



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
CÁTEDRA ATENCIÓN DEL ADULTO Y ANCIANO



# FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y EPIDEMIOLÓGICOS DE LA VEJEZ

**Autores:**

Br. Castrillón de Freitas, Andrés Sebastián.  
Br. Conde Santana, Lucia Gabriela.  
Br. Ruiz Rodríguez, Luciano Adrián.  
Br. Veglio Díaz, Betina Analí.  
Br. Zaffaroni Hernández, María Verónica.

**Tutora:**

Prof. Adj. Virginia Aquino.

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

Montevideo, 2012.



## AGRADECIMIENTOS

Los Autores creemos oportuno agradecer y mencionar a quienes han hecho posible la realización de ésta investigación científica. En primer lugar a nuestra familia, amigos y parejas por apoyarnos en forma incondicional, brindándonos apoyo y fortaleza, a nuestros compañeros de clase y de trabajo que de varias maneras siempre estuvieron acompañándonos y ayudándonos en los momentos que requeríamos, a los docentes de los diferentes cursos por brindarnos sus conocimientos y por fortalecer nuestras debilidades en cada una de las diferentes experiencias prácticas, a todos los complejos del BPS en donde pudimos llevar a cabo nuestro trabajo de investigación final y a la Facultad de Enfermería, Cátedra de Adulto y Anciano.



## ÍNDICE

|   |     |
|---|-----|
| Autores.....                                | 2   |
| Agradecimientos.....                        | 3   |
| Índice.....                                 | 4   |
| Glosario.....                               | 5   |
| Resumen.....                                | 6   |
| Introducción.....                           | 8   |
| Problema de Investigación.....              | 9   |
| Justificación.....                          | 10  |
| Objetivos.....                              | 14  |
| Marco teórico.....                          | 15  |
| Metodología.....                            | 43  |
| Resultados.....                             | 45  |
| Discusión.....                              | 84  |
| Conclusión.....                             | 90  |
| Propuesta de Enfermería.....                | 93  |
| Bibliografía.....                           | 96  |
| Anexos.....                                 | 99  |
| Anexo 1 Instrumento.....                    | 100 |
| Anexo 2 Carta a la comisión de vecinos..... | 101 |
| Anexo 3 Consentimiento informado.....       | 102 |
| Anexo 4 Resultados.....                     | 103 |



## GLOSARIO

**AF: Antecedentes Familiares.**

**AP: Antecedentes Personales**

**BPS: Banco de Previsión Social**

**DX: Diagnostico**

**FA: Frecuencia Absoluta**

**FR%: Frecuencia Relativa Porcentual**

**HTA: Hipertensión Arterial**

**IMC: Índice de Masa Corporal**

**INE: Instituto Nacional de Estadística**

**MSP: Ministerio de Salud Pública**

**UDELAR: Universidad de la República**

**UTU: Universidad de Trabajo del Uruguay**

**VAT: Vacuna Antitetánica**

**OMS: Organización Mundial de la Salud**





## RESUMEN

El siguiente Informe Final de Investigación fue realizado por cinco estudiantes de Licenciatura en Enfermería, pertenecientes a la Facultad de Enfermería, UDELAR, Plan 1993, Cuarto Ciclo, Primer Modulo.

El objetivo principal fue conocer el perfil sociodemográfico y epidemiológico de los ancianos que residen en los complejos habitacionales del BPS y así determinar cómo estos influyen en el proceso salud enfermedad, detectar factores de riesgo y plantear una propuesta de acción de enfermería.

El estudio realizado fue cuantitativo, descriptivo y de corte transversal; como técnica de recolección de datos se utilizó el instrumento sociodemográfico y epidemiológico, otorgado por la cátedra el cual fue modificado de acuerdo a las variables.

El universo fue la totalidad de beneficiarios adultos mayores que residen en los complejos del BPS (113 adultos mayores).

La muestra fueron todos los adultos mayores de sexo femenino y masculino que residen en los complejos habitacionales del BPS que aceptaron ser parte de la investigación (90 adultos mayores).

Se realizó en el periodo transcurrido entre Mayo - Julio de 2012.

El análisis se efectuó mediante agrupación de datos tablas de frecuencia y se graficó en graficas de barra en el programa Excel.

Los resultados principales fueron: el 70% presenta riesgo de caídas, el 48% presenta polifarmacia, el 91% toma medicación, el 64% viven solos, el 35% presenta obesidad, el 28% presenta sobrepeso.

Se logró conocer los factores sociodemográficos y epidemiológicos de los ancianos que residen en los complejos habitacionales del BPS.



Además se concluyó que la mayoría de los adultos mayores son ancianos frágiles.

**PALABRAS CLAVES:** Demografía, Epidemiología, Anciano y Enfermería.

El objetivo principal fue conocer el perfil socio-demográfico y epidemiológico de los ancianos que residen en los hogares habitacionales multifamiliares de Montevideo, con especial énfasis en el proceso salud-enfermedad, detección de factores de riesgo y plantear una propuesta de acción de enfermería.

El envejecimiento es un proceso inherente al organismo, pero el modo en el que se da puede de manera subjetiva no ser a lograr una vejez satisfactoria. El modo en que se desarrolla también afecta la economía y la integración social.

Es importante tener en cuenta los factores que influyen en el proceso de envejecimiento de la población ya que los mismos van a influir directamente en el proceso salud-enfermedad, siendo factores, son condiciones socio-demográficas, culturales, epidemiológicas, físicas y mentales.

Vale destacar que un alto porcentaje de los adultos mayor en enfermedades crónicas agudas tales como HTA al 64%, diabetes al 27%, asma al 17% porcentajes, lo que aumenta la probabilidad de sufrir complicaciones y a través de efectos adversos a medicamentos ya que el 37% toma medicación y el 46% se deriva por padecer polifarmacia, además el 36% de los adultos mayor sufre de caídas y el 70% de estos incidentes presentan riesgo de caídas.

Los estados de vida se clasifican como alto bienestar y salud en adultos mayores, el 43% refiere satisfacción, el 27% refiere bienestar y el 30% bienestar considerando así mismo factores de riesgo.



## INTRODUCCIÓN

Se realizó un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo de corte transversal.

El objetivo principal fue conocer el perfil sociodemográfico y epidemiológico de los ancianos que residen en los complejos habitacionales del BPS y así determinar cómo estos influyen en el proceso salud enfermedad, detectar factores de riesgo y plantear una propuesta de acción de enfermería.

El envejecimiento es un proceso inherente al desarrollo, dependiendo de si este se da o no de manera saludable se va a lograr una vejez satisfactoria en donde se mantenga al máximo posible la autonomía y la integración social.

Es importante tener en cuenta los factores que influyen en el proceso de envejecimiento de la población ya que los mismos van a influir directamente en el proceso salud-enfermedad, dichos factores son económicos, sociodemográficos, culturales, epidemiológicos, físicos y mentales.

Vale destacar que un alto porcentaje de los adultos mayores presentan enfermedades crónicas tales como HTA el 64%, diabetes un 20%, asma un 13% entre otras, lo que aumenta la probabilidad de desarrollar dependencia y el riesgo de efectos adversos a medicamentos ya que un 91% toma medicación y un 48% se destaca por padecer polifarmacia, además el 64% de los adultos mayores viven solos y el 70% de estos ancianos presentan riesgo de caídas.

Los estilos de vida no saludables tienen alta prevalencia y entre los adultos mayores, el 4% refiere sedentarismo, el 28% padece sobrepeso y el 35% obesidad considerándose estos como factores de riesgo.



## PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los factores sociodemográficos y epidemiológicos de los ancianos residentes de los complejos habitacionales del BPS, en el periodo comprendido entre mayo-julio de 2012?

La población es un fenómeno que constituye un fenómeno social y no sanitario o nivel mundial.

Los datos estadísticos reflejan un crecimiento de la población mundial que en el 2002 el porcentaje era de 15,0%, en el 2011 13,8% y en el 2025 se prevé que sea de un 15,7% en el mundo.

Los factores que contribuyen a este aumento de la población mundial son los altos niveles de natalidad disminuida, una baja mortalidad infantil, una alta esperanza de vida de los jóvenes emigran y un aumento en la esperanza de vida. En el 2011 y proyectada al 2025 un 70 años.

El crecimiento de un país depende de la diferencia de la tasa de natalidad y la tasa de mortalidad. En la actualidad se observa un aumento de la mortalidad en la infancia y la adolescencia.

Este estudio los factores que influyen en el crecimiento demográfico de la población así como otros que están relacionados con el desarrollo de la enfermedad de Alzheimer de Alzheimer. Asimismo, se analizará el lugar que ocupa el anciano en la familia, el grado de independencia del anciano en su vida diaria.

En Uruguay la mayoría de los ancianos viven en el hogar con sus hijos y nietos.



## JUSTIFICACIÓN

En la actualidad uno de los cambios demográficos más significativo es el aumento de la población mayor de 65 años o más en relación con la población total.

El envejecimiento de la población es un fenómeno que no solo se da en nuestro país si no también a nivel mundial.

Los datos estadísticos revelan un incremento de personas mayores de 65 años ya que en el 2002 el porcentaje era de 13,3%, en el 2011 13,6% y la proyección hacia el 2025 será de un 15,7% en el Uruguay<sup>1</sup>.

Los factores que contribuyen a este aumento de la población mayor de 65 años son: una tasa de natalidad disminuida, una tasa global de fecundidad disminuida, un 66% de los jóvenes emigran y un aumento en la esperanza de vida a 76,40% en el 2011 y proyectada al 2025 un 78,61%.

El envejecimiento es un proceso inherente al desarrollo, dependiendo de si este se da o no de manera saludable se va a lograr una vejez satisfactoria en donde se mantenga al máximo posible la autonomía y la integración social.

Cabe destacar los factores que influyen en el proceso de envejecimiento de la población, así como otros que están directamente relacionados con su desarrollo. Dentro de lo socioeconómico se destacan factores relacionados con el lugar que ocupa el anciano en la familia, el grado de independencia del anciano en su seno familiar.

En el Uruguay la mayoría de las personas mayores de 60 años son autoválidas y socialmente integradas.

---

<sup>1</sup> INE.



Teniendo en cuenta el soporte económico más del 80% tiene acceso a pensiones o jubilación las cuales no siempre son suficientes para satisfacer las necesidades básicas.

En el proceso de envejecimiento es mayor la susceptibilidad a las discapacidades y enfermedades crónicas, aumentando la necesidad de servicios médicos, sociales y económicos introduciendo problemas en la formulación de políticas y programas nacionales e internacionales como lo es en el Uruguay el Programa Nacional del Adulto Mayor.

Vale destacar que un 30% de los adultos mayores padece tres o más enfermedades crónicas, lo que aumenta la probabilidad de desarrollar dependencia y el riesgo de efectos adversos a medicamentos ya que la gran mayoría se destaca por padecer polifarmacia.

Los estilos de vida no saludables tienen alta prevalencia y entre los adultos mayores, el 83% refiere sedentarismo y más del 50% padece diversos grados de sobrepeso y obesidad considerándose estos como factores de riesgos<sup>2</sup>.

En la actualidad entre 20% a 30% de los adultos mayores de 65 años padecen discapacidad para actividades básicas de la vida diaria lo cual hace imprescindible un soporte social adecuado<sup>3</sup>.

En Uruguay existe un programa de soluciones habitacionales creado por el BPS cuyo objetivo es darle solución a los problemas habitacionales del jubilados y pensionistas.

El mismo consta de tres modalidades:

1. "Adjudicación de una vivienda ubicada en los Conjuntos Habitacionales para jubilados y pensionistas.

---

<sup>2</sup> Programa Nacional del Adulto Mayor  
<sup>3</sup> Programa Nacional del Adulto Mayor



2. Subsidio de un alquiler de hasta \$5171
3. Subsidio de un cupo de atención en hogares de adultos mayores”<sup>4</sup>

El BPS es el encargado de la inscripción, selección, adjudicación de Soluciones Habitacionales y la administración de las viviendas las cuales son construidas por el MVOTMA.

Para acceder a las mismas los pasivos deben tener residencia permanente en Uruguay, y percibir una jubilación o pensión servida por el BPS. Que no sean las pensiones a la vejez o invalidez, los titulares de jubilaciones o pensiones a término y de subsidios transitorios por incapacidad parcial.

Otros requisitos son que los ingresos a nivel individual del aspirante no pueden superar las 12 U.R, a excepción de localidades del interior que el monto es de 24 U.R; no podrá ser propietario, copropietario, usufructuario, titular de derechos de uso y habitación, promitente o titular de otros programas de vivienda, ya sean públicos o privados.

Por otro lado los aspirantes deberán ser personas autoválidas.

El procedimiento de adjudicación de las viviendas se realiza en base a puntaje en donde se privilegia al que tenga mayor edad y menor ingreso. Además de un estudio socio-económico realizado por las Asistentes Sociales del BPS quienes son las encargadas de la aprobación; en casos en particulares si se requiere se cuenta con la colaboración de otros profesionales como ser médico, abogado, escribano y psicólogo los cuales se encuentran asignados a diferentes complejos.

Es importante la investigación en los complejos BPS asignados ya que una de las características de los mismos es que son para jubilados y pensionistas por lo que se encuentran en ellos la población objetivo de nuestro estudio los adultos mayores.

<sup>4</sup> [http://www.bps.gub.uy/documentos/Inmobiliares\\_total.pdf](http://www.bps.gub.uy/documentos/Inmobiliares_total.pdf)



Teniendo en cuenta la visión de la Licenciada en Enfermería dicha investigación es de gran valor para poder conocer el perfil de la población que reside en los complejos, así detectar factores de riesgo ya sean modificables o no y poder, justificar al BPS la importancia de la presencia de la Licenciada en Enfermería que a través de la visión holística puede actuar de manera positiva para contribuir a mejorar el proceso de salud y enfermedad de los habitantes de dichos complejos.

- Identificar los factores sociodemográficos y epidemiológicos que afectan al proceso de salud y enfermedad de la población.
- Determinar la existencia de factores de riesgo modificables en los complejos habitacionales del BPS.





## OBJETIVOS

### **Objetivo General:**

Conocer los factores sociodemográficos y epidemiológicos de los ancianos de los complejos habitacionales del BPS.

### **Objetivos específicos:**

- Caracterizar la población de estudio
- Identificar los factores sociodemográficos y epidemiológicos que afectan el proceso salud enfermedad de la población.
- Determinar la existencia de factores de riesgo en los ancianos de los complejos habitacionales del BPS.



## MARCO TEÓRICO

La enfermería "Es la disciplina científica encaminada a fortalecer la capacidad reaccional de personas, familia, grupos poblacionales.

Realiza la atención a través de un proceso integral humano, continuo, interpersonal, educativo y terapéutico en los diferentes niveles de atención"<sup>5</sup>.

### **Modelo de enfermería de Virginia Henderson:**

Según Henderson "la única función de la enfermera es ayudar al individuo, enfermo o sana, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila), y que él realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, voluntad a conocimientos necesarios. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible."<sup>6</sup>

Considera que la salud es la capacidad del paciente para realizar sin ayuda los 14 componentes de la asistencia de enfermería. Dice que es "la calidad de la salud más que la vida en si 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 en las vida".<sup>7</sup>

Henderson considera al paciente como un individuo que requiere asistencia para obtener salud e independencia o una muerte tranquila. Según ella la mente y el cuerpo son inseparables; el paciente y a su familia son una unidad.

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

<sup>5</sup> Plan 1993

<sup>6</sup> Modelos y Teorías en Enfermería, Deborah Wertman DeMeester, Tamara Lauer, Ann Marriner-Tomey, Susan E. Neall, Sandy Williams. 1999.

<sup>7</sup> Modelos y Teorías en Enfermería, Deborah Wertman DeMeester, Tamara Lauer, Ann Marriner-Tomey, Susan E. Neall, Sandy Williams. 1999.



Dichas necesidades son:

- Respirar normalmente.
- Comer y beber de forma adecuada.
- Eliminar los residuos corporales.
- Moverse y mantener la posición deseada.
- Dormir y descansar.
- Elegir las prendas de vestir, vestirse y desvestirse.
- Mantener la temperatura corporal dentro de los valores normales mediante la selección de la ropa y la modificación del entorno
- Mantener el cuerpo limpio y cuidado y los tegumentos protegidos.
- Evitar los riesgos del entorno y evitar lesionar a otros.
- Comunicarse con los demás, expresando las emociones, necesidades, temores u opiniones.
- Realizar practicas religiosas según al fe de cada uno.
- Trabajar de tal forma que nos sintamos satisfechos con lo realizado.
- Jugar o participar en alguna actividad recreativa.
- Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad de manera que conduzca a un desarrollo y una salud normales, y utilizar los recursos sanitarios disponibles.

Las primeras siete necesidades se clasifican en necesidades biológicas y las 7 últimas necesidades psicosociales.

La única función de la enfermera es ayudar a los individuos sanos o enfermos, la enfermera es un miembro de un equipo sanitario.

