



Fuente: Entrevista Estructurada. Setiembre 2012.

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACION SEGUN OCUPACION LABORAL

ACTUAL

Tabla n° 7

OCUPACION LABORAL	FR %	FA
ACTUAL		
SI	1,5	1
NO	98,5	68
TOTAL	100	69

Gráfica n° 7



Fuente: Entrevista Estructurada. Setiembre 2012.

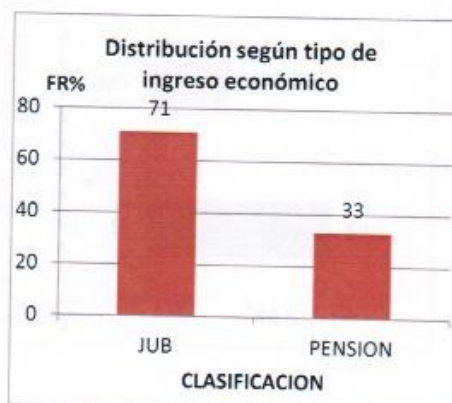
DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN TIPO DE INGRESO

ECONOMICO

Tabla n° 8

TIPO DE INGRESO	FR %	FA
ECONOMICO		
JUB	71	49
PENSION	33	23
TOTAL	100	69

Gráfica n° 8

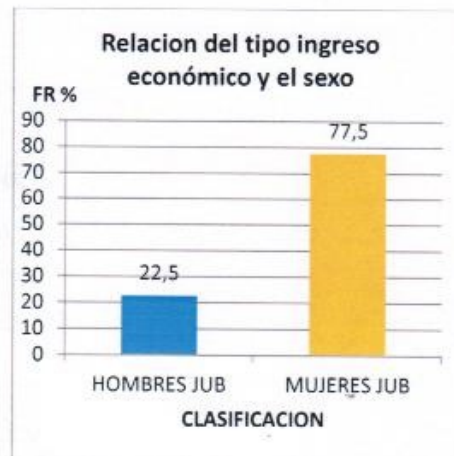


Fuente: Entrevista Estructurada. Setiembre 2012

Tabla n° 8.1

Gráfica n° 8.1

SEXO / TIPO DE INGRESO	FA	FR %
HOMBRES JUB	11	22,5
MUJERES JUB	38	77,5
TOTAL	49	100



Fuente: Entrevista Estructurada. Setiembre 2012.

DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN LA PRESENCIA DE HIJOS

Tabla n° 9

Gráfica ° 9

TIENE HIJOS/AS	FA	FR %
SI	48	69,5
NO	21	30,5
TOTAL	69	100



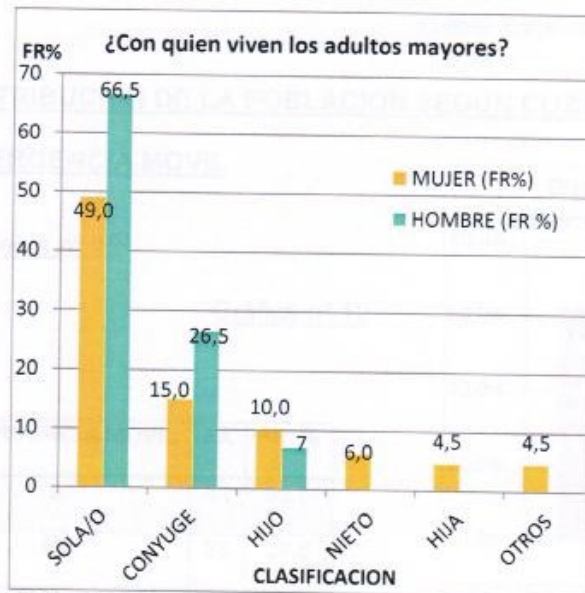
Fuente: Entrevista Estructurada. Setiembre 2012.

**DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN CON QUIEN VIVEN LOS
ADULTOS MAYORES**

Tabla n° 10

¿CON QUIEN VIVE?	MUJER (FR%)	HOMBRE (FR %)
SOLA/O	49	66,5
CONYUGE	15	26,5
HIJO	10	7
NIETO	6	0
HIJA	4,5	0
OTROS	4,5	0

Gráfica n° 10



Fuente: Entrevista Estructurada. Setiembre 2012.

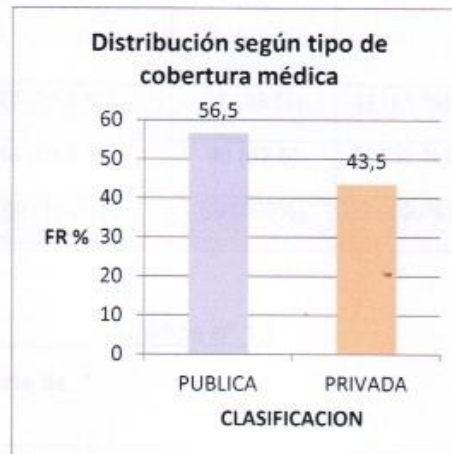
DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN TIPO DE COBERTURA

MÉDICA

Tabla nº 11

Gráfica nº 11

COBERTURA MEDICA	FA	FR %
PUBLICA	39	56,5
PRIVADA	30	43,5
TOTAL	69	100



Fuente: Entrevista Estructurada. Setiembre 2012.

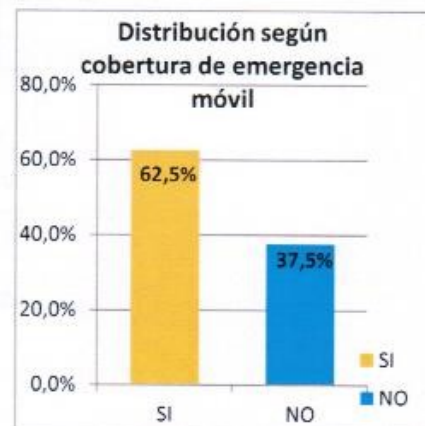
DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN COBERTURA DE

EMERGENCIA MOVIL

Tabla nº 12

Gráfica nº 12

EMERGENCIA MOVIL	FA	FR %
SI	43	62,5
NO	26	37,5
TOTAL	69	100

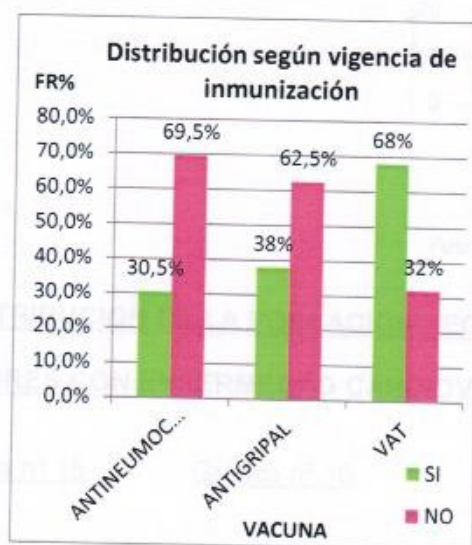


Fuente: Entrevista Estructurada. Setiembre 2012.

DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGÚN INMUNIZACION

Tabla nº 13

CLASIFICACION INMUNIZACION	ANTINEUMOCOCO	ANTIGRI PAL	VAT
VIGENTE			
SI	21 (30,5 %)	26 (38 %)	47 (68 %)
NO	48 (69,5 %)	43 (62,5)	22 (32 %)
TOTAL	69 (100%)	69 (100%)	69 (100%)



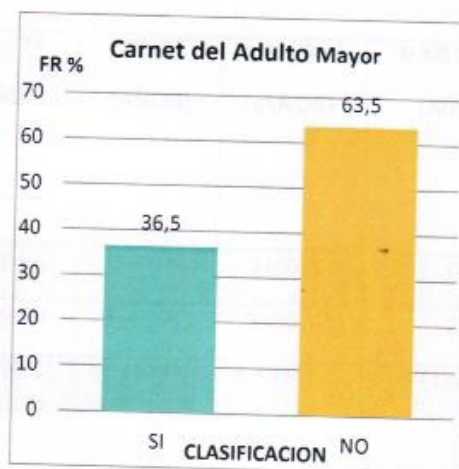
Fuente: Entrevista Estructurada, Setiembre 2012.

DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN PRESENCIA DEL CARNET DEL ADULTO MAYOR

Tabla nº 14

Gráfica nº 14

CARNET DEL A. MAYOR	FA	FR %
SI	25	36,5
NO	44	63,5
TOTAL	69	100



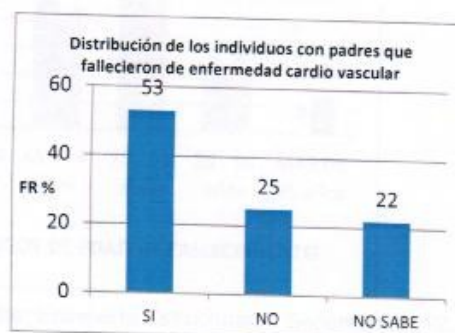
Fuente: Entrevista Estructurada. Setiembre 2012.

DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN FALLECIMIENTO DE LOS PADRES CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

Tabla nº 15

Gráfica nº 15

PADRES FALLECIDOS POR ENF. C. V.	FA	FR %
SI	36	53
NO	18	25
NO SABE	15	22
TOTAL	69	100



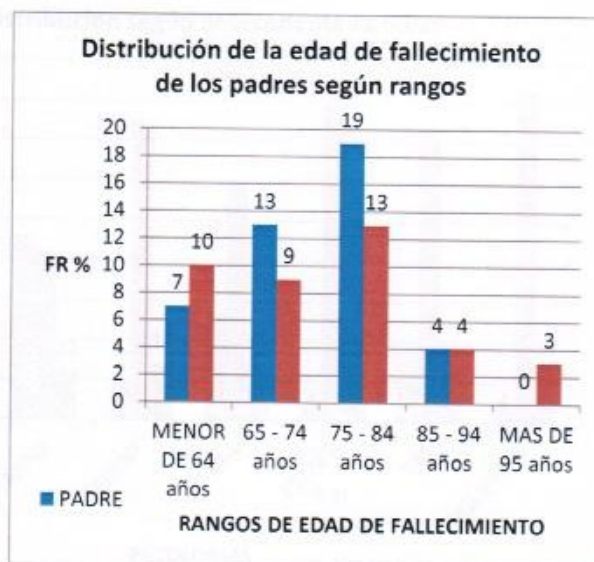
Fuente: Entrevista Estructurada. Setiembre 2012.

DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN LA EDAD DE FALLECIMIENTO
DE LOS PADRES

Tabla nº 16

EDAD DE PADRES FALLECIDOS POR ENF. CV	MENOR DE 64 (AÑOS)	65 - 74 (AÑOS)	75 -84 (AÑOS)	85 - 94 (AÑOS)	MAS DE 95 (AÑOS)
PADRE	5 (42 %)	9 (60 %)	13 (59 %)	3 (50 %)	0
MADRE	7 (58 %)	6 (40 %)	9 (41 %)	3 (50 %)	2
TOTAL	12 (100 %)	15 (100%)	22 (100%)	6 (100 %)	2 (100 %)

Gráfica nº 16



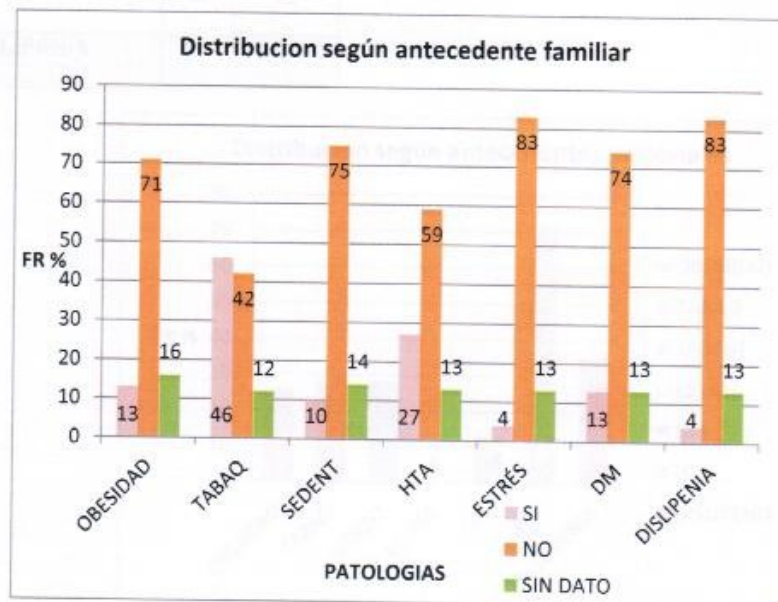
Fuente: Entrevista Estructurada. Setiembre 2012.

DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN ANTECEDENTE FAMILIAR

Tabla n° 17

ANTECED. FAMILIAR	SI	FR %	NO	SIN DATO
OBESIDAD	9	13	49	11
TABAQ	32	46	29	8
SEDENT	7	10	52	10
HTA	19	27	41	9
ESTRÉS	3	4	57	9
DM	9	13	51	9
DISLIPEMIA	3	4	57	9

Gráfica n° 17



Fuente: Entrevista Estructurada. Setiembre 2012.

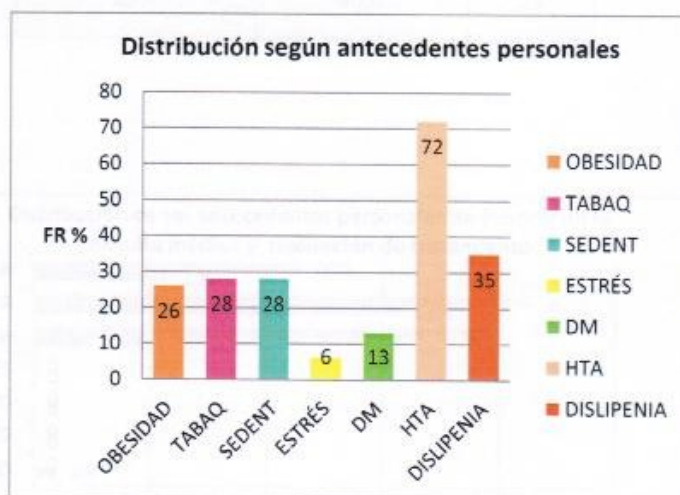
DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN ANTECEDENTES

PERSONALES

Tabla n° 18

ANTECEDENTES	FA	FR %
PERSONAL		
OBESIDAD	18	26
TABAQ	20	28
SEDENT	20	28
ESTRÉS	4	6
DM	9	13
HTA	50	72
DISLIPENIA	24	35

Gráfica ° 18



Fuente: Entrevista Estructurada. Setiembre 2012.

DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN LOS ANTECEDENTES PERSONALES EN FUNCION DE LA CONSULTA MÉDICA Y LA REALIZACION DEL TRATAMIENTO

Tabla nº 19

ANTECEDENTE PERSONAL	CONTROL MEDICO (FR %)	TRATAMIENTO (FR %)	TOTAL
OBESIDAD	4%	0	18
TABAQUISMO	0	0	20
SEDENTRISMO	0	0	20
ESTRÉS	0	0	4
DM	10%	67%	9
HTA	63%	86%	50
DISLIPENIA	23%	46%	24

Gráfica nº 19



Fuente: Entrevista Estructurada. Setiembre 2012.

**DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN LOS HABITOS ALIMENTICIOS
Y ESTILO DE VIDA.**

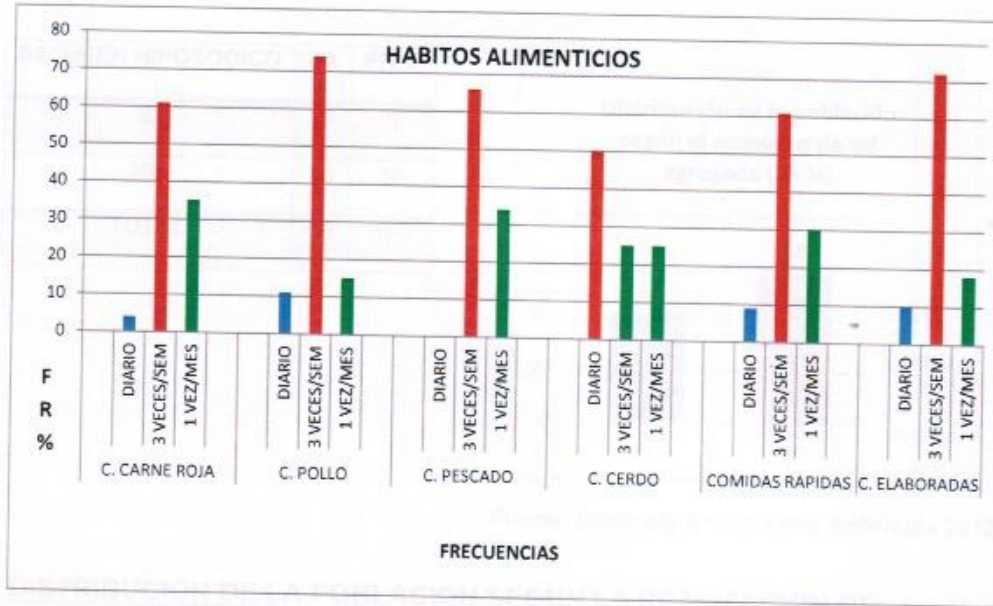
Tabla n° 20 a

HABITOS ALIMENTICIOS			
C. COMIDA ELABORADOS	FRECUENCIA	FA	FR %
	DIARIO	3	10
	3 VECES/SEM	21	72
	1 VEZ/MES	5	18
	TOTAL	29	100
C. CERDO	FRECUENCIA	FA	FR %
	DIARIO	24	50
	3 VECES/SEM	12	25
	1 VEZ/MES	12	25
	TOTAL	48	100
C.COMIDA RAPIDA	FRECUENCIA	FA	FR %
	DIARIO	2	9
	3 VECES/SEM	14	61
	1 VEZ/MES	7	30
	TOTAL	23	100