Actúa independientemente del medico, pero apoya su plan si hay algún medico de servicio. La enfermera puede y debe diagnosticar y tratar si la situación lo requiere.



La enfermera esta formada en ciencias biológicas y sociales, puede apreciar las necesidades humanas básicas.

Las personas sanas son capaces de mantener su entorno, pero no lo son si presentan una enfermedad ya que esta interfiere en esta capacidad.

La salud para Henderson representa la calidad de vida.

La promoción de la salud es más importante que la atención del enfermo. Los individuos recuperaran la salud o la mantendrán si tienen la fuerza, voluntad y conocimientos necesarios.

En cuanto a la relación enfermera-paciente dice que:

Hay tres niveles:

- La enfermera como un sustituto de algo necesario para el paciente
- La enfermera como ayuda para el paciente
- La enfermera como compañera del paciente.

Si el paciente presenta una enfermedad grave, la enfermera es "un sustituto de lo que el paciente carece para considerarle "completo", "íntegro" o "independiente", por la ausencia de fuerza física, voluntad o conocimiento"

La enfermera debe ayudar al paciente a mantener su independencia.

Como compañeros, la enfermera y el paciente elaboran juntos el plan terapéutico. Las necesidades básicas existen a pesar del diagnóstico, aunque se hallan modificadas por la patología y otras circunstancias como la edad, el temperamento, el estado emocional, el nivel sociocultural y la capacidad física e intelectual.

Las necesidades deben comprobarse con el paciente.

La enfermera puede modificar el entorno en lo que considere necesario.



La enfermera y el paciente trabajan con un objetivo, sea este la independencia o una muerte tranquila.

Una de las metas de la enfermera debe ser que el día del paciente transcurra "con la mayor normalidad posible".

La promoción de la salud es otro de los objetivos importantes para la enfermera Henderson afirma que "se consigue más ayudando a que cada persona aprenda a estar sana que preparando a los terapeutas más capacitados para servir a los que lo necesiten".

Teniendo en cuenta la relación enfermera – médico:

Henderson dice que la enfermera tiene una función diferente a la de los médicos, una función única.

Henderson afirma que las enfermeras no siguen las ordenes de los médicos, ya que "cuestiona una filosofía que permita al médico dar ordenes a los pacientes o a los profesionales sanitarios"

#### **Visita Domiciliaria:**

La visita domiciliaria es el encuentro del equipo de salud con la familia o el usuario en su lugar de residencia, siendo una de las acciones primarias para llevar a cabo la atención integral a la salud.

La visita a domicilio favorece un seguimiento directo y continuado de los cuidados prestados por el equipo de salud y por los familiares. La valoración es continua, dinámica, se retroalimenta y a partir de ella puede medirse la eficacia de la intervención de enfermería y del cuidado que la familia se da a sí misma.

La realización de consultas interprofesionales es una práctica aconsejable que debe ser abordada por la enfermera en su ejercicio profesional y concretamente en su



actividad domiciliaria. Tengamos en cuenta el perfil de la enfermera, la cual, por su visión completa del individuo, sus conocimientos en ciencias humanas y en salud comunitaria, es el miembro del equipo mas capacitado para llevar a cabo cuidados integrales.

La práctica enfermera tiene su punto de arranque en las respuestas humanas ante un problema de salud, las necesidades diagnosticadas, las dificultades, las preocupaciones y los problemas de los usuarios, que caen dentro de la practica denominada enfermería.

Es posible que la enfermera acuda a un domicilio ante la demanda familiar o por un problema detectado o identificado por la propia enfermera y que en su valoración descubra la existencia de problemas nos sentidos o expresados, sin embargo son adorables desde los cuidados de enfermería.

La visita domiciliaria se clasifica en:

- Visita domiciliaria de captación espontánea
- Visita domiciliaria de captación programada.
- Visita domiciliaria de seguimiento o control.

Consta de varias etapas:

- 1-Programar la visita
- 2-Acercamiento al barrio.
- 3-Identificación de la vivienda
- 4-Presentación y entrevista a la familia o usuario/a.
- 5-Valoración desde el punto de vista de enfermería.
- 6-Es necesario llevar registros
- 7-Cierre de visita



### **Consulta de Enfermería:**

Es un proceso de interacción destinado al abordaje de las necesidades, intereses y problemas de los individuos y/o familia, con el objeto de proveer cuidados, promoviendo, recuperando o rehabilitando la salud.

En este proceso el o la Licenciada en Enfermería realiza la valoración integral bio-psico-socio-cultural de las personas, identifica las necesidades, intereses y problemas, realiza el plan de acción y evalúa en conjunto con los propios involucrados.

Contribuye a la comprensión de la situación de salud-enfermedad, fomenta la autonomía, y realiza cuidados de enfermería de acuerdo a la situación detectada.

Tiene los siguientes objetivos:

- Desarrollar el área independiente de enfermería
- Fortalecer la atención ambulatoria.
- Aplicar el Proceso de Atención de Enfermería.
- Brindar una atención de enfermería humana, personal, integral y continua.
- Identificar la red familiar y social, principal sostén de las personas e incluirlo en el proceso de cuidado de las salud.
- Caracterizar y categorizar al usuario.
- dar continuidad a las acciones iniciadas.

Las actividades que desarrolla la consulta de enfermería están enmarcadas en la organización del servicio y del equipo de salud, cuyas funciones son: Función de asistencia, función docente y función de investigación.



### **Definición de Diagnósticos de Enfermería según la NANDA:**

"Juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad a problemas de salud reales o potenciales o a procesos vitales. Los diagnósticos enfermeros proporcionan la base para la selección de intervenciones enfermeras para lograr los resultados de los que la enfermera es responsable". (NANDA, 1994)<sup>8</sup>

**El envejecimiento** es un proceso normal de cambios relacionados con el paso del tiempo.

"Es un proceso natural, dinámico, progresivo e irreversible, que forma parte del ciclo de vida e intervienen numerosos factores biológicos, psicológicos y sociales"<sup>9</sup>.

### **Enfermería Geriátrica:**

La Enfermería Geriátrica trata del conocimiento de los cambios que se producen en el individuo con la edad, desde aspectos bio-fisiológicos y funcionales y también socio-económicos que tienen una significación de suma importancia y trascendencia, trata igualmente de los cuidados que deben dispensarse a los ancianos sanos y enfermos

### **Vejez:**

La edad cronológica es que la habitualmente se toma como el indicador para la idea de vejez.

Según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Envejecimiento se define como: "El deterioro de las funciones progresivo y generalizado, que produce una pérdida de respuesta adaptativa al estrés y un mayor riesgo de sufrir enfermedades relacionadas con la edad". Sin embargo, la OMS hace una distinción del envejecimiento en sí, como un proceso normal que representa los cambios biológicos universales que se producen con la edad y que no están afectados por la

<sup>8</sup> [http://www.ccent.es/ciudadreai03\\_formacion/oposicion/materiales/TEMA\\_12.pdf](http://www.ccent.es/ciudadreai03_formacion/oposicion/materiales/TEMA_12.pdf)  
<sup>9</sup> Clase "Introducción a la gerontogeriatría" 6/5/2008





influencia de enfermedades o del entorno y por tanto no tienen porque conllevar consecuencias clínicas adversas. Diferenciándolo del proceso de Envejecimiento que se encuentra muy influenciado por otros factores del entorno, como el estilo de vida y las propias enfermedades. Además, la propia OMS ha introducido el concepto de envejecimiento activo, definiéndolo como: "El proceso de hacerse mayor sin envejecer mediante el desarrollo continuado de actividades físicas, sociales y espirituales a lo largo de toda la vida".

Por tanto existe una tendencia a diferenciar lo que es el envejecimiento fisiológico sobre el envejecimiento patológico, diferenciando el proceso relacionado con el paso del tiempo, con cambios en los órganos y sistemas del organismo del Envejecimiento acelerado por la presencia de alteraciones patológicas o por influencia de factores ambientales el envejecimiento no es una enfermedad, los cambios que experimenta el organismo con el paso del tiempo aumentan las posibilidades de padecerlas.<sup>10</sup>

Uruguay es uno de los países mas envejecidos de América, el 17% de la población son mayores de 60 años, dentro de estos un 13,4% son mayores de 65 años. El 3% son mayores de 80 años.

Para el 2025 se prevee que el 20% sea mayor de 60 años.<sup>11</sup>

El 64% de los adultos mayores son mujeres.<sup>12</sup>

La mayor parte de esta población son personas autoválidos y socialmente integradas.

Con respecto a la escolaridad el 60% presenta primaria y el 28% secundaria.

Más del 80% tiene pensiones o jubilación pero éstas no siempre alcanzan a satisfacer las necesidades de atención y cuidados que requieren.

<sup>10</sup> <http://www.fgscic.es/files/adjuntos/InformeEnvejecimiento.pdf>  
<sup>11</sup> Programa del Adulto Mayor  
<sup>12</sup> INE. Censo 2004



El 20% de los adultos mayores viven solos, sin quien les cuide ante la Probabilidad de discapacidad o enfermedades.

El 30% de los adultos mayores padece tres o más enfermedades crónicas, lo que aumenta la probabilidad de desarrollar dependencia y el riesgo de efectos adversos a medicamentos.

Los estilos de vida no saludables tienen alta prevalencia y entre los adultos mayores, el 83% refiere sedentarismo y más del 50% padece diversos grados de sobrepeso y obesidad.

La prevalencia e incidencia de enfermedades mentales aumenta con la edad. Aproximadamente 10% de los adultos mayores en la comunidad tienen trastornos Depresivos.

El 20% a 30% de los adultos mayores de 65 años en la comunidad padecen discapacidad para actividades básicas de la vida diaria.<sup>13</sup>

Una vejez exitosa según Rowe y Kehan 1997 es aquella en la que hay "...Baja probabilidad de enfermedad hay discapacidad asociada, junto con un alto funcionamiento cognitivo, capacidad física, funcional y compromiso activo con la vida..."

#### Tipología del anciano:

- Anciano Sano: es aquel que tiene características físicas, funcionales, mentales y sociales que están acorde a su edad cronológica.
- Anciano Enfermo: es aquel que presenta alguna enfermedad aguda o crónica de diferente gravedad, habitualmente no invalida.

---

<sup>13</sup> Programa del Adulto Mayor



- Anciano Frágil: es aquel que presenta 3 o más de las siguientes características: edad mayor de 75 años, poli patología o incapacidad funcional, polifarmacia, alta hospitalaria reciente, caídas, deterioro funcional y/o mental y problemas sociales (ingresos insuficientes, vive solo, cambio de domicilio).

Por esta razón nos parece importante abordar los aspectos psicosociales del envejecimiento.

Esto se explica debido al derrumbamiento psicológico que se observa especialmente entre los pensionistas, que ya no tienen ningún interés por la vida, y que además pierden gran parte del prestigio derivado de su posición económica y social. Numerosos grupos de personas ancianas que ya han llegado a la edad de jubilación, y que además de no ser productivas tienen unas rentas o unas pensiones francamente insuficientes.

Los tiempos han cambiado, en las antiguas familias patriarcales el patriarca anciano seguía siendo el mismo centro familiar de varias generaciones, era respetado y ayuda por sus hijos y los sobrinos y nietos, y también hacia pequeños servicios domésticos. En la sociedad moderna, contrariamente, el anciano se encuentra aislado y marginado desde el punto de vista psicológico, económico y social. A ellos contribuye la tendencia de los hijos a formar núcleos familiares propios, con fragmentación del núcleo familiar, y, además, la tendencia de las poblaciones campesinas a trasladarse a las ciudades. Pero tiene especialmente gran importancia las diferencias y la incompreensión entre la vieja y la nueva generación, la incompatibilidad de carácter y las distintas formas de vida, con lo cual se ha venido creando y difundiendo la expresión de anciano incomodo para definir este estado de incompatibilidad. Estos y otros factores permiten explicar el porqué actualmente han aumentado las necesidades de ayuda al anciano,



no solo desde el punto de vista médico, sino que también desde el punto de vista psicológico, social y económico.

Durante las últimas etapas de la vida es difícil que el anciano experimente una sensación de resolución. Se producen ciertos sucesos durante esa fase evolutiva que lo impiden. La jubilación y las posteriores sanciones económicas derivadas de que la persona solo gane una cantidad mínima durante la jubilación, esto puede reducir la autoestima y generan un gran estrés<sup>14</sup>.

La pérdida de amigos o cónyuge por fallecimiento puede cambiar significativamente la posición del anciano en la sociedad. La viudez puede entrañar dependencia, depresión, dificultades económicas y cambios en la relaciones con los hijos casados y amigos<sup>15</sup>.

Otro acontecimiento frecuente en la vida de los ancianos será el cambio de lugar de residencia, que también afectara significativamente al reajuste psicosocial. Incluso cuando se trate de un cambio deseado, se sufre estrés y los individuos pueden tener dificultades con la posición social y la autoestima.

Otro aspecto importante a destacar en los adultos mayores es la presencia de síndromes geriátricos los mismos ocurren cuando se deterioran múltiples sistemas y toman a una persona vulnerable ante demandas fisiológicas o fisiopatológicas, vale la pena destacar que no todos los ancianos presentan síndromes geriátricos, no todos presentan todos los síndromes y no es condicionante ser anciano para presentar un síndrome geriátrico.

Nos parece importante tener en cuenta los mismos a la hora de realizar esta investigación que a pesar de que son ancianos autovalidos, los síndromes pueden

---

<sup>14</sup> Neuhs, 1990  
<sup>15</sup> Porcino, 1985, Miller 1990



estar presentes al ingreso y también a medida que pasa el tiempo el mismo los puede ir adquiriendo ya que el envejecimiento es un proceso dinámico de cambios.

También nos pareció pertinente tenerlos en cuenta ya que el BPS cuenta con un "subsidio de cupos de cama el cual esta implementado para los beneficiarios y aspirantes que ya ocupan viviendas del programa y su condición física les impide valerse por si mismos. Evaluada su discapacidad por un equipo técnico se deriva a un Hogar de Ancianos sin fines de lucro que previamente hayan firmado convenio con BPS<sup>16</sup>.

A continuación se enumeraran los mismos.

#### **Caídas e Inestabilidad postural:**

Las caídas se asocian a la disminución de la movilidad y de la habilidad para realizar actividades básicas de la vida diaria.

La inestabilidad postural (alteración del equilibrio en condiciones estáticas y de movimiento) y las caídas son el producto del desequilibrio entre el estado de los mecanismos de control del equilibrio y la marcha (control postural) y las demandas que establecen el medio ambiente, las enfermedades, el efecto de los fármacos y otros factores.

Cuanto más frágil es el anciano menor es la participación del ambiente en la caída.

#### **Control del equilibrio y marcha:**

Para mantener un equilibrio adecuado tanto en condiciones estáticas como en condiciones dinámicas (movimiento) debe existir integridad en los mecanismos de control que son la visión, el control vestibular (contribuye a aportar información respecto a la posición del cuerpo en el espacio, los movimientos de aceleración y de desaceleración), sensibilidad profunda (propiosepción, orienta a la persona en el

<sup>16</sup> <http://www.bps.gub.uy/Jubilados/DO/SolucionesHabitacionales.aspx?menu=DO.Jubilados>



espacio y frente a los cambios de posición), sistema osteomuscular y el sistema nervioso central (en el se integran estos componentes y se elaboran las respuestas según la información que ingresa).

**Tipos de caídas:**

- Accidentales: son las más frecuentes
- situacionales: son aquellas que se instalan como expresión de un problema agudo
- Sincopal o no sincopal: las sincopales implican pérdida de conocimiento de breve duración

**Factores de riesgo:**

Intrínsecos: enfermedades, alcohol y medicamentos

Extrínsecos: medioambientales (domicilio y vía pública) y uso de calzado inadecuado.

**Insomnio:**

El sueño puede definirse como un estado regular, recurrente y fácilmente reversible del organismo que se caracteriza por reposo relativo y por aumento del umbral de respuesta a los estímulos externos en relación al estado de vigilia.

**Clasificación de los trastornos del sueño:**

- Trastornos del inicio y mantenimiento del sueño: el insomnio se refiere a la dificultad para empezar a dormir o para permanecer dormido. Puede deberse a trastornos primarios como estrés psicológico o ambiental, o secundarios a enfermedades psiquiátricas, medicas o inducido por sustancias.
- Trastornos por somnolencia excesiva: dos grupos de síntomas los relacionados con la cantidad excesiva de sueño y por otro la excesiva somnolencia diurna.



Pueden deberse a trastornos psicofisiológicos, enfermedades médicas o psiquiátricas, consumo de fármacos o sustancias de abuso, síndromes mioclonicos, narcolepsia e hipersomnolencia idiopática.

- Trastornos del ciclo sueño vigilia: el paciente no puede dormir cuando desea si en otras ocasiones. Se debe a cambio rápido de zona temporal, cambio de horarios de trabajo, síndromes de fase de sueño adelantado o atrasado, ciclos de cambio frecuente o no de 24 horas
- Disfunciones asociadas al sueño, a las fases del sueño o la vigilia parcial: son definidas como parasomnias, fenómenos indeseables que aparecen o se exacerbaban durante el sueño. Se encuentra el sonambulismo, terrores nocturnos y la enuresis relacionada con el sueño.

El insomnio es la dificultad para conciliar el sueño para mantenerlo. Se caracteriza por:

- Más de 30 minutos de latencia para conciliar el sueño( insomnio de conciliación)
- Duración del sueño menor de cinco horas en ancianos y de seis horas en el adulto joven.
- Despertar frecuencia entendido esto por más de tres episodios que duren más de cuatro minutos cada uno (insomnio de mantenimiento).
- Despertar precoz en la madrugada (despertar dos o más horas antes que la habitual).

Los síntomas diurnos del insomnio son: fatiga e irritabilidad, dificultad para concentrarse y resolver tareas intelectuales y psicomotoras, mayor riesgo de accidentes y menor calidad de vida.



En los trastornos del sueño del anciano debe tenerse en cuenta factores fisiopatológicos que son frecuentes en el anciano, tales como la disnea, el dolor, las digestiones difíciles y prolongadas, la tos, los calambres musculares, las alteraciones de la micción y estados de psicosis y neurosis seniles.

Los factores ambientales también son importantes como la temperatura, los ruidos del ambiente, el tipo de cama, la iluminación y los compañeros de habitación. En inúmeros casos es suficiente la corrección de alguno de estos factores para normalizar el sueño del anciano.

En caso de uso de hipnóticos, debe tenerse en cuenta la sensibilidad del organismo senil para los medicamentos.

Causas de insomnio en el anciano:

-Cambios no patológicos que acompañan al envejecimiento son: fraccionamiento de las horas totales de sueño nocturno con siestas diurnas; aumento del periodo de latencia; aumento de los despertares nocturnos y de la incapacidad de retomar posteriormente el sueño; menor eficacia del sueño con la sensación de cansancio al despertar.

-Aumento de la prevalencia de muchas enfermedades que pueden causar secundariamente trastornos del sueño: trastornos intrínsecos y extrínsecos.

#### **Incontinencia:**

La incontinencia urinaria es la pérdida de orina en cantidad o frecuencia suficientes para ocasionar un problema higiénico y/o social.

La incontinencia urinaria y fecal en el anciano es uno de los problemas más frecuentes que posee la asistencia geriátrica. Afecta al 30-40 por 100 de las personas ancianas, un estado de inhabilitación o una invalidez con graves consecuencias de tipo psicológico.





Factores locales contribuyen a la aparición de la incontinencia urinaria, como las infecciones, hipertrofia de la musculatura pelviana, las compresiones extrínsecas de la vejiga por tumores o por masa fecales.

En el 80 por 100 de los casos hay incontinencia urinaria y fecal.

Para prevenir la incontinencia urinaria es importante realizar una asistencia continua con la finalidad de acostumar al usuario a orinar en intervalos regulares, como se realiza con los niños, vigilando en la noche y despertándole periódicamente.

Se administran anticolinérgicos que tienen una acción específica sobre la vejiga.

La situación es distinta en la incontinencia fecal, su frecuencia es menor, del 15 al 20 por 100 y en estos casos también inciden factores predisponentes y desencadenantes similares a los que se han nombrado en la incontinencia urinaria como también las irregularidades de la evacuación, especialmente diarrea, afecciones anorectales como las hemorroides, las neoplasias y el prolapso rectal.

#### Clasificación de la incontinencia:

Incontinencia urinaria aguda: su instalación se relaciona con una enfermedad aguda o un factor iatrogénico.

Incontinencia urinaria persistente o crónica: dura cuatro a más semanas.

Incontinencia de esfuerzo: se caracteriza por la pérdida de orina, en grandes volúmenes, determinada por la incapacidad de retrasar la micción después de percibir el deseo miccional.

Incontinencia por sobre flujo: la pérdida de orina en pequeñas cantidades, por aumento de la presión intravesical causada por grandes volúmenes de orina de la vejiga.



**Incontinencia funcional:** pérdida de orina relacionada con la incapacidad de usar el inodoro o un sustituto, ya sea por trastornos mentales, limitaciones funcionales, o por la presencia de barreras arquitectónicas.

**Úlceras de decúbito:**

Podemos definir las úlceras por presión como cualquier área de daño en la piel y tejido subyacente que tienden a aparecer cuando el tejido blando está comprimido entre dos planos, las prominencias óseas del propio paciente y una superficie externa.

Las úlceras pueden aparecer en cualquier zona del cuerpo, se localizan generalmente en la zona sacra, alcaenea o escapular. El factor mecánico tiene gran importancia por la compresión de la piel entre el plano de apoyo y los huesos, y otros cuantiosos factores predisponentes y favorables como la inmovilización debida a paresias, parálisis o hipotonías musculares, entre otros. Contribuyen al desarrollo de las úlceras de decúbito la inadecuada higiene de la piel, las secreciones cutáneas, la presencia de heces fecales o de orina, la ropa sucia o arrugada.

**Síndrome de Inmovilidad:**

Es el deterioro funcional con pérdida de la capacidad de movilización, causado por cambios fisiopatológicos en múltiples sistemas condicionado por la inactividad y el desuso.

**Factores predisponentes:**

- **Intrínsecos:** se dividen en cambios normales del envejecimiento y enfermedades agudas o crónicas.
- **Extrínsecos:** son factores que no pertenecen al paciente si no que se agregan a los ya mencionados. Se dividen en yatrogénicos, ambientales y sociales.



El síndrome de inmovilización a veces puede repercutir en forma grave, sobre todos los aparatos y órganos, además pueden determinar el inicio del deterioro intelectual y de la conducta como también puede ocasionar estados depresivos, trastornos cardiovasculares y respiratorios, úlceras de decúbito, pérdida del apetito, trastornos digestivos, estreñimiento, atonía muscular, osteoporosis y algunos trastornos metabólicos como consecuencia de la negativación de los balances del calcio y del nitrógeno. Es un conjunto de alteraciones que repercuten negativamente sobre todo en el organismo y que hace indispensable la movilización y las disposiciones para la rehabilitación y la reactivación de los usuarios con este síndrome.

**Demencia:**

La demencia es un síndrome clínico caracterizado por un déficit intelectual adquirido espontáneamente irreversible y sintomático de enfermedades cerebrales difusas.

El síndrome demencia implica un déficit intelectual adquirido, es decir que aparece luego de un desarrollo intelectual normal.

El déficit intelectual implica una alteración psíquicas operativas (atención, memoria, orientación y lenguaje) y de las funciones psíquicas superiores (adquisividad, juicio y razonamiento).

**Funciones operativas:**

El déficit de la atención se aprecia en la dificultad para el esfuerzo (concentración) con distraibilidad y aumento de los tiempos de reacción. En la memoria se podrá observar la ausencia de precisión, la inexactitud y la lentitud de las evocaciones; el paciente en la etapas iniciales y moderadas de la enfermedad se sentirá mas cómodo al referirse a



hechos alejados, dado que parece una amnesia orgánica (antero grada) y un déficit en la fijación de hechos recientes.

La orientación temporal y espacial siempre están alterados, además aparecen frecuentemente falsos reconocimientos.

Las alteraciones de las funciones operativas no permiten diferenciar las alteraciones que acompañan a los procesos confusionales u otras lesiones cerebrales de aquellas específicas de la demencia. La demencia afecta a la inteligencia, las capacidades esenciales de la vida psíquica en tanto que poder de invención, de juicio y de razonamiento.

Funciones psíquicas superiores:

Adquisividad es la posibilidad de alcanzar una solución ante una situación nueva, constituye la base del pensamiento pues permite el uso de conocimientos previos y es fundamento de la adaptación.

Etiología:

Existen muchas causas de demencia, la más frecuente son las Enfermedad de Alzheimer y la demencia vascular.

Enfermedad de Alzheimer:

La enfermedad de Alzheimer es la forma de demencia más frecuente. El inicio de la enfermedad puede ser antes o después de los 65 años; la distinción entre senil y presenil puede ser útil para plantearse diferente grado de evolutividad puesto que las presentaciones en sujetos jóvenes suele tener peor pronóstico porque los déficits se instalan más rápidamente.

Las principales características clínicas son: el inicio insidioso con evolución progresiva y permanente (espontáneamente); las afectación precoz de la memoria; el deterioro



múltiple y uniforme de las funciones superiores (capacidad de juicio, lenguaje, capacidad ejecutiva, praxis, gnosis, etc.); aparición de síntomas psiquiátricos y comportamientos mentales y progresión hacia la pérdida de la autonomía con pérdida final de la capacidad de caminar, hablar, alimentarse e incontinencia de esfínteres.

#### **Demencia Vascular:**

La característica clínica fundamental es que sus síntomas irregulares, suelen tener un inicio brusco con deterioro escalonado.

La asociación entre infartos y demencia depende de tres factores: volumen del infarto, multiplicidad de infarto y localización del infarto.

#### **Delirio:**

La prevalencia de delirio es alta en ancianos hospitalizados, de un 30% al 60% aproximadamente de los ancianos hospitalizados desarrollan delirio durante la internación.

En la comunidad, la incidencia de delirio es baja en ancianos residentes; es importante el diagnóstico precoz debido a la elevada morbimortalidad de las enfermedades que la provocan. En aquellos usuarios en el cual no se diagnostica y trata tempranamente alcanzan un 25% de mortalidad a los 6 meses.

El delirio es un síndrome inespecífico de agresión cerebral difusa; caracterizada por pleomorfismo clínico, variabilidad temporal, cambios en la conciencia, cognición y percepción.

En lo que refiere a la conciencia, disminuye la conciencia de sí mismo y del entorno, empeorando en la noche y en fases parahípnicas. Se produce una desorientación temporal y espacial.



Con respecto a la memoria, presenta un déficit de evocación de experiencias inmediatas y episodio confusional.

Referente a las alteraciones del afecto, transcurre desde el embotamiento hasta la angustia intensa y profunda.

Puede presentar asterixis (incapacidad de mantener una postura fija en el espacio, lleva adelante movimientos involuntarios, asimétricos, irregulares, convulsivos o batientes), mioclonia multifocal [(contracciones rápidas, breves, irregulares y asimétricas de grupos musculares y de músculos (cara y hombros)].

Disfunción autonómica (taquicardia, hipertermia, sudoración, etc) dependiendo de la patología de base.

El delirio onírico es caracterizado por alucinaciones con percepción modificada de la realidad que implica actitudes peligrosas de agresión.

Los temas más comunes de delirio son la preocupación profesional, terroríficos, místicos o eróticos. Tres formas clínicas: agitado, estuporoso y delirante según los síntomas predominantes.

Desestructuración de la conciencia en el cual el delirio onírico es el aspecto positivo y la confusión el aspecto negativo.

El delirio es un fenómeno de umbral distinguiéndose factores desencadenantes y predisponentes.

Factores Predisponentes son: lesiones cerebrales orgánicas, adicción al alcohol o drogas, enfermedades cardíacas, pulmonares, renales o hepáticas crónicas; intervenciones quirúrgicas (estrés psicofísico, cuidados postoperatorios, alteraciones hidroelectrolíticas, infección, hemorragia, dolor, insomnio) y consumo de múltiples fármacos.



Factores Desencadenantes son: dolor, consumo de sustancias o fármacos, abstinencia de fármacos o sustancias, interacciones farmacológicas.

#### **Depresión:**

La depresión recurrente que se inicia en la vejez, presenta una elevada comorbilidad con enfermedades neuropsiquiátricas; además la asociación que presentan con el déficit cognitivo plantea dificultades en el diagnóstico y en la terapéutica.

#### **Episodio depresivo mayor:**

Los síntomas más frecuentes de depresión son: tristeza, disminución del interés o de la capacidad para sentir placer en todas o casi todas las actividades, anorexia con pérdida de peso, insomnio, agitación o enlentecimiento psicomotor (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de culpa excesivos o inapropiados, disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, pensamientos recurrentes de muerte (no solo temor a la muerte) ideación suicida recurrente sin un plan específico o de una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

#### **Presentaciones enmascaradas:**

En la depresión atípica se destaca una intensa irritabilidad, sensación de cansancio extremo y alta sensibilidad en las relaciones interpersonales.

La pseudodemencia depresiva consiste en una depresión cuyas manifestaciones clínicas se asemejan a una demencia.

Otra forma de presentación de depresión es la máscara somática con múltiples consultas médicas relacionadas con diferentes enfermedades y algias, pudiendo incluso presentarse con una idea delirante hipocondríaca.

La ansiedad generalizada también puede manifestarse en la depresión; la misma puede evolucionar a un estado de agitación psicomotriz.



En algunos ancianos la depresión puede enmascarse con el estupor: grado máximo de inhibición psicomotriz donde encontramos un paciente prácticamente inmóvil que no se alimenta.

Por último la depresión paranoide es aquella en la cual el paciente se siente inmerso en un ambiente persecutorio y la depresión queda escondida por estas ideas delirantes.

Enfermedad psiquiátrica de inicio en la juventud:

Los episodios depresivos mayores en los ancianos corresponden a recidivas de trastornos psiquiátricos iniciales en edades tempranas.

Es importante evaluar las características del episodio actual y los antecedentes personales y familiares.

Depresión secundaria a enfermedades orgánicas:

Las depresiones cuyo primer episodio se presenta a edad avanzada, generalmente son secundarias a un trastorno orgánico que debe ser considerado siempre del diagnóstico diferencial. Las situaciones más frecuentes son: reacciones adversas a fármacos y drogas, enfermedades cerebrovasculares, otros trastornos neurológicos, trastornos metabólicos, enfermedades sistémicas y otras enfermedades somáticas.

Para lograr la higiene, protección y bienestar se deben poner en práctica funciones necesarias para sobrevivir y disfrutar del entorno de la existencia cotidiana a través de las actividades de la vida diaria.

Estas son aquellas que las personas deben satisfacer para su propio beneficio, con el fin de lograr el mantenimiento de la vida, funcionamiento saludable, desarrollo personal continuo, y el máximo grado de calidad de vida y bienestar. Incluye respirar,





beber y comer, moverse, dormir, reposar, eliminar, evitar peligros, comunicarse e interactuar socialmente, trabajar y divertirse.

El uso de escalas es necesario para realizar una valoración objetiva y cuantificar los déficits del anciano.

#### **Escalas de Valoración:**

##### **Escala de Lawton y Brody:**

Fue diseñada por Lawton y Brody y publicada por primera vez en 1969, desarrollada en el Centro Geriátrico de Filadelfia, para la población anciana, institucionalizada o no. La escala es uno de los instrumentos de medición de actividades instrumentales de la vida diaria más utilizada internacionalmente. Su traducción al español se publicó en el año 1993.

Valora 8 ítems: capacidad para utilizar el teléfono, hacer compras, preparar la comida, realizar el cuidado de la casa, lavado de la ropa, utilización de los medios de transporte y responsabilidad respecto a la medicación y administración de su economía. A cada ítem se le asigna un valor numérico 1 (independiente) o 0 (dependiente). La puntuación final es la suma del valor de todas las respuestas y oscila entre 0 (máxima dependencia) y 8 (independencia total). El tiempo medio requerido para su realización es de 4 minutos.

##### **Cuestionario portátil del estado mental de Pfeiffer:**

Fue diseñado por Pfeiffer en 1975 como test de screening de deterioro cognitivo.

Se trata de un cuestionario heteroaplicado de 10 ítems; se van anotando las respuestas erróneas. Se permite un fallo de más si el paciente no ha recibido educación primaria y uno de menos si tiene estudios superiores. Explora la memoria a



corto plazo, orientación, información sobre hechos cotidianos, y la capacidad de cálculo.

Detecta tanto la presencia de deterioro cognitivo como el grado del mismo.

- De 0 a 2 errores: no deterioro.

- De 3 a 4 errores: deterioro leve de la capacidad intelectual.

- De 5 a 7 errores: deterioro moderado.

- De 8 a 10 errores: deterioro grave.

**Escala de depresión geriátrica de Yesavage:**

Diseñada por Yesavage en 1982, específicamente para el anciano. Compuesta en principio de 30 ítems, de los que ninguno es de tipo somático, sus respuestas son dicotómicas. Puede aplicarse entre 5 y 7 minutos.

La versión reducida incluye 15 preguntas. Para la interpretación de esta escala, el punto de corte se sitúa en 5/6; una puntuación de 0 a 5 puntos indica normalidad; entre 6 a 9 puntos indica depresión probable, y una puntuación igual o superior a 10, depresión establecida.

**Escala Determine para la detección de pacientes con riesgo nutricional:**

Diseñada por la American Academy of Family Physicians en 1991, es un cuestionario con 10 preguntas generales sobre alimentación llamado DETERMINE que establece mediante una puntuación el riesgo nutricional. Está diseñada para que pueda ser aplicado por cualquier profesional o cuidador y se puede así, hacer la detección de riesgo de forma temprana. A partir de 3 puntos indicador de riesgo moderado y mayor a 6 puntos alto riesgo nutricional.