Tabla n° 20 b

HABITOS ALIMENTICIOS			
C. CARNE ROJA	FRECUENCIA	FA	FR %
	DIARIO	2	4
	3 VECES/SEM	32	61
	1 VEZ/MES	18	35
	TOTAL	52	100
C. POLLO	FRECUENCIA	FA	FR %
	DIARIO	7	11
	3 VECES/SEM	49	74
	1 VEZ/MES	10	15
	TOTAL	66	100
C.PESCADO	FRECUENCIA	FA	FR %
	DIARIO	0	0
	3 VECES/SEM	33	66
	1 VEZ/MES	17	34
	TOTAL	50	100

Grafica n° 20 (Fuente: Entrevista Estructurada. Setiembre 2012.)

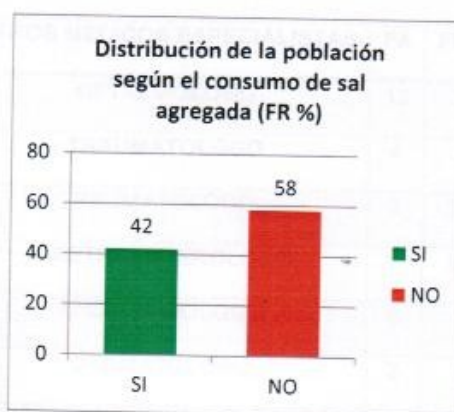


DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN AL REGIMEN HIPOSODICO

Tabla n° 21

REGIMEN HIPOSODICO	FA	FR %
SI	29	42
NO	40	58
TOTAL	69	100

Gráfica n° 21



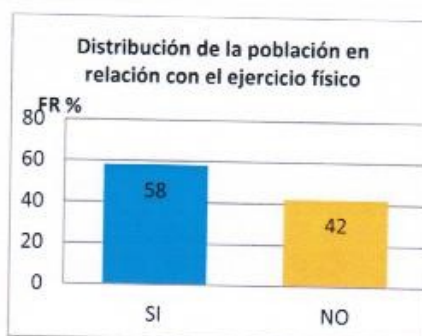
Fuente: Entrevista Estructurada. Setiembre 2012.

DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN LA REALIZACION DE EJERCICIO FISICO.

Tabla n° 22

REALIZACION DE EJERCICIO FISICO	FA	FR %
SI	40	58
NO	29	42
TOTAL	69	100

Gráfica n° 22



Fuente: Entrevista Estructurada. Setiembre 2012.

**DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN CONCURRENCIA A
CONSULTAS MÉDICAS.**

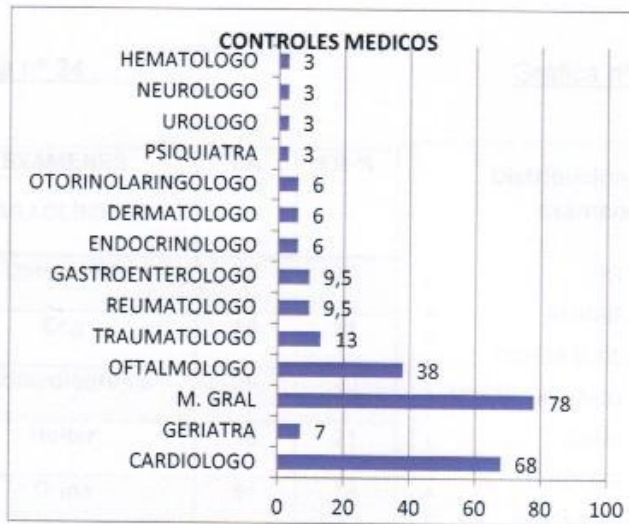
Tabla n° 23 a

Tabla n° 23b

CONSULTA MEDICA	FA	FR %
CARDIOLOGO	47	68
GERIATRA	5	7
M. GRAL	54	78

OTROS MEDICOS ESPECIALISTAS	FA	FR %
OFTALMOLOGO	12	38
TRAUMATOLOGO	4	13
REUMATOLOGO	3	9,5
GASTROENTEROLOGO	3	9,5
ENDOCRINOLOGO	2	6
DERMATOLOGO	2	6
OTORINOLARINGOLOGO	2	6
PSIQUIATRA	1	3
UROLOGO	1	3
NEUROLOGO	1	3
HEMATOLOGO	1	3
TOTAL	32	100

Gráfica n° 23



Fuente: Entrevista Estructurada. Setiembre 2012.

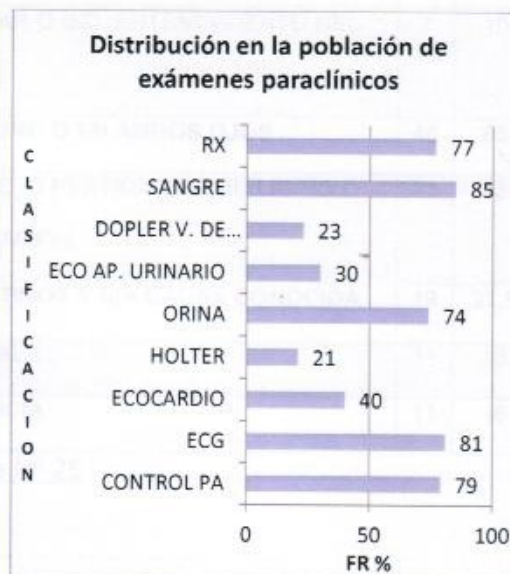
DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN REALIZACION DE EXAMENES

PARACLINICOS

Tabla nº 24

EXÁMENES PARACLÍNICOS	FA	FR %
Control PA	55	79
Ecg	56	81
Ecocardiograma	28	40
Holter	15	21
Orina	51	74
Ecografía de Aparato. Urinario	21	30
Dopler vasos. De cuello	16	23
Sangre	59	85
Rayos X	53	77

Gráfica nº 24



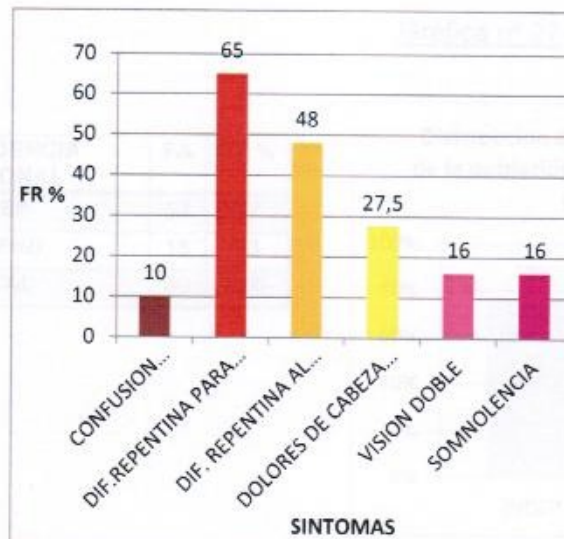
Fuente: Entrevista Estructurada. Setiembre 2012.

DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN SINTOMAS PRESENTES.