**Escala de Downton:**



Escala de riesgos de caídas (J.H. Downton, 1993).

Una forma de cuantificar el riesgo de caída en el anciano es por la escala de riesgo de Downton, las medidas preventivas han de priorizarse en aquellos ancianos que obtengan tres o más puntos.

Dicha escala recoge alguno de los factores con mayor incidencia en el riesgo de caídas. Suma un punto por cada asterisco.

Desde el punto de vista de enfermería la investigación a realizarse es importante ya que permite adquirir conocimientos sobre la población de estudio y de esta manera determinar la actitud apropiada para actuar y atender en los lugares donde viven y se relacionan dichos ancianos desde una concepción del enfermero como miembro de un equipo interdisciplinario que trabaja en coordinación con otras instituciones y sectores, (en este caso Asistente Social referente del BPS) realizando las funciones de docencia, asistencia e investigación en las situaciones que se consideren necesarias<sup>17</sup>.

Con respecto a la legislación en nuestro país Uruguay cuenta con la Ley No. 17.796 (ver anexo 3) "Ley de Promoción Integral del Adulto Mayor" (2004) en la que enmarca prerrogativas en beneficio de los adultos mayores, en el artículo 2 declara como derechos, cuestiones relativas a la asistencia médica y sanitaria integral, a la vivienda adecuada, alimentación y abrigo, acceso a la educación, esparcimiento, transporte y al alcance de un bienestar físico, psíquico y socioeconómico<sup>18</sup>.

<sup>17</sup>Departamento de Enfermería Comunitaria  
Curso Enfermería Comunitaria Prof. Adj. Cecilia Acosta  
<sup>18</sup> Avances en los marcos legales sobre personas mayores. Mónica Villarreal. Noviembre de 2009



La Ley N° 18.340 enmarcada dentro de la Constitución Uruguaya concierne a la Administración de las viviendas para jubilados y pensionistas beneficiarios del Banco de Previsión Social enmarca lo relacionado con la adjudicación y administración de viviendas para adultos mayores.

En países de la región como Argentina no cuentan con alguna ley nacional específica que provea atención integral y que sustente derechos fundamentales. Sin embargo, existen cuatro leyes nacionales que hacen referencia directa, la Ley N° 25.724 "Programa de Nutrición y Alimentación Nacional" (2003), la "Ley N° 21.074 Subsidios y Asignaciones Familiares", la "Ley N° 24.417 Protección contra la Violencia Familiar" y la Ley N° 24.734 sobre "el Derecho al uso de los servicios del sistema de cobertura médica a beneficiarios de pensiones a la vejez.

También existen dos leyes provinciales, la ley No. 81 (1998) "Principios rectores de las políticas públicas de la ciudad de Buenos Aires para personas mayores", la ley No. 864 (2002) sobre "Residencias de Adultos mayores"

En Brasil existe la ley especial No. 10.741 llamada "Estatuto do Idoso" (2003). Este dispositivo legal tiene como objetivo regular los derechos especiales de las personas mayores de sesenta años y de establecer derechos fundamentales y de ciudadanía, así como de asistencia judicial. También se preocupa por reglamentar los derechos que deben observar las instituciones dedicadas a la atención de los adultos mayores y a la vigilancia y defensa de éstos a través de instituciones públicas. Se trata de un instrumento jurídico versátil cuyo propósito es operativizar la garantía de los derechos consagrados por medio de políticas públicas y mecanismos procesales.

Las personas mayores en Chile no disponen de una ley específica para hacer valer sus derechos. Sin embargo, cuenta con la ley sobre Seguridad Social No. 3.500



(1980), algunas normas constitucionales (Constitución de 1980) inherentes al tema, la Ley sobre Violencia Intrafamiliar No. 19325 (1994), el decreto 2601 (1994) que aprueba el reglamento de establecimientos de larga estadía para adultos mayores con la Ley No. 19.828 que crea el Servicio Nacional del Adulto Mayor SENAMA (2001)<sup>19</sup>

El objetivo fue la calidad de servicios de salud que reciben en los establecimientos de EPS (13 establecimientos).

Como muestra se describen los datos de adultos mayores, la satisfacción y motivos que motiva en el momento de la atención del EPS que atiende al adulto mayor (80 años o más).

El tipo de muestra fue no probabilística y por etapas.

Fue la selección de la muestra se basó en un cuestionario de selección de inclusión y de exclusión.

Criterios de inclusión:

- Adultos mayores que viven en zonas rurales y con discapacidad.
- Adultos mayores que se atienden o atienden en la investigación en el momento de la selección.
- Adultos mayores que se atienden en instituciones con EPS.

Como forma de recolección de información se usó el cuestionario sociodemográfico y epidemiológico diseñado por el equipo de trabajo (1) que consta de cuatro secciones en las cuales se obtienen los datos de características generales de la muestra, datos de la institución de atención de salud, datos de la atención de salud y datos de la familia.

<sup>19</sup> Avances en los marcos legales sobre personas mayores. Mónica Villarreal. Noviembre de 2005



## METODOLOGÍA

La metodología de trabajo que se utilizó fue un estudio epidemiológico cuantitativo, descriptivo, de corte transversal.

El **área de estudio** comprendió al Uruguay, concretamente a la ciudad de Montevideo, complejo habitacional del BPS.

El **universo** fue la totalidad de beneficiarios adultos mayores que residen en los complejos del BPS (113.adultos.mayores).

Como **muestra** se tomaron a todos los adultos mayores de sexo femenino y masculino que residen en el complejo habitacional del BPS que aceptaron ser parte de la investigación (90 adultos mayores).

El **tipo de muestreo** fue no probabilístico intencional.

Para la selección de la muestra se tuvieron en cuenta determinados criterios de inclusión y de exclusión.

### **Criterios de inclusión:**

- Adultos mayores que residen en dicho complejo y son beneficiarios.
- Adultos mayores que accedieron a participar en la investigación en el momento de hacer la entrevista.
- Adultos mayores que se encuentran en regularidad con el BPS

Como técnica de **recolección de información** se utilizó el instrumento sociodemográfico y epidemiológico brindado por la cátedra (Ver Anexo 1) que consta de cuarenta preguntas en las cuales se incluyen las escalas de valoración geriátrica (Escala de Lawton y Brody, Escala de depresión geriátrica de Yesavage, Escala



Determine, Cuestionario portátil de Pfeiffer, Escala de Dowton)

Las entrevistas fueron realizadas en los meses de mayo, junio y julio de 2012, con un tiempo de duración de aproximadamente 20 minutos por entrevista.

**Control Ético:**

Previo a la realización de las entrevistas se entregó una carta a la comisión de vecinos (Ver Anexo 2) de cada complejo habitacional del BPS. Luego se informó a cada adulto mayor los objetivos de dicha investigación y se solicitó el consentimiento en forma escrita de cada participante (Ver Anexo 3).

**Plan de análisis:**

Se agruparon datos en tablas de frecuencia absoluta y relativa porcentual. Los datos estadísticos que se obtuvieron se graficaron mediante graficas de barras. Para agrupar y graficar los datos se utilizó el programa Excel. Se realizó **cruzamiento de variables**. Se utilizaron las **medidas de tendencia central** moda, media y mediana. (Ver anexo 4)



## RESULTADOS

**Variable:** Sexo

**Definición conceptual:** condición orgánica que distingue a los géneros masculino y femenino manifestada a través de los caracteres primarios y secundarios.

**Definición operativa:** masculino refiriéndose a los hombres y femenino refiriéndose a las mujeres desde el punto de vista de la biología.

**Instrumento para recolectar los datos:** entrevista.

**Naturaleza:** cualitativa; nominal

**Categorías:** masculino y femenino

**TABLA N°1. Distribución según sexo de los adultos mayores que habitan en los complejos del BPS.**

| SEXO      | FA | FR% |
|-----------|----|-----|
| Femenino  | 67 | 74  |
| Masculino | 23 | 26  |
| Total     | 90 | 100 |

Moda: 67





**GRAFICA N°1. Distribución según sexo de los adultos mayores que habitan en los complejos del BPS.**



**Fuente:** Entrevistas. Mayo - Julio 2012.

Esta grafica muestra que hay un claro predominio del sexo femenino (74%) sobre el sexo masculino (26%).



**Variable:** Edad

**Definición conceptual:** tiempo cronológico transcurrido a partir del nacimiento de un individuo. Una persona, según su edad, puede ser un bebé, niño, púber, adolescente, joven, adulto, estar en la mediana edad o en la tercera edad.

**Definición operativa:** se realizó rangos cada 5 años; desde 65 años de edad hasta 95 años de edad.

**Instrumento para recolectar los datos:** entrevista.

**Naturaleza:** cuantitativa; continua.

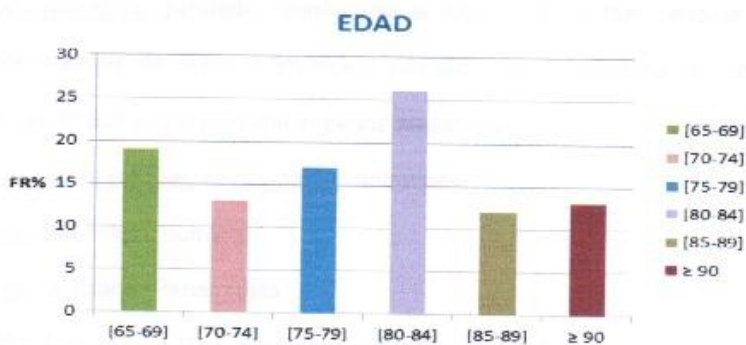
**Categorías:** 65-69; 70-74; 75-79; 80-84; 85-89; mayor de 90.

**TABLA N°2. Distribución según edad de los adultos mayores que habitan en los complejos del BPS.**

| EDAD    | FA | FR% |
|---------|----|-----|
| [65-69] | 17 | 19  |
| [70-74] | 12 | 13  |
| [75-79] | 15 | 17  |
| [80-84] | 23 | 26  |
| [85-89] | 11 | 12  |
| ≥ 90    | 12 | 13  |
| Total   | 90 | 100 |

Moda: 23  
Mediana: 45,5  
Media: 20,4

**GRAFICA N°2. Distribución según edad de los adultos mayores que habitan en los complejos del BPS.**



Fuente: Entrevistas. Mayo - Julio 2012.

En esta grafica se observo que el 19% se presenta de 65 a 69 años, el 13% de 70 a 74 años, el 17% de 75 a 79 años, el 26% de 80 a 84 años, el 12% de 85 a 89 años y el 13% es mayor de 90 años.



**Variable:** Ocupación

**Definición conceptual:** Trabajo, empleo u oficio que tiene una persona.

**Definición operativa:** jubilado refiriéndose a toda persona que cesó la actividad laboral por razones de edad o invalidez; pensionista refiriéndose a un plan de jubilación que ofrece a una persona ingresos seguros de por vida.

**Instrumento para recolectar los datos:** entrevista.

**Naturaleza:** cualitativa, nominal.

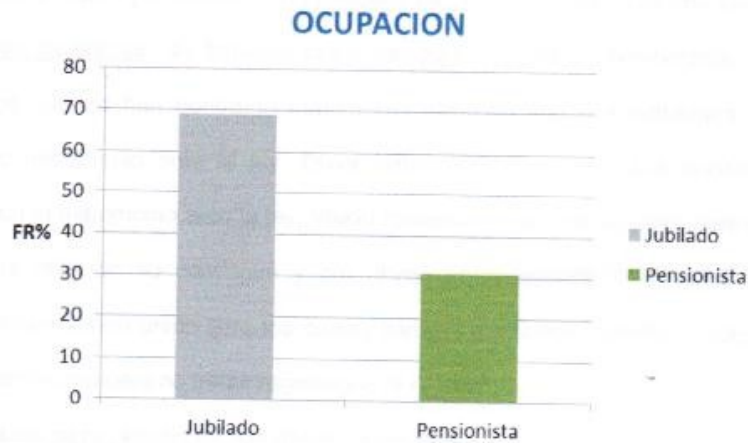
**Categorías:** Jubilado, Pensionista.

**TABLA N°3. Ocupación de los adultos mayores que habitan en los complejos del BPS.**

| OCUPACION   | FA | FR% |
|-------------|----|-----|
| Jubilado    | 68 | 69  |
| Pensionista | 30 | 31  |
| Total       | 98 | 100 |

Moda: 68

**GRAFICA N°3. Ocupación de los adultos mayores que habitan en los complejos del BPS.**



**Fuente:** Entrevistas. Mayo – Julio 2012.

**Comentario:** La frecuencia absoluta no es el N° total ya que un anciano puede pertenecer a las 2 categorías a la vez.

Se pudo ver que el 69% son jubilados y el 31% son pensionistas.



**Variable:** Estado Civil

**Definición conceptual:** condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro sexo o de su mismo sexo.

**Definición operativa:** se tomaron cinco categorías: **Soltero** considerando aquellos individuos que no han contraído matrimonio; **Casado** aquellos individuos que han contraído matrimonio ante la ley; **Divorciado** refiriéndose aquellos individuos que disolvieron el matrimonio ante la ley; **Viudo** tomando en cuenta aquellos individuos los cuales ha fallecido su conyugue y por ultimo consideramos **Concubino** aquellas personas que tienen unión libre los cuales tienen los mismos derecho y obligaciones que el matrimonio pero no están registrados al registro civil.

**Instrumento para recolectar los datos:** entrevista.

**Naturaleza:** cualitativa; nominal.

**Categorías:** Soltero, Casado, Divorciado, Viudo y Concubino.

**TABLA N°4. Estado Civil de los adultos mayores que habitan en los complejos del BPS.**

| ESTADO CIVIL | FA | FR% |
|--------------|----|-----|
| Soltero      | 16 | 18  |
| Casado       | 16 | 18  |
| Divorciado   | 24 | 27  |
| Viudo        | 33 | 36  |
| Concubino    | 1  | 1   |
| Total        | 90 | 100 |

Moda: 33

**GRAFICA N°4. Estado Civil de los adultos mayores que habitan en los complejos del BPS.**



Fuente: Entrevistas. Mayo – Julio 2012.

Vimos que el 36% son viudos, el 27% divorciados, el 18% casados, el 18% solteros y el 1% concubinos lo que es importante para ver el soporte social y emocional que presentan.



**Variable:** Núcleo familiar

**Definición conceptual:** número de personas que conviven bajo el mismo techo que el individuo.

**Definición operativa:** Solo, Cónyuge refiriéndose a toda aquella persona que reside bajo el mismo techo con su pareja; Hijos refiriéndose a aquellas personas que residen con su descendencia; Hermanos refiriéndose a aquellas personas que residen bajo el mismo techo que tienen los mismos padres, o solamente la misma madre o el mismo padre; Nieto refiriéndose a aquellas personas que residen bajo el mismo techo y que son hijos de su descendencia.

**Instrumento para recolectar los datos:** Entrevista.

**Naturaleza:** cualitativa, nominal

**Categorías:** Cónyuge, Solo, Hijo, Hermano, Nieto, Otros

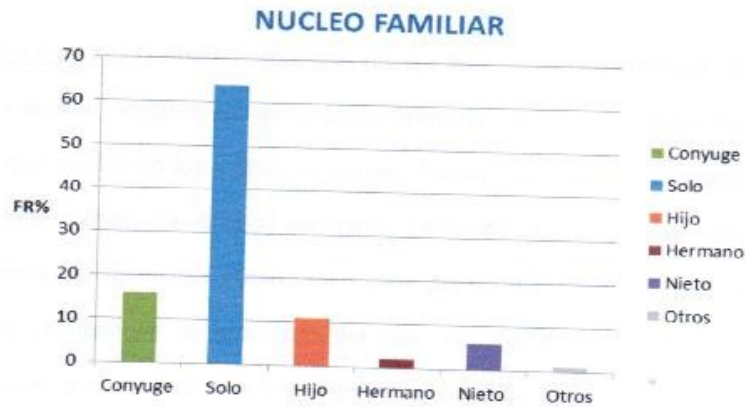
**TABLA N°5. Núcleo Familiar de los adultos mayores que habitan en los complejos del BPS.**

| NUCLEO FAMILIAR | FA | FR% |
|-----------------|----|-----|
| Cónyuge         | 14 | 16  |
| Solo            | 58 | 64  |
| Hijo            | 10 | 11  |
| Hermano         | 2  | 2   |
| Nieto           | 5  | 6   |
| Otros           | 1  | 1   |
| Total           | 90 | 100 |

Moda: 58



**GRAFICA N°5. Núcleo Familiar de los adultos mayores que habitan en los complejos del BPS.**



**Fuente:** Entrevistas. Mayo – Julio 2012.

Pudimos observar un predominio de ancianos que viven solos con un 64%.



**Variable:** Nivel de Instrucción

**Definición conceptual:** Nivel máximo alcanzado por el usuario en la educación formal.

**Definición operativa:** **Analfabeto** refiriéndose a toda persona que posee incapacidad de leer y escribir por falta de aprendizaje; **Primaria Incompleta** refiriéndose a toda persona que no finalizo los 6 años escolares; **Primaria Completa** refiriéndose a toda persona que culmino los 6 años escolares; **Secundaria Incompleta** refiriéndose a toda persona que no ha completado los 6 años que corresponden a liceo; **Secundaria Completa** refiriéndose a toda persona que ha completado los 6 años que corresponden a liceo; **Terciaria Incompleta** refiriéndose a toda persona que no ha completado los estudios correspondientes a la Universidad; **Terciaria Completa** refiriéndose a toda persona que ha completado los estudios correspondientes a la Universidad; **U.T.U Incompleta** refiriéndose a toda persona que no ha completado los estudios correspondientes a la Universidad del Trabajo; **U.T.U Completa** refiriéndose a toda persona que ha completado los estudios correspondientes a la Universidad del Trabajo.

**Instrumento para recolectar los datos:** entrevista

**Naturaleza:** cualitativa, ordinal.

**Categorías:** Analfabeto; Primaria incompleta, Primaria completa, Secundaria incompleta, Secundaria completa, Terciaria incompleta, Terciaria completa, U.T.U. incompleta, U.T.U. completa.



**TABLA N°6. Nivel de Instrucción de los adultos mayores que habitan en los complejos del BPS.**

| NIVEL DE INSTRUCCIÓN  | FA | FR% |
|-----------------------|----|-----|
| Analfabeto            | 2  | 2   |
| Primaria Completa     | 42 | 47  |
| Primaria Incompleta   | 23 | 26  |
| Secundaria Completa   | 8  | 9   |
| Secundaria Incompleta | 11 | 12  |
| UTU Completa          | 2  | 2   |
| UTU Incompleta        | 0  | 0   |
| Terciaria Completa    | 2  | 2   |
| Terciaria Incompleta  | 0  | 0   |
| Total                 | 90 | 100 |

Moda: 42  
Mediana: 45,5

**GRAFICA N°6. Nivel de Instrucción de los adultos mayores que habitan en los complejos del BPS.**



**Fuente:** Entrevistas. Mayo – Julio 2012.

Con respecto al nivel de instrucción vimos que el 47% de la población presenta primaria completa y un 26% primaria incompleta, el 12% presenta secundaria incompleta, el 9% secundaria completa, el 2% UTU completa, el 2% terciaria completa y el 2% son analfabetos.



**Variable:** Antecedentes personales

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

**Definición operativa:** Sistema Cardiovascular refiriéndose a patologías relacionadas con el corazón, sistema vascular y sangre ; Sistema Respiratorio refiriéndose a patologías relacionadas con sistema de conducción y sistema de intercambio; Sistema Endocrino refiriéndose a patologías relacionadas con sistema de glándulas de secreción interna y la regulación hormonal; Sistema Nervioso Central refiriéndose a patologías relacionadas con el encéfalo y medula espinal; Sistema Digestivo – Nutricional refiriéndose a patologías relacionadas con la digestión y absorción de los alimentos; Sistema Tegumentario refiriéndose a patologías relacionadas con la piel; Sistema Genito – Reproductor refiriéndose a patologías relacionadas al aparato reproductor masculino y femenino; Sistema Músculo – esquelético refiriéndose a patologías relacionadas con músculos y huesos; Sistema Hematológico refiriéndose a patologías relacionadas a sangre, medula ósea y ganglios linfáticos; Sistema Inmunológico refiriéndose a patologías relacionadas con las defensas del organismo; Sistema Nefro – urinario refiriéndose a patologías relacionadas con el filtrado, reabsorción y excreción del riñón.

**Instrumento para recolectar los datos:** entrevista

**Naturaleza:** cualitativa; nominal

**Categorías:** Sistema Cardiovascular; Sistema Respiratorio; Sistema Endocrino; Sistema Nervioso Central; Sistema Digestivo - Nutricional; Sistema Tegumentario; Sistema Genito - Reproductor; Sistema Músculo - esquelético; Sistema Hematológico; Sistema Inmunológico; Sistema Nefro – urinario



**TABLA N°7. Antecedentes Personales de los adultos mayores que habitan en los complejos del BPS.**

| ANTECEDENTES PERSONALES         | FA | FR% |
|---------------------------------|----|-----|
| Sistema Cardiovascular          | 64 | 71  |
| Sistema Respiratorio            | 9  | 10  |
| Sistema Endocrino               | 28 | 31  |
| Sistema Nefro - urinario        | 2  | 2   |
| Sistema Digestivo - Nutricional | 64 | 71  |
| Sistema Nervioso Central        | 23 | 26  |
| Sistema Genito - Reproductor    | 13 | 14  |
| Sistema Músculo - esquelético   | 40 | 44  |
| Sistema Hematológico            | 2  | 2   |
| Sistema Inmunológico            | 2  | 2   |
| Sistema Tegumentario            | 1  | 1   |

Moda: 64

**Comentarios:** Aunque la frecuencia absoluta no es el N° total ya que un anciano puede presentar más de un AP a la vez, se utilizó para el cálculo de la FR% el N° 90 para saber qué porcentaje de la población total posee dichos AP.

(Ver Anexo 4 para ver la tabla de antecedentes personales detallados).

**GRAFICA N°7. Antecedentes Personales de los adultos mayores que habitan en los complejos del BPS.**



Fuente: Entrevistas. Mayo – Julio 2012.



**Variable:** Síndromes Geriátricos.

**Definición conceptual:** Los síndromes geriátricos son un conjunto de cuadros habitualmente originados por la conjunción de enfermedades con alta prevalencia en los ancianos y que son el frecuente origen de incapacidad funcional o social en la población.

**Definición operativa:** **Caidas** refiriéndose a la inestabilidad postural relacionado a la relación del equilibrio en condiciones estáticas y de movimiento; **Incontinencia urinaria y fecal** refiriéndose a la pérdida involuntaria de orina y materia fecal en cantidad o frecuencias suficientes para ocasionar un problema higiénico y /o social; **Polifarmacia** refiriéndose a la prescripción de 4 o más fármacos diferentes a un mismo paciente; **Insomnio** refiriéndose a la dificultad para conciliar el sueño o para mantenerlo; **Depresión** refiriéndose a una enfermedad somática depresiva que se manifiesta deterioro cognitivo que simula una demencia, ansiedad, insomnio y somatización; **Inmovilidad** refiriéndose al deterioro funcional con pérdida de la capacidad de movilización, causado por cambios fisiopatológicos en múltiples sistemas; **Úlceras por presión** refiriéndose a regiones circunscriptas del tejido blando infartado que forma cuando la presión que se aplica a la piel con el paso del tiempo es mayor que la presión de oclusión de capilar normal.

**Instrumento para recolectar los datos:** Entrevista

**Naturaleza:** cualitativa, nominal.

**Categorías:** Caidas, Incontinencia Urinaria y fecal, Polifarmacia, Insomnio, Depresión, Inmovilidad, Úlceras por presión.



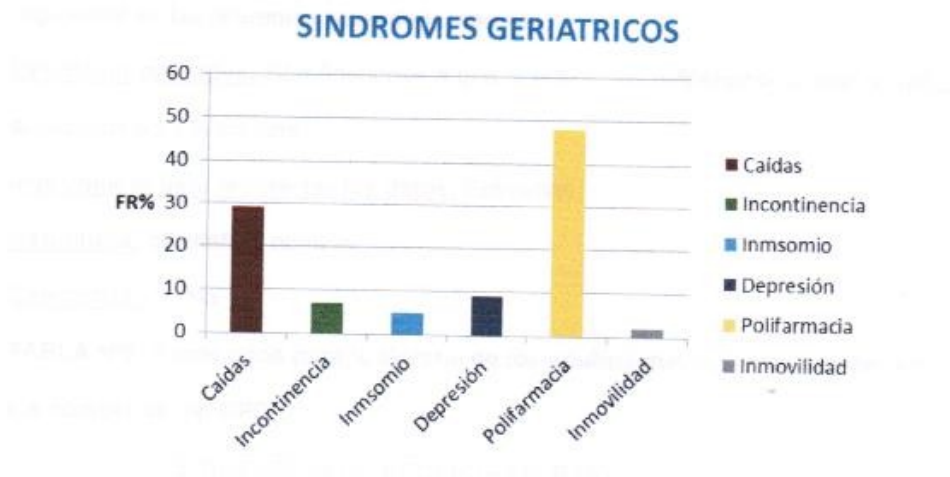


**TABLA N°8. Síndromes Geriátricos de los adultos mayores que habitan en los complejos del BPS.**

| SINDROMES GERIATRICOS | FA  | FR% |
|-----------------------|-----|-----|
| Caídas                | 40  | 29  |
| Incontinencia         | 10  | 7   |
| Insomnio              | 7   | 5   |
| Depresión             | 13  | 9   |
| Polifarmacia          | 65  | 48  |
| Inmovilidad           | 3   | 2   |
| Ulceras por presión   | 0   | 0   |
| Total                 | 138 | 100 |

Moda: 65

**GRAFICA N°8. Síndromes Geriátricos de los adultos mayores que habitan en los complejos del BPS.**



**Fuente:** Entrevistas. Mayo - Julio 2012.

Vimos que el 48% presenta polifarmacia, el 29% presento caídas siendo estos los síndromes geriátricos de mayor frecuencia de estos ancianos.



**Variable:** Utilización de Accesorios para la marcha.

**Definición conceptual:** Serie de dispositivos que facilitan o mejoran la estabilidad y la ergonomía en las diferentes fases de la marcha

**Definición operativa:** Si refiriéndose a que si utiliza, No refiriéndose a que no utiliza accesorios para la marcha

**Instrumento para recolectar los datos:** Entrevista

**Naturaleza:** cualitativa, nominal.

**Categorías:** Si, No.

**TABLA N°9. Accesorios para la Marcha de los adultos mayores que habitan en los complejos del BPS.**

| UTILIZACIÓN DE ACCESORIOS PARA LA MARCHA | FA | FR% |
|--|----|-----|
| Si                                       | 30 | 33  |
| No                                       | 60 | 67  |
| Total                                    | 90 | 100 |

Moda: 60

**GRAFICA N°9. Accesorios para la Marcha de los adultos mayores que habitan en los complejos del BPS.**



**Fuente:** Entrevistas. Mayo – Julio 2012.

De dicho grafico pudimos observar que el 60% no utiliza accesorios para la marcha y el 30% si los utiliza (bastón, andador o silla de ruedas).



**Variables:** Polifarmacia y Riesgo de Caídas.

**Definición conceptual:** **Riesgo de caídas** refiriéndose al riesgo de desequilibrio entre el estado de los mecanismos de control del equilibrio y la marcha y las demandas que establece el medio ambiente, las enfermedades, el efecto de fármacos y otros factores a la inestabilidad postural relacionado a la relación del equilibrio en condiciones estáticas y de movimiento y **Polifarmacia** refiriéndose a la prescripción de 3 o más fármacos diferentes a un mismo paciente.

**Definición operativa:** **Si, Si;** refiriéndose a los adultos mayores que presentan polifarmacia y riesgo de caídas, **Si, No;** refiriéndose a los adultos mayores que presentan riesgo de caídas y no polifarmacia, **No, Si;** refiriéndose a todos los adultos mayores que no presentan riesgo de caídas y si polifarmacia, **No, No;** refiriéndose a todos los adultos mayores que no presentan ni riesgo de caídas ni polifarmacia.

**Instrumento para recolectar los datos:** Entrevista

**Naturaleza:** polifarmacia: cualitativa, nominal y riesgo de caídas: cualitativa, ordinal.

**Categorías:** Si, Si; Si, No; No, Si y No, No.

|                 | Si riesgo de caídas | No riesgo de caídas | Total     |
|-----------------|---------------------|---------------------|-----------|
| Si polifarmacia | 52 (58%)            | 10 (11%)            | 62        |
| No polifarmacia | 9 (10%)             | 19 (21%)            | 28        |
| Total           | 61                  | 29                  | 90 (100%) |



**Variables:** Accesorios para la marcha y Riesgo de Caídas.

**Definición conceptual:** Riesgo de caídas refiriéndose al riesgo de desequilibrio entre el estado de los mecanismos de control del equilibrio y la marcha y las demandas que establece el medio ambiente, las enfermedades, el efecto de fármacos y otros factores a la inestabilidad postural relacionado a la relación del equilibrio en condiciones estáticas y de movimiento y Accesorios para la marcha serie de dispositivos que facilitan o mejoran la estabilidad y la ergonomía en las diferentes fases de la marcha.

**Definición operativa:** Si, Si; refiriéndose a los adultos mayores que presentan accesorios para la marcha y riesgo de caídas, Si, No; refiriéndose a los adultos mayores que presentan riesgo de caídas y no accesorios para la marcha, No, Si; refiriéndose a todos los adultos mayores que no presentan riesgo de caídas y si accesorios para la marcha, No, No; refiriéndose a todos los adultos mayores que no presentan ni riesgo de caídas ni accesorios para la marcha.

**Instrumento para recolectar los datos:** Entrevista

**Naturaleza:** accesorios para la marcha: cualitativa, nominal y riesgo de caídas: cualitativa, ordinal.

**Categorías:** Si, Si; Si, No; No, Si y No, No.

|                              | Si riesgo de caídas | No riesgo de caídas | Total     |
|------------------------------|---------------------|---------------------|-----------|
| Si accesorios para la marcha | 25 (28%)            | 1 (1%)              | 26        |
| No accesorios para la marcha | 36 (40%)            | 28 (31%)            | 64        |
| Total                        | 61                  | 29                  | 90 (100%) |



**Variable:** Toma Medicación.

**Definición conceptual:** Acto de ingerir fármacos.

**Definición operativa:** Si refiriéndose a que el usuario ingiere fármacos: No refiriéndose a que el usuario no ingiere fármacos.

**Instrumento para recolectar los datos:** Entrevista

**Naturaleza:** cualitativa, nominal.

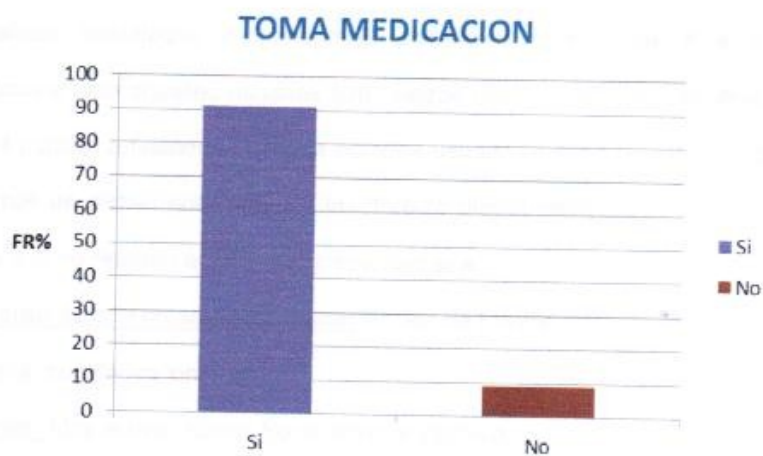
**Categorías:** Si: No.

**TABLA N°10. Administración de Medicación de los adultos mayores que habitan en los complejos del BPS.**

| TOMA MEDICACIÓN | FA | FR% |
|-----------------|----|-----|
| Si              | 82 | 91  |
| No              | 8  | 9   |
| Total           | 90 | 100 |

Moda: 82

**GRAFICA N°10. Administración de Medicación de los adultos mayores que habitan en los complejos del BPS.**



Fuente: Entrevistas. Mayo – Julio 2012.

Observamos que el 91% toma medicación.





**Variable:** Realización de Actividades de la Vida Diaria

**Definición conceptual:** Son aquellas actividades instrumentales desempeñadas en forma autónoma por un adulto mayor.

**Definición operativa:** **Muy activo** (8 puntos) refiriéndose a todos aquellos usuarios que realizan actividades instrumentales completas; **Activo** (de 5 a 7 puntos) refiriéndose a todo aquellos usuarios que realizan actividades limitadas, **Poco Activo** (de 1 a 4 puntos) refiriéndose a todos aquellos usuarios que poseen una limitación del 50% o más de dichas actividades e **Inactivo** (0 punto) refiriéndose a todos aquellos usuarios que no realizan actividades instrumentales.

**Instrumento para recolectar los datos:** Escala de Lawton y Brody.

**Naturaleza:** cualitativa, ordinal.

**Categorías:** Muy activo; Activo; Poco Activo e Inactivo.

**TABLA N°11. Realización de Actividades de la Vida Diaria de los adultos mayores que habitan en los complejos del BPS.**

| REALIZACIÓN ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA | FA | FR% |
|---|----|-----|
| Muy Activo                                | 62 | 69  |
| Activo                                    | 21 | 23  |
| Poco Activo                               | 5  | 6   |
| Inactivo                                  | 2  | 2   |
| Total                                     | 90 | 100 |

Moda: 62  
Mediana: 45,5  
Media: 1

**GRAFICA N°11. Realización de Actividades de la Vida Diaria de los adultos mayores que habitan en los complejos del BPS.**



**Fuente:** Entrevistas. Mayo – Julio 2012.

Se observó que el 69% es muy activo o sea que realiza las actividades instrumentales de la vida diaria completas y el 23% activo posee una limitación en dichas actividades, un 6% poco activo por lo que tiene una limitación del 50% o más de esas actividades y un 2% inactivo por lo que no realiza actividades instrumentales.