Tabla nº 25

SINTOMAS	FA	FR %
CONFUSION REPENTINA, DIF AL HABLAR O DEL ENTENDIMIENTO DEL HABLA.	7	10
DIF.REPENTINA PARA VER EN UNO O EN AMBOS OJOS	45	65
DIF. REPENTINA AL CAMINAR, VERTIGO, O PERTIDA DE EQUILIBRIO O DEL ACORDINACION.	33	48
DOLORES DE CABEZA FUERTE REPENTINOS Y SIN CAUSA CONOCIDA	19	27,5
VISION DOBLE	11	16
SOMNOLENCIA	11	16

Gráfica Nº 25



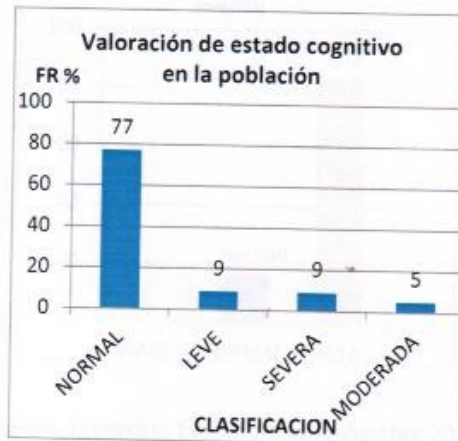
Fuente: Entrevista Estructurada. Setiembre 2012.

DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN VALORACION COGNITIVA.

Tabla n° 26

Gráfica n° 26

ESTADO COGNITIVO	FA	FR %
NORMAL	53	77
LEVE	6	9
SEVERA	6	9
MODERADA	4	5
TOTAL	69	100



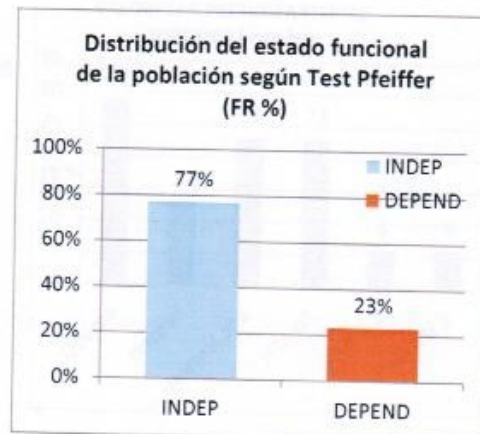
Fuente: Entrevista Estructurada. Setiembre 2012.

DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN EL ESTADO FUNCIONAL.

Tabla n° 27

Gráfica n° 27

DEPENDENCIA FUNCIONAL	FA	FR %
INDEP	53	77
DEPEND	16	23
TOTAL	69	100



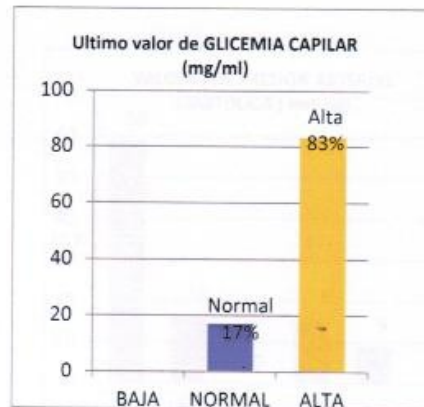
Fuente: Entrevista Estructurada. Setiembre 2012.

Distribución de cifras de glicemia capilar en la población

Tabla n° 28

Gráfica n° 28

GLICEMIA	RANGOS	FA	FR%
BAJA	MENOR 70	0	0
NORMAL	70-1,00	1	17
ALTA	MAYOR 1	5	83



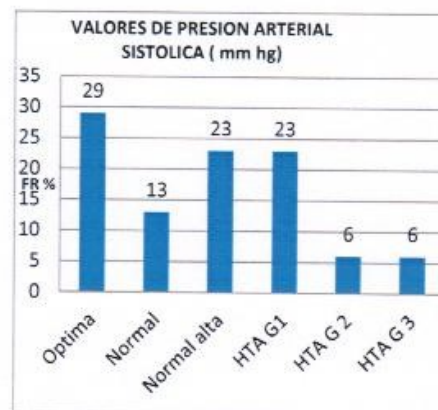
Fuente: Entrevista Estructurada. Setiembre 2012.

DISTRIBUCION DE VALORES DE PRESION ARTERIAL EN LA POBLACION

Tabla n° 29 a

Gráfica n° 29 a

	SISTOLICA (mm hg)	FA	FR %
Optima	120	20	29
Normal	120/129	9	13
Normal alta	130/139	16	23
HTA G1	140/159	16	23
HTA G 2	160/179	4	6
HTA G 3	180	4	6



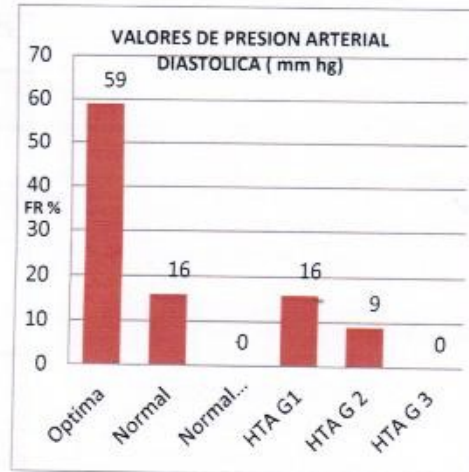
Fuente: Entrevista Estructurada. Setiembre 2012

Distribución del Índice de masa corporal en la población

Tabla nº 29 b

	DIASTOLICA (mm hg)	FA	FR %
Optima	80	41	59
Normal	80/84	11	16
Normal alta	85/89	0	0
HTA G1	90/99	11	16
HTA G 2	100/109	6	9
HTA G 3	110	0	0

Gráfica nº 29 b



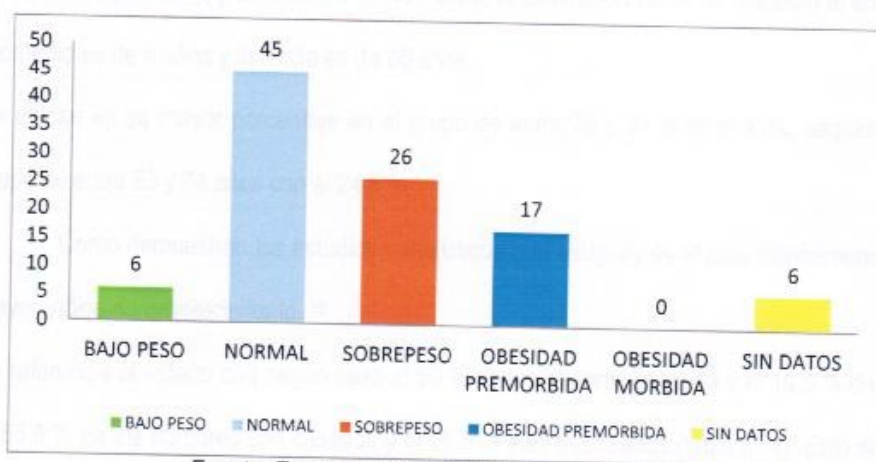
Fuente: Entrevista Estructurada. Setiembre 2012

Distribución del índice de masa corporal en la población

Tabla n° 30

IMC	RANGOS	FA	FR %
Bajo peso	Menor=19	4	6
Normal	20-25	31	45
Sobrepeso	26-30	18	26
Obesidad Pre-mórbida	31-40	12	17
Obesidad mórbida	Mayor a 40	0	0
Sin datos		4	6

Grafico n°30



Fuente: Entrevista Estructurada. Setiembre 2012.



ANÁLISIS

Durante el período del mes de setiembre-diciembre de 2012 se realizó un trabajo de investigación en donde se aplicó un cuestionario a un total de 69 Adultos Mayores de 65 años, residentes en los complejos de Banco de Previsión Social ubicados en la ciudad de Montevideo. Según los datos obtenidos (tabla n° 1) el mayor porcentaje en cuanto al sexo está representado el 78 % por el género femenino y un 22% masculino. Esta coincide con los datos estadísticos socio-demográficos publicados por el Ministerio de Salud Pública, donde se especifican que la mayor parte de la población adulta mayor pertenece al sexo femenino. Demostrando que con la vejez se consolida el surgimiento de hogares unipersonales especialmente femeninos.¹⁸

Se caracterizó un 72 % procedente de Montevideo y el 28 % del interior (tabla n° 2).

En cuanto a la edad de la población total estudiada la mediana se ubica en 80 años, con un mínimo de 65 años y un máximo de 107 años, la desviación estándar respecto al entorno del promedio es de 8 años y la moda es de 85 años.

Se ubican en su mayor porcentaje en el grupo de entre 75 y 84 años el 42%, seguidos por el grupo de entre 65 y 74 años con el 24.5 %.