**Variable:** Presencia de Deterioro Cognitivo

**Definición conceptual:** Alteración de las funciones psíquicas operativas (atención, memoria, orientación y lenguaje) y de las funciones psíquicas superiores (adquisividad, juicio y razonamiento)

**Definición operativa:** Sin Deterioro Cognitivo refiriéndose a todos aquellos usuarios que poseen de 0 a 2 errores; Deterioro Cognitivo leve refiriéndose a todos aquellos adultos mayores aquellos poseen de 3 a 4 errores; Deterioro Cognitivo Moderado refiriéndose a todos aquellos adultos mayores que poseen de 5 a 7 errores y Deterioro Cognitivo Severo refiriéndose a todos aquellos usuarios que poseen de 8 a 10 errores.

**Instrumento para recolectar los datos:** Cuestionario Portátil del Estado Mental de Pfeiffer.

**Naturaleza:** cualitativa, ordinal.

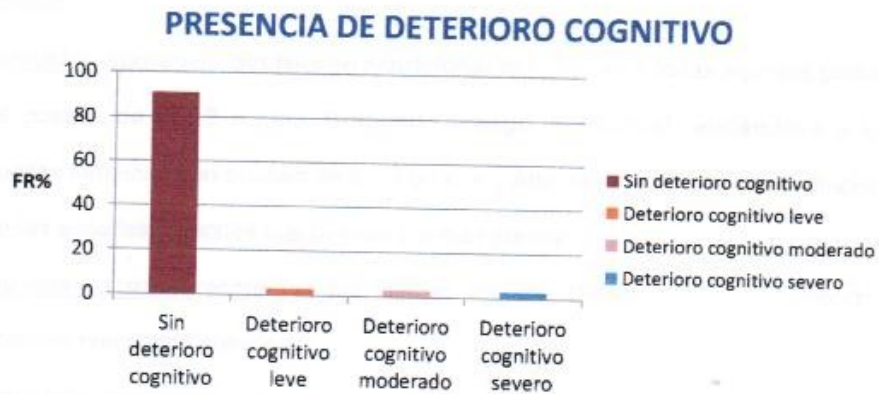
**Categorías:** Sin Deterioro Cognitivo, Deterioro Cognitivo leve, Deterioro Cognitivo moderado y Deterioro Cognitivo Severo.

**TABLA N°12. Presencia de Deterioro Cognitivo en los adultos mayores que habitan en los complejos del BPS.**

| PRESENCIA DE DETERIORO COGNITIVO | FA | FR% |
|----------------------------------|----|-----|
| Sin deterioro cognitivo          | 81 | 91  |
| Deterioro cognitivo leve         | 3  | 3   |
| Deterioro cognitivo moderado     | 3  | 3   |
| Deterioro cognitivo severo       | 3  | 3   |
| Total                            | 90 | 100 |

Moda: 81  
Mediana: 45,5

**GRAFICA N°12. Presencia de Deterioro Cognitivo en los adultos mayores que habitan en los complejos del BPS.**



**Fuente:** Entrevistas. Mayo – Julio 2012.

El 91% de los adultos mayores no presentan deterioro cognitivo, un 9% presenta deterioro cognitivo en alguno de sus grados.



**Variable:** Presencia de Riesgo Nutricional

**Definición conceptual:** Posibilidad de desarrollar una patología por alteración en la nutrición.

**Definición operativa:** Sin Riesgo Nutricional refiriéndose a todas aquellas personas que poseen de 0 a 2 puntos, Moderado Riesgo Nutricional refiriéndose a todas aquellas personas que poseen de 3 a 5 puntos y Alto Riesgo Nutricional refiriéndose a todas aquellas personas que poseen 6 o más puntos.

**Instrumento para recolectar los datos:** Escala "Determine" para detección de pacientes con riesgo nutricional.

**Naturaleza:** cualitativa, ordinal.

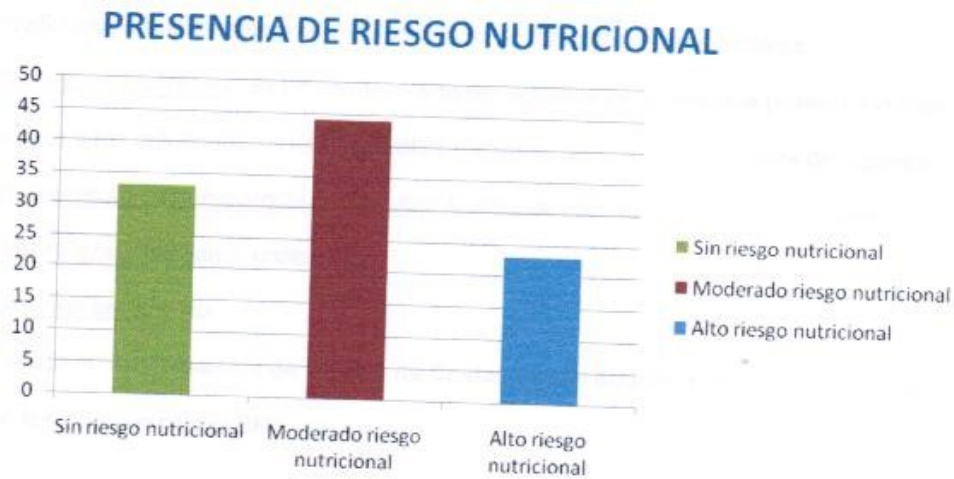
**Categorías:** Sin Riesgo Nutricional; Moderado Riesgo Nutricional y Alto Riesgo Nutricional.

**TABLA N°13. Presencia de Riesgo Nutricional en los adultos mayores que habitan en los complejos del BPS.**

| PRESENCIA DE RIESGO NUTRICIONAL | FA | FR% |
|---------------------------------|----|-----|
| Sin riesgo nutricional          | 31 | 33  |
| Moderado riesgo nutricional     | 38 | 44  |
| Alto riesgo nutricional         | 21 | 23  |
| Total                           | 90 | 100 |

Moda: 38  
Mediana: 45,5

**GRAFICA N°13. Presencia de Riesgo Nutricional en los adultos mayores que habitan en los complejos del BPS.**



**Fuente:** Entrevistas. Mayo – Julio 2012.

De la gráfica pudimos destacar que el 33% no presenta riesgo nutricional y el 67% si presenta riesgo nutricional (el 44% moderado riesgo nutricional y el 23% alto riesgo nutricional).



**Variable:** Presencia de Riesgo de Caídas

**Definición conceptual:** Son producto del desequilibrio entre el estado de los mecanismos de control del equilibrio y la marcha y las demandas que establece el medio ambiente, las enfermedades, el efecto de fármacos y otros factores.

**Definición operativa:** Si refiriéndose a todas aquellas personas que poseen 3 o más puntos y No refiriéndose a todas aquellas personas que presentan menos de 3 puntos.

**Instrumento para recolectar los datos:** Escala de Riesgo de Caídas JH Downton.

**Naturaleza:** cualitativa, ordinal.

**Categorías:** Si y No.

**TABLA N°14. Presencia de Riesgo de Caídas en los adultos mayores que habitan en los complejos del BPS.**

| PRESENCIA DE RIESGO DE CAIDAS | FA | FR% |
|-------------------------------|----|-----|
| Si                            | 63 | 70  |
| No                            | 27 | 30  |
| Total                         | 90 | 100 |

Moda: 63  
Mediana: 45,5



**Variable:** Índice Masa Corporal

**Definición conceptual:** El Índice de Masa Corporal es un índice del peso de una persona en relación con su altura.

**Definición operativa:** **Desnutrición:** enfermedad causada por una dieta inapropiada, hipocalórica e hipoproteica; también puede ser causada por mala absorción de nutrientes.

**Sobrepeso:** es la condición de poseer más grasa corporal de la que se considera saludable en relación con la estatura.

**Obesidad:** se considera una enfermedad crónica de origen multifactorial caracterizada por hipertrofia del tejido adiposo en el cuerpo, cuando el IMC es igual o superior a 30 kg/m<sup>2</sup>.

**Instrumento para recolectar los datos:** entrevista.

**Naturaleza:** cuantitativa continua

**Categorías:** Desnutrición < 18.5; Normal 18.5 - 24.9; Sobrepeso 25 - 29.9; Obesidad > 30.

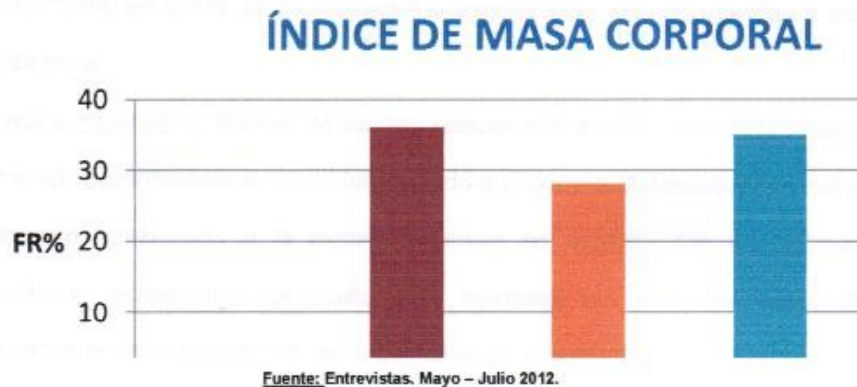
**TABLA N°15. Índice de Masa Corporal de los adultos mayores que habitan en los complejos del BPS.**

| ÍNDICE DE MASA CORPORAL | FA | FR% |
|-------------------------|----|-----|
| Desnutrición            | 1  | 1   |
| Normal                  | 31 | 36  |
| Sobrepeso               | 24 | 28  |
| Obesidad                | 30 | 35  |
| Total                   | 86 | 100 |

Moda: 31  
Mediana: 43



**GRAFICA N°15. Índice de Masa Corporal de los adultos mayores que habitan en los complejos del BPS.**



**Comentarios:** La frecuencia absoluta no es el N° total ya que a 4 ancianos no se los pudo pesar ni medir por ser totalmente dependientes.

Pudimos observar que el 35% son obesos, el 28% presentan sobrepeso, el 36% presentan un IMC normal y el 1% presenta desnutrición.



**Variable:** Diagnósticos de Enfermería.

**Definición conceptual:** problema de salud real o potencial que las/los profesionales de enfermería, en virtud de su formación y experiencia, tienen capacidad y derecho legal de tratar.

**Definición operativa:** Riesgo de caídas relacionado a edad avanzada; Riesgo de efectos adversos medicamentosos relacionado a polifarmacia; Desequilibrio nutricional por exceso relacionado a la ingesta excesiva en relación con las necesidades metabólicas; Incapacidad del adulto para mantener su desarrollo relacionado a limitaciones en la realización de las actividades de la vida diaria; Incontinencia urinaria funcional relacionado a cambios degenerativos en los músculos pélvicos y soportes estructurales, asociados a los cambios de la edad; Deterioro de la movilidad física relacionado a alteración músculo-esquelética, disminución de la fuerza y resistencia e intolerancia a la actividad; Dolor crónico relacionado a incapacidad física; Manejo inefectivo del régimen terapéutico relacionado a con la complejidad del régimen terapéutico, dificultades económicas, patrones familiares del cuidado de salud, déficit de conocimiento, desconfianza del régimen y/o personales de cuidados de salud, déficit de apoyo social, demanda excesiva sobre una persona y/o familia; Desequilibrio nutricional por defecto relacionado a dificultad para ingerir, digerir o absorber los nutrientes a causa de los factores biológicos, psicológicos y económicos.

**Instrumento para recolectar los datos:** entrevista

**Naturaleza:** cualitativa, nominal.

**Categorías:** Riesgo de caídas relacionado a edad avanzada; Riesgo de efectos adversos medicamentosos relacionado a polifarmacia; Desequilibrio nutricional por exceso relacionado a la ingesta excesiva en relación con las necesidades metabólicas;



Incapacidad del adulto para mantener su desarrollo relacionado a limitaciones en la realización de las actividades de la vida diaria; Incontinencia urinaria funcional relacionado a cambios degenerativos en los músculos pélvicos y soportes estructurales, asociados a los cambios de la edad; Deterioro de la movilidad física relacionado a alteración músculo-esquelética, disminución de la fuerza y resistencia e intolerancia a la actividad; Dolor crónico relacionado a incapacidad física; Manejo inefectivo del régimen terapéutico relacionado a con la complejidad del régimen terapéutico, dificultades económicas, patrones familiares del cuidado de salud, déficit de conocimiento, desconfianza del régimen y/o personales de cuidados de salud, déficit de apoyo social, demanda excesiva sobre una persona y/o familia; Desequilibrio nutricional por defecto relacionado a dificultad para ingerir, digerir o absorber los nutrientes a causa de los factores biológicos, psicológicos y económicos.

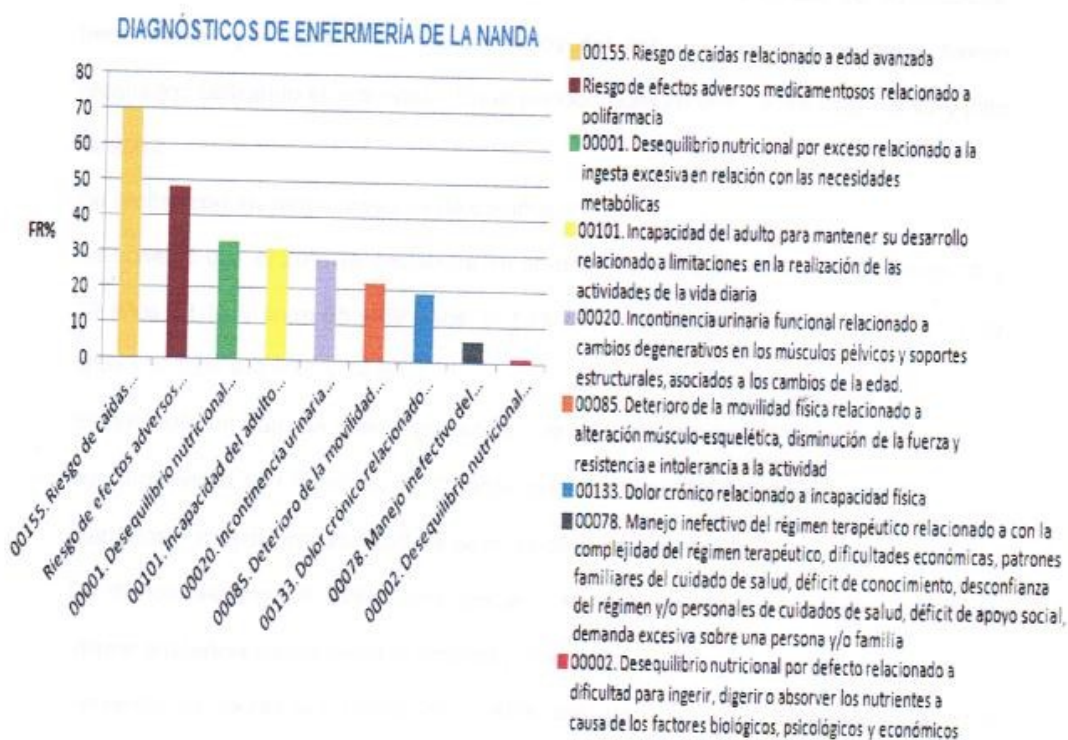


**TABLA N°16. Diagnósticos de Enfermería de los adultos mayores que habitan en los complejos del BPS.**

| DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA DE LA NANDA   | FA | FR% |
|--|----|-----|
| 00155. Riesgo de caídas relacionado a edad avanzada  | 63 | 70  |
| Riesgo de efectos adversos medicamentosos relacionado a polifarmacia   | 65 | 48  |
| 00001. Desequilibrio nutricional por exceso relacionado a la ingesta excesiva en relación con las necesidades metabólicas  | 30 | 33  |
| 00101. Incapacidad del adulto para mantener su desarrollo relacionado a limitaciones en la realización de las actividades de la vida diaria  | 28 | 31  |
| 00020. Incontinencia urinaria funcional relacionado a cambios degenerativos en los músculos pélvicos y soportes estructurales, asociados a los cambios de la edad.   | 25 | 28  |
| 00085. Deterioro de la movilidad física relacionado a alteración músculo-esquelética, disminución de la fuerza y resistencia e intolerancia a la actividad   | 20 | 22  |
| 00133. Dolor crónico relacionado a incapacidad física  | 17 | 19  |
| 00078. Manejo inefectivo del régimen terapéutico relacionado a con la complejidad del régimen terapéutico, dificultades económicas, patrones familiares del cuidado de salud, déficit de conocimiento, desconfianza del régimen y/o personales de cuidados de salud, déficit de apoyo social, demanda excesiva sobre una persona y/o familia | 5  | 6   |
| 00002. Desequilibrio nutricional por defecto relacionado a dificultad para ingerir, digerir o absorber los nutrientes a causa de los factores biológicos, psicológicos y económicos  | 1  | 1   |

**Comentarios:** Aunque la frecuencia absoluta no es el N° total ya que un anciano puede presentar más de un Dx a la vez, se utilizó para el cálculo de la FR% el N° 90 para saber qué porcentaje de la población total posee dichos Dx.

**GRAFICA N°16. Diagnósticos de Enfermería de los adultos mayores que habitan en los complejos del BPS.**



Fuente: Entrevistas. Mayo – Julio 2012.



## DISCUSIÓN

El trabajo final de investigación fue realizado tomando una muestra de 90 ancianos beneficiarios que residen en los complejos del BPS asignados. Los datos fueron recabados utilizando la entrevista. En el periodo comprendido entre mayo-junio y julio de 2012.

Se realizo con ancianos mayores de 65 años.

Se observó que el 26% se encuentra en el rango de 80 a 84 años, el 17% entre 75 y 79 años, el 12% entre 85 y 89 años, el 13% mayor a 90 años, el 19% entre 65 y 69 años y el 13% entre 70 y 74.años.

Siendo este un dato de gran importancia a la hora de realizar un plan de atención ya que la mayoría son mayores de 75 años que son aquellos con mayor demanda de cuidados y mayor probabilidad de pérdida de autonomía.

De dichos ancianos el 74% fueron del sexo femenino y el 26% masculino viendo la misma tendencia de los datos aportados por el INE.

Teniendo en cuenta la procedencia el 48% son procedentes de Montevideo, el 51% del interior y un 1% del exterior, lo que nos muestra que hubo una gran migración interna desde varios de los departamentos del Uruguay hacia Montevideo.

En lo referente al núcleo familiar se observó que el 64% de los ancianos viven solos y el 36% acompañados ya sea por su cónyuge (16%), hijos (11%), nietos (6%), hermanos (2%) y otros (1%); al comparar este dato con el programa del adulto mayor que refiere que el 20% de los adultos mayores viven solos vemos un aumento significativo lo cual es un factor de riesgo ya que no tienen quien les cuide ante la probabilidad de discapacidad o enfermedades.

Hay que tener en cuenta estos adultos que viven solos para realizar un seguimiento





mas profundo ya que se encuentran más vulnerables a cualquier suceso y no tienen apoyo social.

Tal como dice el programa del adulto mayor que la mayoría de los adultos presentan jubilación o pensión se observó que el 69% son jubilados y el 31% pensionistas, dicha variable es importante ya que se vio que el 64% de estos ancianos vivían solos o sea que el único ingreso que poseen es dicha jubilación o pensión o en los mínimos casos ambas. Para esto la Licenciada con su visión holística puede ver en que situación socioeconómica se encuentra el adulto mayor y ver si los ingresos que posee alcanzan para satisfacer las necesidades básicas y poseer una calidad de vida digna. Con respecto al estado civil el 36% son viudos, 27% divorciados, 18% solteros y casados y un 1% en concubinato, lo cual se relaciona con los ancianos que viven solos, lo que determina un factor de riesgo.

Con respecto al nivel de instrucción vimos que el 47% de la población presenta primaria completa y un 26% primaria incompleta, esto es importante para enfermería a la hora de dirigirse a los ancianos, de brindar educación con términos comprensibles teniendo en cuenta el nivel de instrucción que estos presentan además la educación es un determinante importante del comportamiento de los individuos que condiciona en gran parte su estilo de vida.

Es importante destacar el bajo nivel de escolaridad que estos presentan, solo el 21% curso secundaria y de estos solo el 9% la culminó. También hay que tener en cuenta que en la época en la que estos se educaban no era común finalizar la secundaria ya que no implicaba un requisito a la hora de buscar empleo.

Esto se asemeja a lo expresado en el programa del adulto mayor que dice que la mayoría cursaron primaria y la minoría secundaria.





En los adultos mayores el acceso a un servicio de salud alcanza gran relevancia ya que el riesgo de presentar patologías es mayor. Vemos que todos los adultos mayores cuentan con cobertura médica ya sea pública (38%) o privada (62%) (Ver anexo 2) Teniendo en cuenta los AP el 64% presenta HTA, el 20% diabetes, el 35% obesidad, el 20% dislipemia, el 23% tabaquismo, 4% presenta sedentarismo y 13% asma. (Ver anexo 4)

Se observó que el 35% son obesos, el 28% presentan sobrepeso, el 36% presentan un IMC normal y el 1% presenta desnutrición.

Siendo la HTA, el sedentarismo, la dislipemia, el tabaquismo, el sobrepeso y más aún la obesidad factores de riesgo cardiovasculares la Licenciada en Enfermería debe promover hábitos saludables en estos ancianos para prevenir enfermedades cardiovasculares; ya que en Uruguay mueren más de 10000 personas al año por enfermedades cardiovasculares<sup>20</sup>, siendo esta una de las principales causas de muerte.

El 32% no presenta la VAT vigente lo cual es de suma importancia en el adulto mayor ya que los cambios en el sistema inmunitario debido al envejecimiento, los cambios en la estructura de la piel y mucosas y las posibilidades de defensa y recuperación hace que estas puedan tener consecuencias más importantes en adultos que en jóvenes, además muchos de los síndromes geriátricos pueden ser desencadenados o agravados por la presencia de infecciones en el anciano en especial en el caso de los ancianos frágiles por lo que el papel de la prevención primaria por parte de la Licenciada es indispensable. (Ver Anexo 4).

Como ya vimos no todos los ancianos presentan síndromes geriátricos, no todos presentan todos los síndromes y no es condicionante ser anciano para presentar un

<sup>20</sup> MSP



síndrome geriátrico sin embargo se observó que 48% presentan polifarmacia, 29% caídas, 9% depresión, incontinencia 7%, insomnio 5%.

Se observó además que el 91% toma medicación siguiendo el mismo predominio que la OMS que dice que entre el 65% y el 94% de los ancianos consume algún tipo de fármaco y el 48% presenta polifarmacia.

Es importante tenerlo en cuenta ya que incrementa riesgo de presentar reacciones adversas a los medicamentos e interacciones medicamentosas, lo cual es una causa de trastornos iatrogénicos en los ancianos, también a esto se le suma el error frecuente de los ancianos al tomar la medicación ya sea por trastornos en la memoria, visión, disminución de la destreza manual, etc; a esto también hay que sumarle además el mal hábito de automedicarse que muchos poseen como dice la OMS el 25% de los adultos mayores de 65 años presentan reacciones adversas a fármacos. Es importante corroborar como los ancianos toman su medicación para disminuir el riesgo de errores.

Unos de los requisitos para que los beneficiarios accedan a este tipo de infraestructura brindada por el BPS es que sean autovalidados, sería de gran importancia el rol de la Licenciada en Enfermería en cuanto a la valoración geriátrica integral. La misma consta de valorar la parte física, social, mental y funcional en forma dinámica y continua entre todas las áreas interdisciplinarias.

Utilizando las escalas del adulto mayor determinamos que:

En cuanto a la realización de las actividades instrumentales de la vida diaria el 69% realiza las actividades instrumentales de la vida diaria completas, el 23% posee una limitación en dichas actividades, un 6% tiene una limitación del 50% o más de esas actividades y un 2% no realiza actividades instrumentales, este resultado nos muestra



una similitud con lo visto en el programa del adulto mayor el cual expresa que 20% a 30% de los adultos mayores de 65 años padecen discapacidad para actividades de la vida diaria.

Se observó que los adultos que presentaban limitaciones tenían un cuidador que estaba a su cargo, igual vale la pena destacar que estos ancianos no cumplen con el requisito de ser autoválidos que el BPS exige.

Teniendo en cuenta la presencia de deterioro cognitivo: el 91% de los adultos mayores no presentan deterioro cognitivo, un 9% presenta deterioro cognitivo en alguno de sus grados lo cual es importante ya que al presentar deterioro cognitivo no puede vivir solo se vuelve dependiente, necesita de alguien que se haga cargo de él.

El 86% no presenta depresión, el 13% presenta depresión posible y solo el 1% presenta depresión probable siendo este dato similar al del programa del adulto mayor en el cual se ve que el 10% presenta trastornos depresivos.

El 33% no presenta riesgo nutricional y el 67% si presenta riesgo nutricional (el 44% moderado riesgo nutricional y el 23% alto riesgo nutricional) como ya habíamos visto los estilos de vida no saludables tienen alta prevalencia entre los adultos mayores.

Se observó que el 70% de los ancianos presentan riesgo de caídas por lo que es de gran importancia tomar todas medidas posibles para prevenir caídas, ya sean dentro de los factores extrínsecos en el medio ambiental (adaptar escaleras, pasillos y baños con barras de sujeción o pasamanos, adaptar cama o inodoro a la altura adecuada, rampas en el caso que no estén presentes o reparar rampas inadecuadas, reparar escalones no uniformes, evitar pisos resvaladizos, evitar mala o escasa iluminación, detectar riesgo por alfombras o cables sueltos, evitar mobiliario inestable y alto, evitar presencia de animales domésticos), favorecer el uso de calzado adecuado y dentro de



los factores intrínsecos evaluar enfermedades neurológicas, osteoarticulares y musculares, cardiovasculares, psiquiátricas, déficit de visión. Podemos afirmar que la Licenciada cumple aquí nuevamente un rol fundamental. Al realizar el cruzamiento de variables se observó que el 58% presenta riesgo de caídas y polifarmacia, el 10% presenta riesgo de caídas y no polifarmacia, el 11% presenta polifarmacia y no riesgo de caídas y el 21% no presenta ni polifarmacia ni riesgo de caídas, sabiendo que el riesgo de caídas aumenta al presentar polifarmacia la licenciada en enfermería deberá realizar la revisión y educación correspondiente en el caso de errores en la toma y de esta forma actuar disminuyendo este riesgo que un gran número de la población presenta.

Se observó que el 33% utiliza accesorios para la marcha, al cruzar esta variable con el riesgo de caídas que están directamente relacionadas vimos que el 28% presenta riesgo de caídas y utiliza accesorios para la marcha, el 10% presenta riesgo de caídas y no utiliza accesorios para la marcha, el 1% utiliza accesorios para la marcha y no presenta riesgo de caídas y el 31% no utiliza accesorios para la marcha ni presenta riesgo de caídas.



## CONCLUSIÓN

Se concluyó que al finalizar el trabajo de investigación final a pesar de los obstáculos que se presentaron en el transcurso del mismo se logró conocer los factores sociodemográficos y epidemiológicos de los ancianos de los complejos habitacionales del BPS.

Fue de suma importancia al contrastar los datos obtenidos con el marco teórico haber encontrado muchas similitudes

Se logró caracterizar a la población de estudio y de esta forma detectar factores de riesgo presentes en dicha población.

Los factores de riesgo más importantes que se detectaron y los cuales nos parecen que se deberá buscar una solución inmediata son:

- Presencia de riesgo de caídas en la mayoría de la población, es de suma importancia disminuir este riesgo de caídas ya que en el adulto mayor las consecuencias ante una caída son las siguientes; consecuencias físicas traumatismos que pueden ser desde menores por ejemplo en partes blandas como hematomas hasta lesiones mayores como fracturas, las cuales son complicaciones con alta mortalidad inmediata y con alto índice de discapacidad; consecuencias mentales presencia de síntomas depresivos como resultado de la disminución de actividades, del dolor y de la disminución del contacto social, además presentan temor a caerse nuevamente; como consecuencias funcionales de las caídas presentan disminución del nivel de actividad y de la autonomía ya sea por las secuelas físicas, por el dolor o por el temor a caerse nuevamente; consecuencias sociales y económicas se produce una disminución de la autonomía por las discapacidades que interfiere con la habilidad del adulto mayor para continuar con los contactos sociales, disminuye la motivación para participar de



actividades, muchas veces la familia exagera y restringe las actividades produciendo una declinación funcional que aumenta el riesgo de caídas, en términos económicos el aumento de la dependencia siempre implica un aumento de los gastos.

- Presencia de polifarmacia en la mitad de los adultos mayores: la toma de 3 fármacos o mas pueden tener reacciones adversas medicamentosas, propios del fármaco, e interacciones medicamentosas. Estas pueden ser de antagonismo, que evitan que los medicamentos actúen como es deseado, o de sinergismo, donde el efecto se incrementa y por lo tanto puede presentarse toxicidad. Además que por los cambios propios del envejecimiento se ve alterada la absorción, el metabolismo y la excreción del fármaco.

Todos estos fenómenos deben de ser evaluados por la Licenciada en Enfermería y así en conjunto con el equipo interdisciplinario elegir el medicamento adecuado, ajustar la dosis y determinar la vía de administración. Este abordaje debe buscar reducir al mínimo los efectos adversos de los fármacos y prever las interacciones entre ellos.

- Presencia de moderado o alto riesgo nutricional en más de la mitad de los adultos mayores: sabiendo que presentan factores de riesgo cardiovascular como ya vimos se deben promover hábitos saludables además se deberá realizar interconsultas con nutricionista para poder disminuir al mínimo este riesgo que presentan.

Se concluyó que la mayoría de estos ancianos son ancianos frágiles ya que la mayoría son mayores de 75 años, presentan polipatología, presentan caídas, mas de la mitad viven solos, la mitad presenta polifarmacia por lo que es sumamente necesario realizar un seguimiento profundo de estos ancianos.

Es de suma importancia por todo lo justificado anteriormente la inclusión de la Licenciada en Enfermería a los programas y planes existentes en el Uruguay; además



la presencia de una Licenciada en Enfermería en el equipo del BPS ya que estos adultos mayores presentan muchas necesidades, carencias y riesgos que con la presencia de un profesional se podrían disminuir.

Desde nuestra visión como futuros licenciados, esta investigación, la cual fue producto de nuestro esfuerzo y dedicación, nos enriquece como profesionales.

La realización de investigaciones estamos convencidos que es el camino para el crecimiento, el fortalecimiento y marcar la diferencia en cuanto a nuestra profesión.

Y así...

La licenciada en Enfermería en el BPS debe tener una visión integral de la persona y de su situación física, mental, social y emocional, así como de sus necesidades y deseos de atención.

Se espera de cada profesional de la salud que se ocupa de la atención de los adultos mayores, una actitud proactiva, proclive a la prevención, a la promoción de la salud y a la rehabilitación, así como a la atención de las necesidades de los adultos mayores, en caso de presentar alguna de las patologías mencionadas o en el caso contrario consultar con el profesional correspondiente.

Trabaja eficazmente el programa de adulto mayor del MSP para mejorar la atención y mejorar la calidad de vida de las personas adultas mayores, mediante la estimación integral de sus necesidades, en particular en cuanto a la promoción de la salud, a través de intervenciones educativas de promoción de la salud, fortaleciendo su capacidad para distribuir desde su perspectiva, su conocimiento y en sus decisiones a la salud.

Además también de que se investigue en el BPS para como profesional mejorar la calidad de vida de la población unipersonal, como también a disminuir la prevalencia y a



## PROPUESTA DE ENFERMERIA

Nuestro plan de trabajo incluye la presencia de un/a Licenciado/a de Enfermería por complejo habitacional del BPS. Las actividades a realizar nacen de las necesidades y problemas detectados en este trabajo de investigación final.

La misma concurrirá a los complejos asignados por el BPS avalada por el MSP de lunes a viernes en el horario de 8:00 a 13:00 horas.

Los recursos materiales que la Licenciada considere necesarios serán brindados por el MSP y BPS.

La Licenciada en Enfermería realizara la valoración geriátrica integral la cual consta de una valoración física, mental, social y funcional, realizara visitas domiciliarias y consultas de enfermería.

Se encargara de controlar diariamente los signos vitales de los adultos mayores (presión arterial, glicemia, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y temperatura axilar), en caso de encontrar alteraciones de ser posible las solucionara o en el caso contrario consultara con el profesional correspondiente.

Trabajara utilizando el programa del adulto mayor del MSP cuyo objetivo es "Promover y asegurar la calidad de vida de las personas adultas mayores, mediante la satisfacción integral de sus necesidades, su participación activa y la promoción de sus derechos, a través de respuestas articuladas del Estado y la comunidad, favoreciendo su inserción como ciudadanos desde la perspectiva socio cultural, y en sus derechos a la salud".<sup>21</sup>

Utilizara también la guía de hipertensión arterial que tiene como propósito "promover la calidad de vida la población uruguaya, contribuyendo a disminuir la prevalencia y a

<sup>21</sup> Programa del Adulto Mayor





optimizar el abordaje interdisciplinario en el primer nivel de atención, de una de las patologías crónicas no transmisibles más relevantes: la Hipertensión Arterial<sup>22</sup>. Controlara el estado nutricional calculando el IMC en conjunto con la escala "Determine" para detección de pacientes con riesgo nutricional y en caso de encontrar alteraciones coordinara interconsulta con nutricionista en el centro asistencial correspondiente.