Como demuestran los estudios estadísticos que Uruguay es el país latinoamericano con mayor índice de envejecimiento.¹⁹

En referencia al estado civil según sexo el 50 % de las mujeres es viuda y el 16.5 % divorciada. El 53.5 % de los hombres son casados y el 26.5 % son divorciados (tabla n° 4). Esto se debe a

¹⁸ Federico Rodríguez; Cecilia Rossel. Panorama de la Vejez en Uruguay (Universidad Católica, 2009)

¹⁹ Paredes; Ciarniello; Brunet. Indicadores Socio demográficos De Envejecimiento Y Vejez En Uruguay. Pág. 6 y 7.



que los hombres presentan menor edad al fallecer que las mujeres, debido a su biología masculina y social (ausencia de control médico, actividad laboral, etc.).

En cuanto al nivel de educación el 77.5 % completo el nivel de primaria mientras que el 8% completo el nivel de secundaria (tabla n° 5). Demostrando un elevado índice de alfabetización pero reflejando que los Adultos Mayores poseen muy bajos niveles educativos, es necesario crear políticas para la integración en la cobertura educativa.

Al estudiar sobre la ocupación anterior de la población se encontró que el 35 % reconoció haber sido empleada domestica y el 17.5 % ama de casa (tabla n° 6). En cuanto a la ocupación actual el 98.5 % se encuentra retirado de la actividad laboral, el 1.5 % se encuentra realizando alguna actividad laboral remunerada pero de manera informal (tabla n° 7). Dicho resultado concuerda con los criterios de exclusión planteados.

En lo que refiere al ingreso económico el 71 % del total recibe jubilación, mientras que el 33 % recibe pensión (gráfica n° 8), representando el 77.5 % de la población femenina y el 22.5 % a la población masculina; (tabla n° 8.1). Se registró la diferencia de género a favor de las mujeres en cuanto al ingreso proveniente de la cobertura de seguridad social jubilatoria, el BPS es el organismo estatal encargado de planificar, coordinar y administrar la seguridad social del país, en el período de gobierno de 2005 - 2009 se impulsaron iniciativas para mejorar los ingresos de los pasivos, no siendo actualmente suficientes para solventar algunas de las necesidades básicas.²⁰

El 69.5 % de la población tiene hijos, mientras que el 21 % no tiene hijos (tabla n°9).

²⁰ Paredes; Ciarniello; Brunet. Indicadores Socio demográficos De Envejecimiento Y Vejez En Uruguay.

En cuanto a los hombres se registro que: el 66.5 % vive solo y el 26.5 % vive con su cónyuge. En cuanto a las mujeres se registra que: el 49 % vive sola y el 15 % vive con un cónyuge (tabla n° 10). Demostrándose así carencia en lo que respecta al apoyo social viéndose insatisfecha la necesidad evitar los peligros en el hogar.

Con respecto a la cobertura médica de salud el 56.5 % es beneficiaria del sistema público de salud, y el 43.5 % recibe atención de una mutualista privada (tabla n° 11); y cuenta con servicio de emergencia móvil el 62.5 % mientras que el 37.5 % no cuenta con este servicio (tabla n° 12); los datos relevados demuestran que la mayoría cuentan con atención primaria domiciliaria y de forma inmediata, siendo esto de gran importancia para esta población tan vulnerable. A partir del año 2008 se amplió la cobertura de salud mediante una reforma que se sintetizó en el Sistema Nacional Integrado de Salud.

En cuanto a la inmunización vigente en la población estudiada se registro que el 46 % de personas no tienen ninguna vacuna vigente y que el 19 % tienen todas las vacunas como ser anti-neumococcica, la vacuna anti-gripal y la vacuna anti-tetánica, de las vacunas mencionadas se cuantificó que tienen solamente el 30% la primera vacuna, el 38 % solo la segunda y el 68% tiene la última mencionada (tabla n° 13). Se ve reflejado un déficit en la prevención de la salud, aumenta por consiguiente el riesgo a padecer enfermedades, debido a la desinformación de la población con respecto a la importancia de la inmunización, por esto es de gran importancia para los profesionales de la salud realizar estrategias de prevención en salud.

La mayor parte de la población encuestada no contaba con Carnet del Adulto Mayor representándose en un 63,5% de la misma ya el 36,5% si contaba con el mismo, pero no sabía de su utilidad (tabla n° 14), se comprueba que la mayoría no cuentan con esta herramienta de



registros compactos que transporta información vital, no sustituye a la historia clínica pero es de fácil manejo y accesibilidad para los profesionales que les brindan asistencia directa en el momento de la valoración.²¹

Cuando se interrogó a los individuos sobre los antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular se obtuvo el dato afirmativo en el 53 % de los casos, que refirió que su padre y/o madre fallecieron por tal afección; el 25 % señaló otras causas al fallecimiento, mientras que de un 22 % no se obtuvieron datos (tabla n° 15); en referencia a la edad de fallecimiento el mayor porcentaje se registro para el padre de la/el entrevistada/o en un 60 % en el rango de 65 a 74 años, seguido por un 59% del rango de entre 75 a 84 años.

En el caso de las madres de la/el entrevistada/o el 58 % falleció antes de cumplir 65 años, seguido por el 50 % en el rango de entre 85 y 94 años, (tabla n° 16).

En cuanto a las afecciones señaladas como antecedente familiar el mayor porcentaje para el tabaquismo es del 46 %, seguido del 27 % la hipertensión arterial (tabla n° 17), aumentando el riesgo de padecer enfermedades respiratorias siendo el tabaco un factor de riesgo nocivo importante.

En cuanto a los antecedentes personales se destaca la hipertensión con un 72 %, seguido con un 35% la dislipemia (tabla n° 18). Según los datos de Encuesta Nacional de Hogares Ampliada reflejan que la hipertensión en el Uruguay se hace más frecuente en esta población.²² Ya que los antecedentes familiares son un factor de riesgo no modificable, los adultos mayores tienen predisposición a padecer enfermedades cardiovasculares, viéndose reflejado en los datos descriptos con anterioridad. Por esto es de mucha importancia que el

²¹ Carné del Adulto Mayor

²² Consulta 28 nov. 2012 en <http://www.ine.gub.uy>



personal de enfermería realice educación en cuanto a un estilo de vida saludable, una dieta equilibrada, realizar ejercicio físico regularmente y no fumar, para así minimizar el riesgo a padecer dichas enfermedades.

En relación a los antecedentes laborales, los datos mostraron que el 30 % refirió haber estado expuesto a químicos, mientras que 70 % no lo estuvo. Se constata que la minoría de la población presenta algún riesgo de padecer enfermedad crónica a largo plazo por haber estado expuesto a químicos (anilinas, barniz, cadmium).

En los antecedentes personales se destacan que el 63 % de los hipertensos recibe control médico de los cuales el 86% se encuentra realizando tratamiento medicamentoso, el 23 % de los que refirieron hipercolesterolemia ha concurrido a control médico y realizan tratamiento farmacológico, en el 46 % se destaca los normolipemiantes (tabla n° 19).

Cuando se interrogó sobre el consumo de sodio el 58 % afirmó que consume sal con sus alimentos, mientras que el 42 % dice consumir una dieta hipo sódico (tabla n° 21). Se comprobó que como los datos epidemiológicos lo demuestran las patologías crónicas más frecuentes en los adultos mayores son hipertensión y dislipemia, propio de los países subdesarrollados.

De los hábitos alimenticios y estilo de vida impresiona el consumo diario en esta población mostro que el 50 % consume carne de cerdo, el 11 % consume pollo., el 10 % consume comidas elaborada y el 9 % consume comidas rápidas. El consumo referido a 3 veces por semana de pollo se ubica en el 74 %, comidas elaboradas el 72%, pescado en el 66% carnes rojas y comidas rápidas el 61 % cada una y cerdo el 12 %. Una vez al mes el 35 % consume carnes rojas, en referencia al pescado el 34 %, comidas rápidas el 30 %, alimentos elaborados el 18 %, pollo el 15 %, carne de cerdo el 12 % (gráfica n° 20). Comparando las

patologías más relevantes en esta población con los hábitos alimenticios, se observa que la gran mayoría de ellos no cumplen con el tratamiento dietético.

En relación con el ejercicio físico el 58 % de la población lo realiza, el 85 % realiza caminatas y el 15 % realiza gimnasia, a diario lo realizan el 37 %, 3 veces en la semana el 63 % y el 42 % no realiza ningún tipo de ejercicio (tabla nº 22). Es importante la realización del ejercicio para mejorar la salud en general, además aporta una sensación de bienestar y reduce los efectos negativos de estrés.

En lo referente al control médico no se demostró que esta población concurre a controles periódicos de rutina ni preventivos, generalmente concurren a consulta en el último año de forma coincidente con alguna afección situacional, preferentemente el 78 % consultó a medicina general, el 68% médico cardiólogo y el 7% consultó a médico geriatra (grafica nº 23). Se identificó que la población en estudio no hace uso de la especialidad que le corresponde a su rango etario, siendo el médico geriatra el especialista que se encarga de atender y tratar el proceso normal del envejecimiento.

De la paraclínica se registro que el 81 % se realizo un electro cardiograma, el 40 % se realizo un eco cardiograma, el 21 % se realizo un Holter, el 74 % se realizo un examen de orina, el 30 % se realizo una ecografia de aparato urinario, el 23 % se realizo un Doppler de vasos de cuello, el 85 % se realizo examen de sangre y el 77 % se realizo radiografia. Se encontró también que el 79 % de la población se controló la presión arterial (tabla nº 24).

El cuanto a los síntomas encontrados al momento de la encuesta se constató que el 65 % refirió dificultad repentina para ver en uno o en ambos ojos, el 48 % dificultad repentina al caminar, vértigo, o pérdida de equilibrio o de la coordinación, viéndose en la mayoría de la

población insatisfecha la necesidad de evitar peligros; el 27.5 % dolores de cabeza fuerte repentinos y sin causa conocida alterando el bienestar; el 16% visión doble y somnolencia viéndose insatisfecha la necesidad de dormir y descansar en la minoría de la población; y el 10 % confusión repentina y dificultad al hablar o del entendimiento del habla viéndose insatisfecha la necesidad de comunicarse en la minoría de la población (tabla nº 25). Es de gran importancia reconocer los síntomas en esta población de alto riesgo para evitar un accidente cerebro vascular.

Según los datos recabados del peso sobre la talla al cuadrado se pudo calcular el IMC de esta población, observando que el mayor porcentaje 45% presenta un estado nutricional normal siguiendo aquellos que padecen de sobre peso con un 26%, continuando los con obesidad con un 17% (tabla nº 31).

Según los datos recabados de valores de glicemia se pudo constatar que el 83% del total de los diabéticos padece de hiperglicemia mientras que el 17% está dentro de los valores normales (tabla nº28). La mayoría de los adultos refirieron que no se adherían al tratamiento dietético, por esto es de mucha importancia para el personal de enfermería informar sobre los factores de riesgo cardiovasculares, renales, en la visión, etc. que presenta dicha enfermedad; al igual que realizar educar sobre realizar el tratamiento dietético y medicamentos adecuado, realizar ejercicio físico, etc.

Analizando los datos obtenidos de cifras de Presión arterial se puede decir que el 72 % de la población padecía hipertensión, si separamos las cifras podemos observar que de la sistólica el 23% tiene HTA Grado 1 el 6% Grado 2 y con el mismo porcentaje Grado3, en comparación la diastólica el 16% padece HTA Grado 1, el 9% Grado 2 y el 0% Grado 3. En la PA



sistólica creemos que puede lograrse normalizar los valores con una correcta dieta hiposódica a valores inferiores de 130 mm hg y la PA diastólica reducirla a valores menores de 70 mm hg (tablas nº 29 y 30). La desviación estándar: PA sist. 23 y la PA diast. 14 mm hg, la moda es de 130 mm hg para la sistólica y de 60 y 70 mm hg para la diastólica mientras la mediana es de 130 mm hg sistólica y 70 mm hg diastólica, el promedio para la sistólica es de 129 y 73 mm hg para la diastólica, con una máxima de 150 mm hg sistólica y 100 mm hg diastólica y con un mínimo de 90 mm hg sistólica y 40 mm hg diastólica.

En referencia al estado cognitivo aplicando la escala de Pfeiffer se mostró que el 77 % de la población tiene función cognitiva normal, el 9 % tiene alteración cognitiva leve y alteración cognitiva severa, y el 5% tienen una alteración cognitiva moderada (gráfica nº 26).

El 77 % realiza las actividades de la vida diaria de forma independiente y el 23 % es dependiente de otra persona para realizarlas (gráfica nº 27), 4 de estos últimos viven solos contando con el apoyo insuficiente de los vecinos. Si bien se encontraron algunas necesidades fundamentales satisfechas, también podemos ver que un cuarto de la población presenta un alto grado de dependencia, comprobándose que necesitan ayuda para comer, moverse, vestirse y desvestirse, estar limpio no logrando la satisfacción de algunas de las necesidades básicas; y la mayoría de la población presenta un alto grado de independencia, utilizaban ropa y calzados adecuados al clima disminuyendo favorablemente el riesgo de caídas y lesiones de la piel, presentaba adecuada higiene corporal e integridad de la piel. En relación a los conocimientos que tienen los adultos respecto a su estado de salud, patología y tratamiento se identificó que la mayoría no conoce y no se adhiere a su tratamiento farmacológico y alimenticio.



También se aplicaron indicadores demográficos a esta población de estudio, para obtener porcentajes de niveles de morbilidad, nutrición, actividades sanitarias, económicos y sociales.

Podríamos de esta manera conocer la situación de salud y las limitaciones para satisfacer las necesidades básicas.

Logrando estudiar a los individuos desde un punto de vista de enfermería integral en su ámbito socio demográfico y epidemiológico.

Al mismo tiempo se identificarán varios aspectos legales que no tienen mucho que ver con el mundo legal Uruguayo.

Se constató la realización en algunos de los requerimientos legales fundamentados, destacándose la necesidad de tener relación a que ciertos regímenes especiales para solventar una situación sensible y variada. La Ley 17780 del 5 de junio de 2006 que los adultos mayores deben presentar una situación de buena salud, se sustentó con la Ley 15904.

En el capítulo de lo que refiere a salud la necesidad de encontrar asistencia, pero no satisfactoria, destacándose que no se encuentran incluidos en asistencia médica y que la gran mayoría cuenta con el nivel de ingresos móvil, pero un gran porcentaje no cuenta con cobertura vigente, se consultó adecuadamente con el tratamiento medicamentoso, no obstante algunos aspectos no están claros, a no ser que se vea afectado por alguna situación, según lo que se menciona.

En cuanto a la necesidad de atender al sistema que el análisis de esta población adulta mayor presenta...



CONCLUSION

Se puede afirmar que en este período se considera haber logrado los objetivos planteados.

Pudiéndose de esta manera conocer la situación de salud y las limitaciones para satisfacer las necesidades básicas.

Logrando estudiar a los individuos desde un punto de vista de enfermería integral en su ámbito socio demográfico y epidemiológico.

Así como también se identificaron varios aspectos legales que no logran cumplir con el marco legal Uruguayo.

Se constató la insatisfacción de algunas de las necesidades humanas fundamentales, destacándose la necesidad de comer relacionada a que perciben ingresos insuficientes para solventar una alimentación saludable y variada. La Ley 17796 Art. 5 A inciso IV describe que los adultos mayores deben presentar una alimentación de buena calidad, no cumpliéndose con la Ley vigente.

En su mayoría en lo que refiere a salud la necesidad se encuentra cubierta, pero no satisfecha, destacándose que no se encontró individuos sin cobertura médica y que la gran mayoría cuenta con servicio de emergencia móvil; pero un gran porcentaje no cuentan con inmunización vigente, no cumplen adecuadamente con el tratamiento medicamentoso, no efectúan exámenes periódicos de ningún tipo, a no ser que se vean afectados por alguna afección y deban concurrir al médico.

En cuanto a la necesidad de aprender se confirma que el analfabetismo en dicha población adulta mayor presenta niveles bajos en comparación con estudios anteriores. La Ley



17796 en el Artículo 5 B Inciso II describe que se debe facilitar el acceso al sistema educativo vigente permitiéndole a la población adulta mayor actualización cultural individual, se confirmó que la mayoría presenta solo primaria completa no cumpliéndose con la Ley vigente.

En lo que refiere a los antecedentes ocupacionales se destaca en el mayor porcentaje a la empleada domestica y el ama de casa así como también al ingreso económico proveniente de jubilaciones en el sexo femenino mientras que el menor porcentaje recibe pensión. Es así que se registró la diferencia de género a favor de las mujeres en cuanto al ingreso proveniente de la cobertura de seguridad social jubilatoria.

Se considera que se debería fortalecer la educación e intervención comunitaria en salud como base informacional a los adultos mayores; en lo que refiere a la hipertensión arterial la cual no solo constituye una enfermedad en si misma sino que también representa un factor de riesgo para la aparición o el agravio de otras enfermedades, como ser dentro de dicha población el colesterol y la diabetes; para que comprendan todo lo inherente a sus patologías, sintomatología y complicaciones de las mismas e incitar a los adultos mayores para que consulten al médico y accedan a realizarse un tratamiento prescripto. Consideramos que se debería promover una alimentación saludable, recreación y actividad física así como fortalecer la educación permanente y una adecuada salud integral. En referencia al estado cognitivo se mostro que la gran mayoría de la población tiene función cognitiva normal. La gran mayoría realiza funciones instrumentales de forma independiente mientras que la minoría es dependiente de otra persona para realizarlas. En cuanto a esto sugerimos que se implemente un plan de cuidados donde junto a un equipo de salud multidisciplinario, enfermería pueda evaluar a dichos individuos en



forma periódica para determinar, si los mismos están aptos para vivir solos y brindar servicios para contribuir a la independencia mejorando así su calidad de vida.

El producto de este trabajo puede contribuir a futuras investigaciones y a la elaboración de estrategias que mejoren el cuidado de la vejez en Uruguay y a nuestra formación dentro del área de la Salud de los Adultos Mayores, proporcionándonos herramientas para trabajar con este grupo etario que posee características particulares, por lo que se nos presenta la necesidad de ser muy específicos en la tarea. Hay una escasa información, tanto en relación del ejercicio de la prevención y la integración en el sistema de salud vigente, así como también los recursos de geriatría existentes en relación con el envejecimiento demográfico avanzado que atraviesa actualmente el Uruguay.

- *Guía Metodológica de la Investigación/ Editorial McGraw-Hill/ Quinta Edición / México D.F./ México/ 2010*
- *Miles, J. M.D. Cuéllar, Etilología "La Lengua De La Medicina Moderna" Barcelona, España, (1994).*
- *Montes - Torrey, "Medicines y Reacciones en Enfermedades", Editorial Mosby, Tampa (USA), Madrid, España, 1994*
- *MEP- DI GE SA, Programa Nacional del adulto mayor, Montevideo, Uruguay, 2005*
- *Paredes, Carolina, "Breves Análisis Socio Demográficos De Envejecimiento Y Vejez En Uruguay: Una Perspectiva Comparada En El Contexto Latinoamericano", Editorial Lunde ediciones, Primera edición, Uruguay, 2010*
- *Rodríguez, Rosal, "Paradigma de la Vejez en Uruguay (Universidad del Real, Montevideo Uruguay, 2008)*



BIBLIOGRAFIA

- Barreneche, T. Menoni, E. Lacava, A. Monge, C. Acosta, S. Crosa, Actualización En Salud Comunitaria Y Familiar. Herramientas Metodológicas Para El Trabajo En El Primer Nivel De Atención. Montevideo: Uruguay. 2009.
- Canales/ Metodología de la Investigación/ Editorial Limusa/ segunda edición/ México D.F/ México/ 1988
- Fariás Osuna "Enfermería comunitaria" Editorial Masson. Barcelona. 2000.
- Guerrero, "Epidemiología". Editorial Addison- Wesley Iberoamericana, México, 1986.
- Hernández Sampieri/ Metodología de la Investigación/ Editorial McGraw- Hill/ Quinta Edición / México D.F./ México/ 2010
- Milos, J.; M.D. Québec, Epidemiología "La Lógica De La Medicina Moderna" Barcelona, España, (1996).
- Morriner - Tomey", Modelos y Teorías en Enfermerías", Editorial Mosby, Dayma Libros, Madrid, España, 1994
- MSP – DI.GE.SA, Programa Nacional del adulto mayor, Montevideo, Uruguay, 2005
- Paredes; Ciarniello; Brunet. Indicadores Socio demográficos De Envejecimiento Y Vejez En Uruguay: Una Perspectiva Comparada En El Contexto Latinoamericano, Editorial Lucida ediciones, Primera edición, Uruguay, 2010.
- Rodríguez; Rossel. Panorama de la Vejez en Uruguay (Universidad Católica), Montevideo, Uruguay, 2009.



- San Martín "Epidemiología De La Vejez", Editorial: Mc Graw- Hill- Interamericana
Primera Edición, Madrid, España (1990)

Material Electrónico:

- Censos. INE (Internet) 2011 Junio. Disponible en www.ine.com.uy (consulta 7 de junio del 2011)
- Envejecimiento en Uruguay. MSP (Internet) 2011 Junio - 2012 Noviembre. Disponible en: www.msp.gub.uy (Consulta 7 Junio 2011, 27 noviembre 2012)
- Leyes Nacionales. Parlamento (Internet) 2012 Noviembre. Disponible en www.parlamento.gub.uy (Consulta 27 noviembre 2012)
- Soluciones Habitacionales. BPS (Internet) 2011 Mayo, Agosto - 2012 Noviembre. Disponible en www.bps.gub.uy (Consulta 28 mayo y 23 agosto 2011, 26 noviembre 2012)



Anexo 1 Consentimiento informado para Participantes de Investigación

El propósito de esta lista de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, del cómo de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es realizada por cinco estudiantes de Licenciatura en Enfermería de la Universidad de la República. La meta de este estudio es determinar la situación socio-demográfica y epidemiológica de los residentes de los complejos del Sector de Previsión Social.

Si usted decide participar en este estudio, se le podrá responder preguntas para completar el formulario. Esto tomará aproximadamente veinte minutos de su tiempo. La tasa de conversión de este estudio es de 100%.

Los datos de esta investigación serán utilizados para fines académicos y de investigación.

Los datos de esta investigación serán utilizados para fines académicos y de investigación.

Desde el momento en que usted acepta participar en este estudio, usted acepta que los datos de esta investigación serán utilizados para fines académicos y de investigación.

Los datos de esta investigación serán utilizados para fines académicos y de investigación.

La meta de este estudio es determinar la situación socio-demográfica y epidemiológica de los residentes de los complejos del Sector de Previsión Social.

Me han explicado también que tanto que responder un cuestionario, se le tendrá aprecio y se le dará un regalo.

Reconozco que la información que yo proveo en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando yo lo desee, sin que esto acarree ningún perjuicio para mí persona.

Anexos

Nombre del Participante [En letras de imprenta]	(Fecha del Participante)	Fecha



Anexo 1 Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por cinco estudiantes de Licenciatura en Enfermería, de la Universidad de la República. La meta de este estudio es determinar la situación socio- demográfico y epidemiológico de los residentes de los complejos del Banco de Previsión Social.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas para completar un cuestionario. Esto tomará aproximadamente veinte minutos de su tiempo. Lo que conversemos durante estas sesiones se escribirán, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por cinco estudiantes de Licenciatura en Enfermería, de la Universidad de la República. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es determinar la situación socio- demográfico y epidemiológico de los residentes de los complejos del Banco de Previsión Social.

Me han indicado también que tendré que responder un cuestionario, lo cual tomará aproximadamente veinte minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

-----Nombre del Participante (En letras de imprenta)	(Firma del Participante)	Fecha



Anexo 2

Autorización de firma

FF de estudio de identidad

Montevideo, Junio de 2012

Comisión de vecinos.

Complejos del Banco de Previsión Social.

FF de estudio de identidad

Por medio de la presente nos dirigimos a Uds. en base al convenio Facultad de Enfermería y Banco de Previsión Social solicitando autorización para realizar el Trabajo de Investigación Final de la Carrera Licenciatura en Enfermería titulado estudio socio demográfico y epidemiológico de la vejez con el fin de contribuir con la base de datos del BPS este será de carácter anónimo y voluntario.

Este trabajo se realizara en los complejos ubicados en Luis A. de Herrera 1975, Battle y Ordoñez 212 y Miguel Ángel 3739, durante el mes de Marzo de 2012. Para esta instancia contamos con la autorización de la Cátedra de Adulto y Anciano y la tutoría de la Lic. Mag. Miriam Costabel y Lic. Virginia Aquino.

Somos estudiantes cursantes de la generación 2007 que están al final de la carrera de Licenciatura en Enfermería.

Grupo Nro. 8

Estudiantes Facultad de Enfermería



Anexo 3: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Firma:

Aclaración de firma:

Nº de cedula de identidad:

Firma:

Aclaración de firma:

Nº de cedula de identidad:

Firma:

Aclaración de firma:

Nº de cedula de identidad:

Firma:

Aclaración de firma:

Nº de cedula de identidad:

	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	
Definición del problema																							
Definición del objetivo																							
Elección del tipo de investigación y sus alcances																							
Definición conceptual y operacional de los variables de estudio																							
Selección de la muestra																							



Anexo 3: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Fechas	Marzo	Mayo	Julio	Setiembre	Noviembre	Enero	Junio	Septiembre
	Abril	Junio	Agosto	Octubre	Diciembre	Febrero	Julio	Octubre
	2011					Marzo	Agosto	Noviembre
						2012		Diciembre
Actividades								
Reunión grupal	○ ○	○ ○	○ ○	○		○ ○ ○	○ ○	○ ○
Tutoría	○			○		○		○
Definición del problema de investigación, objetivo, pregunta de investigación, justificación.	○	○						
Revisión literaria, extracción y recopilación de información de interés, construcción del marco teórico	○	○						
Elección del tipo de investigación y sus alcances.		○						
Definición conceptual y operativa de las variables de medición.		○						
Selección de la muestra.		○						



Determinación de universo.								
Elaboración del protocolo de investigación.				○	○			
Entrega del protocolo						○		
Trabajo de campo y recolección de datos.						○	○	○
Tabulación y graficas estadísticas.						○	○	○
Análisis de datos y conclusión						○	○	○
Defensa del trabajo final								○

Activa del investigador	3	3	3	3	3	15
Falta de recursos	2	2	2	2	2	10
Administración inadecuada	3	3	2	2	2	12
Métodos inadecuados	1	2	2	2	1	8



Anexo 4: Necesidades intereses y problemas:

PROBLEMAS	GRAVEDAD	MAGNITUD	FACT. TECNICA	FAC. POLITICA	FAC. ECONOMICA	TOTAL
Enfermedades cardiovasculares	3	3	3	3	3	15
Incumplimiento del tratamiento farmacológico	3	3	3	3	3	15
Falta de controles médicos	3	3	3	3	3	15
Falta de conocimiento acerca de su patología	3	3	3	3	3	15
Falta de vacunas	2	2	3	3	3	13
Alimentación inadecuada	3	3	2	2	2	12
Hábitos nocivos	2	2	2	2	1	9

Anexo 5

Escala de evaluación funcional a través de las actividades instrumentales.

Índice de Lawton y Brody.

Puntuación total:

ASPECTO A EVALUAR		Puntuación
1) CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO:	Utiliza el teléfono por iniciativa propia	1
	Es capaz de marcar bien algunos números familiares	1
	Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar	1
	No es capaz de usar el teléfono	0
2) HACER COMPRAS:	Realiza todas las compras necesarias independientemente	1
	Realiza independientemente pequeñas compras	0
	Necesita ir acompañado para hacer cualquier compra	0
	Totalmente incapaz de comprar	0
3) PREPARACIÓN DE LA COMIDA:	Organiza, prepara y sirve las comidas 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
4) CUIDADO DE LA CASA:	Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados)	1
	Realiza tareas ligeras, 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
5) 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



6) USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE:	<i>Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche</i>	1
	<i>Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte</i>	1
	<i>Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona</i>	1
	<i>Sólo utiliza el taxi o el automóvil con ayuda de otros</i>	0
	<i>No viaja</i>	0
7) RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACIÓN:	<i>Es capaz de tomar su medicación a la hora y con la dosis correcta</i>	1
	<i>Toma su medicación si la dosis le es preparada previamente</i>	0
	<i>No es capaz de administrarse su medicación</i>	0
8) MANEJO DE SUS ASUNTOS ECONÓMICOS:	<i>Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo</i>	1
	<i>Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, bancos...</i>	1
	<i>Incapaz de manejar dinero</i>	0

- La información se obtendrá de un cuidador fidedigno.
- Se puntuará cada área conforme a la descripción que mejor se corresponda con el sujeto.
- Por tanto, cada área puntúa un máximo de 1 punto y un mínimo de 0 punto.

Referencia puntuación	Clasificación
0	Dependiente
8	Independiente

Anexo 6: CUESTIONARIO PORTÁTIL DEL ESTADO MENTAL DE PFEIFFER

Instrucciones para completar el cuestionario

Plantee al sujeto las preguntas de 1 a 10 de la lista y registre todos errores.

Para ser realizado en forma correcta las respuestas deben ser dadas sin referencia al calendario, periódico, certificado de nacimiento u otra ayuda para la memoria.

- Pregunta 1, se considera correcta solamente cuando son datos correctamente la fecha, el mes, y el año.
 - Pregunta 2, se define por si sola.
 - Pregunta 3, se considera correcta se brindad cualquier descripción correcta del local. "Mi casa", el nombre de la ciudad de residencia, el nombre del hospital o la institución.
 - Pregunta 4, se considera correcta cuando puede ser verificado el número de teléfono.
- *La pregunta 4ª (se realiza solamente si el sujeto no tiene teléfono)
- Pregunta 5, se considera correcta cuando la edad se corresponde con año de nacimiento
 - Pregunta 6, se considera correcta cuando solamente son dados la fecha, mes y el año son exactos.
 - Pregunta 7 Y 8, solamente requieren los apellidos de los presidentes.
 - Pregunta 9, no requieren ser verificadas. Se considera correcta si es dado un nombre de pila femenino más un apellido diferente al del sujeto.
 - Pregunta 10, requiere que todas las series sean realizadas correctamente para ser considerada válida. Cualquier error al intentar la serie inválida el resto.

Cuestionario portátil del estado mental de Pfeiffer.		Error
1. Fecha de hoy (día-mes-año)	0	1
2. Día de la semana (hoy)	0	1
3. Nombre de lugar	0	1



4. Número de teléfono	0	1
4ª. Dirección (si no tiene teléfono)	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 sucesivamente	0	1
Total:		

Puntajes del cuestionario:

La educación influye sobre el rendimiento en la prueba y por lo tanto debe ser tomada en cuenta al realizar la puntuación. A los efectos de realizar la puntuación se han considerado tres niveles educacionales:

- a) Personas que solamente han tenido una educación de nivel escolar.
- b) Personas que han cursado estudios secundarios en forma parcial o completa.
- c) Personas que han recibidos educación superior.

Para los sujetos con nivel de educación secundario rigen los siguientes criterios:

Errores	Clasificación
0-2	Funcionamiento intelectual normal.
3-4	Alteración intelectual leve.
5-7	Alteración intelectual moderada.
8-10	Alteración intelectual severa.



Anexo 7: CUESTIONARIO: ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO

ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO

DATOS DEL ENTREVISTADO

Nombre: _____ C.I. _____

Indique el dato que corresponda

Montevideo	Interior	Barrio	Manzana/Solar	Calle	Número					
Fecha última visita			Número de visitas							
Sexo	Edad	Trabajo	Tipo Ocupación Anterior	Tipo Ocupación Actual	Jubilado	Personero/a				
F	M									
Tiene hijos				Si	No					
Con quien vive										
Solo		Cónyuge		Hijo/a		Nieto	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	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 alternativo)

	Se controla		Toma medicación		Nombre el firmaco
	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
Consumo carnes rojas					
Consumo pollo					
Consumo cerdo o derivados					
Consumo pescado					

Realiza ejercicio físico

	Si	No	Diariamente	3 veces/semana	Cant. minutos
Bicicleta					
Concurre al gimnasio					
Caminata					
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.)					
Consumo comidas elaboradas (embutidos, ya preparadas, etc.)					

Actividad laboral

	Si	No
Trabajo rural		
Trabajo con productos químicos (anilinas, bauxita, cadmio)		

CONTROL MÉDICO

	Si	No	6 meses	2 años
Tiene carnet de salud vigente				

		Preventivo		Rutina	
Realiza control médico					
Cardiólogo	Si	No	Ginecología	Si	No
			Medicina Gen.	Si	No
			Otros		



**ESTUDIO
 EPIDEMIOLÓGICO
 SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO**

Exámenes	Control P/A (1)	BCG (3)	ECOCAR (3)	HOUTER (4)	Otros (5)	ECO Ap. Ultrasonio (6)	Doppler de vasos de cuello (7)	Sangre (8)	R. TX. (9)	Alergias (reg. n°)
Si										
No										

	Si	No	Cada cuanto
Examen ginecológico			
Papanicolaou (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		
Sonolencia		
Otros		

EXÁMEN FÍSICO

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

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



Anexo 8

PRESUPUESTO APROXIMADO

Mes	Trasporte	Internet	Papelería	Alimentación	Comunica.	Total(U\$)
Marzo	302	300	921	300	300	2123
2011						
Abril	300	300	614	1500	300	3014
Mayo						
Junio	540	300	70	800	300	2010
Julio						
Agosto	816	300	244	700	200	2260
Sept.						
Oct.	302	300	120	300	400	1422
Noviem.						
Dic	544	300	60	600	300	1840
Enero	302	300	60	300	300	1262
Feb.2012						
Marzo	1200	300	100	550	100	2250
Abril						
Mayo	1362	300	100	300	300	2362



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
ESTRUCTURA

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



junio

Julio	1038	300	150	500	200	4338
Agosto						
Set.	1600	300	1030	1010	679	4619
Nov	302	300	60	300	300	1262
Dic.	1000	1000	2500	450	600	2000