Promoverá hábitos saludables para prevenir enfermedades cardiovasculares brindando actividades educativas, coordinando además caminatas, gimnasia e higiene de columna para adultos mayores.

Utilizara las siguientes escalas de valoración geriátrica escala de Lawton y Brody para detectar alteraciones de la vida diaria, para detectar deterioro cognitivo utilizara el Cuestionario portátil del estado mental de Pfeiffer, Escala de depresión geriátrica de Yesavage y la escala de Downton que detecta el riesgo de caídas. Teniendo en cuenta que muchos de estos ancianos presentan riesgo de caídas se encargara de prevenir caídas aplicando las medidas necesarias.

Coordinara acciones que favorezcan el proceso vincular entre los adultos mayores a través de actividades grupales.

Creara actividades recreativas estimulando las capacidades de los adultos mayores. Promoverá el uso de servicios de apoyo para adultos mayores (clubes, centros diurnos, talleres entre otros).

Supervisara la toma de medicación de los adultos para de esta forma detectar efectos adversos por polifarmacia, cumplimiento del tratamiento, errores en la toma de la medicación y solucionarlos. Realizara la entrega de medicación crónica en domicilio

---

<sup>22</sup> Guía de abordaje de HTA. RAP - ASSE



exclusiva para ancianos frágiles, enfermos o incapaces de desplazarse que viven solos.

Ya que muchos de estos ancianos viven solos determinara si estos se encuentran en condiciones para vivir solos, teniendo en cuenta el estado económico, físico y social de dichos ancianos o no pueden vivir solos y deben ser derivados a las residencias del BPS.

Detectara adultos mayores vulnerables,

Brindara educación ya sea mediante actividades educativas grupales o charlas personalizadas con un lenguaje adecuado de aspectos como patologías que padecen, cumplimiento del tratamiento según necesidad.

Trabajara en equipo interdisciplinario con médicos (general o geriatra), psicólogos, nutricionista, fisioterapeuta, asistente social o el profesional requerido coordinando interconsultas cuando sea necesario.

Programara la inmunización antitetánica, antineumocócica y antigripal.

En caso de que los ancianos no cuenten con carne de asistencia se coordinara la tramitación del mismo.

Brindara función asistencial en caso de ser necesario.

De esta forma con su visión holística realizara un seguimiento exhaustivo de los adultos que habitan en los complejos detectando cualquier suceso que se presente, teniendo estos una mejor asistencia y calidad de vida.

Se documentara por medio de un registro informático diario toda la valoración de dichos ancianos y será proporcionada al BPS.



## BIBLIOGRAFÍA

- Brunner y Suddarth. "Enfermería Médico quirúrgica". 8a ed. México: Mc-Graw-Hill Interamericana; 1999.
- De Nicola Pietro. "Fundamentos de Gerontología y Geriatría". Barcelona: Jims; 1979.
- Hernández Sampieri R, Ferrado Collado C, Baptista Lucio P. "Metodología de la Investigación". 4ª ed. México: Mc-Graw-Hill; 1997.
- Savio I, Lucero R, Fierro A, Levi S, Alchugary M, Casali G, Rolando D. "Manual de Geriatría y Psicogeriatría". Montevideo: Oficina del Libro FEFMUR; 2004. 1 t.
- Ugald Apalategui, Mercedes "Diagnosticos de Enfermería, Taxonomía Nanda". 1a ed. España; 1995. Masson S.A.
- Barrenechea C, Menoni T, Lacava E, Monge A, Acosta C, Crosa S, Gabrielzyk I, Carrillo R. "Herramientas Metodológicas para el trabajo en Primer Nivel de Atención." Montevideo. Comisión Sectorial de Educación Permanente. Diciembre 2009.

### Páginas web consultadas:

- Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. "Tratado de Geriatría". España; c 2009. Disponible en: <http://www.segg.es/tratadogeriatría/main.html>. Acceso 15 de julio de 2011.
- Instituto Nacional de Estadística. Uruguay. Disponible en: <http://www.ine.gub.uy/sociodemograficos/proyecciones2008.asp>. Acceso 14 de julio de 2011.



- Instituto Nacional de Estadística. Uruguay. Disponible en:  
<http://www.ine.gub.uy/sociodemograficos/demograficos2008.asp>. Acceso 14 de julio de 2011.
- Instituto Nacional de Estadística. Uruguay. Disponible en:  
<http://www.ine.gub.uy/sociodemograficos/salud2008.asp>. Acceso 14 de julio de 2011.
- Instituto Nacional de Estadística. Uruguay. Disponible en:  
<http://www.ine.gub.uy/sociodemograficos/vitales2008.asp>. Acceso 14 de julio de 2011.
- Banco de Previsión Social. Uruguay. Disponible en:  
<http://www.bps.gub.uy/Jubilados/DO/SolucionesHabitacionales.aspx?menu=DO>  
Jubilados. Acceso 21 de abril de 2012.
- Manual de Diagnósticos de Enfermería (NANDA) según necesidades de Virginia Henderson. Madrid. Disponible en:  
<http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DManual+de+diagn%C3%B3sticos+de+enfermer%C3%ADa+NANDA.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DHospitalGregorioMaranon&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1311036497099&ssbinary=true>
- Sindicato Médico del Uruguay. Uruguay. Disponible en:  
<http://www.smu.org.uy/cp/ivcp/polifarmacia.pdf>



- Consultas:
- Aspectos sociodemográficos en Uruguay. [Diapositiva]. Montevideo: Facultad de Enfermería; 2009.
- Visita domiciliaria. Recopilación. Prof. Adj. María Hatmann. Año 2008.



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



Anexo I Inspección de Selección de  
Datos

# ANEXOS



# Anexo 1 Instrumento de Recolección de Datos

*(The following content is a faint, low-contrast scan of a data collection instrument form, likely a questionnaire or interview schedule, with various sections and tables.)*

**Identificación del participante**

|          |        |          |          |      |      |
|----------|--------|----------|----------|------|------|
| Apellido | Nombre | Apellido | Apellido | Sexo | Edad |
|          |        |          |          |      |      |

**Identificación del investigador**

|          |        |          |          |      |      |
|----------|--------|----------|----------|------|------|
| Apellido | Nombre | Apellido | Apellido | Sexo | Edad |
|          |        |          |          |      |      |

**Identificación del lugar**

|      |              |           |               |
|------|--------------|-----------|---------------|
| País | Departamento | Municipio | Código Postal |
|      |              |           |               |

**Identificación del estudio**

|                    |                 |              |
|--------------------|-----------------|--------------|
| Nombre del estudio | Fecha de inicio | Fecha de fin |
|                    |                 |              |

**Identificación del instrumento**

|                        |                      |                     |
|------------------------|----------------------|---------------------|
| Nombre del instrumento | Fecha de elaboración | Fecha de validación |
|                        |                      |                     |

**Identificación del sujeto**

|        |          |      |      |              |                    |           |                    |                               |
|--------|----------|------|------|--------------|--------------------|-----------|--------------------|-------------------------------|
| Nombre | Apellido | Edad | Sexo | Estado Civil | Nivel de Educación | Ocupación | Ingresos Mensuales | Indicadores de Vulnerabilidad |
|        |          |      |      |              |                    |           |                    |                               |

**Identificación del investigador**

|        |          |      |      |              |                    |           |                    |                               |
|--------|----------|------|------|--------------|--------------------|-----------|--------------------|-------------------------------|
| Nombre | Apellido | Edad | Sexo | Estado Civil | Nivel de Educación | Ocupación | Ingresos Mensuales | Indicadores de Vulnerabilidad |
|        |          |      |      |              |                    |           |                    |                               |



# ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO

## DATOS DEL ENTREVISTADO

|           |     |
|-----------|-----|
| Nombre    | C.I |
| Complejo: |     |

| Indique el dato que corresponda |   |      |                    |         |  |                                  |  |                       |                     |              |             |             |        |  |
|---------------------------------|---|------|--------------------|---------|--|----------------------------------|--|-----------------------|---------------------|--------------|-------------|-------------|--------|--|
| Montevideo                      |   |      | Interior           |         |  | Barrio                           |  |                       | Manzana/Solar       |              | Calle       |             | Número |  |
| Fecha de Entrevista             |   |      |                    |         |  | Número de Visitas                |  |                       |                     |              |             |             |        |  |
| Sexo                            |   | Edad |                    | Trabaja |  | Tipo Ocupación Anterior          |  | Tipo ocupación Actual |                     | Jubilado     |             | Pensionista |        |  |
| M                               | F |      |                    |         |  |                                  |  |                       |                     |              |             |             |        |  |
| Tiene Hijos                     |   |      |                    |         |  |                                  |  |                       |                     | Si           |             | No          |        |  |
| Con quien vive                  |   |      |                    |         |  |                                  |  |                       |                     |              |             |             |        |  |
| Solo                            |   |      | Cónyuge            |         |  | Hijo/a                           |  |                       | Nieta               |              | Otros       |             |        |  |
| Nivel de Educación              |   |      | Primaria Completa  |         |  | Primaria Incompleta              |  |                       | Secundaria Completa |              |             |             |        |  |
| Secundaria Incompleta           |   |      | Terciaria Completa |         |  | Terciaria Incompleta             |  |                       | UTU Completa        |              |             |             |        |  |
| UTU Incompleta                  |   |      | Analfabeto         |         |  | Otros                            |  |                       |                     |              |             |             |        |  |
| Cobertura Médica                |   |      | Si                 |         |  | No                               |  |                       |                     |              |             |             |        |  |
| Servicio de Emergencia Móvil    |   |      |                    |         |  |                                  |  |                       |                     |              |             |             |        |  |
| Vacunas                         |   | Si   |                    | No      |  | Neumococo                        |  | Antigripal            |                     | Antitetánica |             |             |        |  |
| Estado Civil                    |   |      |                    |         |  |                                  |  |                       |                     |              |             |             |        |  |
| Soltero                         |   |      | Casado             |         |  | Divorciado                       |  |                       | Viudo               |              | Unión Libre |             |        |  |
| Mayor de 65 años                |   | Si   |                    | No      |  | Carnet de Salud del adulto mayor |  | Si                    |                     | No           |             |             |        |  |

| Antecedentes Familiares                         |  |  |       |  |  |       |  |    |      |         |  |  |  |  |
|---|--|--|-------|--|--|-------|--|----|------|---------|--|--|--|--|
| Padres fallecidos por enfermedad cardiovascular |  |  |       |  |  | Si    |  | No |      | No sabe |  |  |  |  |
| Edad al fallecer                                |  |  | Padre |  |  | Madre |  |    | Tios |         |  |  |  |  |

|    | Obesidad |       |      | Tabaquismo |       |      | Sedentarismo |       |      | Estrés |       |      | Diabetes |       |      | Hipertensión Arterial |       |      | Dislipemia |       |      |
|----|----------|-------|------|------------|-------|------|--------------|-------|------|--------|-------|------|----------|-------|------|-----------------------|-------|------|------------|-------|------|
|    | Padre    | Madre | Tios | Padre      | Madre | Tios | Padre        | Madre | Tios | Padre  | Madre | Tios | Padre    | Madre | Tios | Padre                 | Madre | Tios | Padre      | Madre | Tios |
| 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

| Otros Antecedentes Personales |  |
|-------------------------------|--|
|                               |  |
|                               |  |
|                               |  |

| I) FACTORES DE RIESGO DE ENFERMEDADES DEL SISTEMA CARDIOVASCULAR (C.V.)        |             |    |                 |    |                    |
|--|-------------|----|-----------------|----|--------------------|
| Patologías (si es portador de estas patologías marque con una X lo afirmativo) |             |    |                 |    |                    |
|  | Se controla |    | Toma Medicación |    | NOMBRE DEL FÁRMACO |
|  | SI          | NO | SI              | NO |                    |
| Hipertenso   |             |    |                 |    |                    |
| Diabético  |             |    |                 |    |                    |
| Obeso  |             |    |                 |    |                    |
| Hipercolesterolemia  |             |    |                 |    |                    |
|  |             |    |                 |    |                    |
|  |             |    |                 |    |                    |
|  |             |    |                 |    |                    |
|  |             |    |                 |    |                    |

## FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES

| Estilo de Vida – Hábitos Alimenticios |    |    |                |                |              |
|---------------------------------------|----|----|----------------|----------------|--------------|
|                                       | SI | NO | Todos los días | 3 veces/semana | 1 vez al mes |
| Consume carnes rojas                  |    |    |                |                |              |
| Consume pollo                         |    |    |                |                |              |
| Consume cerdo o derivados             |    |    |                |                |              |
| Consume pescado                       |    |    |                |                |              |

| Realiza ejercicio físico                                   |    |    |                |                    |              |
|--|----|----|----------------|--------------------|--------------|
|  | SI | NO | Todos los días | 3 veces por semana | 1 vez al mes |
| Bicicleta  |    |    |                |                    |              |
| Concurre al gimnasio                                       |    |    |                |                    |              |
| Camina   |    |    |                |                    |              |
| Corre  |    |    |                |                    |              |
| Otro tipo de actividad                                     | SI | NO |                |                    |              |
| Come con sal   | SI | NO | Hiposódico     | Le agrega sal      | Normal       |
|  |    |    | Todos los días | 3 veces por semana | 1 vez al mes |
| Come comida rápida (pizza, hamburguesas, etc)              |    |    |                |                    |              |
| Consume comidas elaboradas (embutidos, ya preparadas, etc) |    |    |                |                    |              |

| Actividad Laboral   |    |    |
|---|----|----|
|   | SI | NO |
| Trabajo Rural   |    |    |
| Trabajo con trabajos químicos (anilinas, barniz, cadmium) |    |    |



# ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO

## Control Médico

|                         |    |    |         |        |
|-------------------------|----|----|---------|--------|
| Carnet de salud vigente | SI | NO | 6 meses | 2 años |
|-------------------------|----|----|---------|--------|

|                         |    |    |
|-------------------------|----|----|
| Carnet del adulto mayor | SI | NO |
|-------------------------|----|----|

|                        |            |        |
|------------------------|------------|--------|
| Realiza control médico | Preventivo | Rutina |
|------------------------|------------|--------|

|                  |    |    |
|------------------|----|----|
|                  | SI | NO |
| Cardiólogo       |    |    |
| Geriatra         |    |    |
| Medicina General |    |    |
|                  |    |    |
|                  |    |    |

| Exámenes | Control P/A (1) | ECG (2) | ECOCARDIO (3) | HOLTER (4) | ORINA (5) | ECO AP URINARIO (6) | DOPPLER V CUELLO (7) | SANGRE (8) | Rx Tx (9) | Alterado N° |
|----------|-----------------|---------|---------------|------------|-----------|---------------------|----------------------|------------|-----------|-------------|
| SI       |                 |         |               |            |           |                     |                      |            |           |             |
| NO       |                 |         |               |            |           |                     |                      |            |           |             |

|                        |    |    |             |
|------------------------|----|----|-------------|
|                        | SI | NO | Cada Cuanto |
| Examen Ginecológico    |    |    |             |
| PAP                    |    |    |             |
| Ecografía Ginecológica |    |    |             |
| Colposcopia            |    |    |             |
| Ecografía trasvaginal  |    |    |             |
| Mamografía             |    |    |             |
| Ecografía de mama      |    |    |             |

| Presenta alguno de estos síntomas  | SI | NO |
|--|----|----|
| Confusión repentina, dificultad al hablar o del entendimiento del habla                |    |    |
| Dificultad repentina para ver en uno o en ambos ojos                                   |    |    |
| Dificultad repentina al caminar, vértigo o pérdida del equilibrio o de la coordinación |    |    |
| Dolores de cabeza fuertes, repentinos y sin causa conocida                             |    |    |
| Visión doble   |    |    |
| Somnolencia  |    |    |
| Otros  |    |    |



ESTUDIO  
EPIDEMIOLÓGICO  
SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO

**EXAMEN FISICO**

|                         | Valor        | FECHA |
|-------------------------|--------------|-------|
| Talla                   |              |       |
| Peso                    |              |       |
| IMC                     |              |       |
| Perímetro de la cintura |              |       |
| Cifra de Glucemia       |              |       |
| Cifra de Colesterolemia |              |       |
| P/A                     | Valor ultimo |       |

**UTILIZACION DE ACCESORIOS PARA LA MARCHA.**

| Utiliza         | SI | NO |
|-----------------|----|----|
| Bastón          |    |    |
| Andador         |    |    |
| Silla de ruedas |    |    |

**SINDROMES GERIATRICOS**

|                      | SI | NO |
|----------------------|----|----|
| Incontinencia        |    |    |
| Caidas               |    |    |
| Insomnio             |    |    |
| Ulceras por decúbito |    |    |
| Inmovilidad          |    |    |





# ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO

## ESCALAS

### ESCALA DE LAWTON Y BRODY

#### 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 el teléfono, pero no de marcar | 1 |
| No utiliza el teléfono                               | 0 |

#### COMPRAS

|   |   |
|---|---|
| Realiza todas las compras necesarias independientemente | 1 |
| Realiza independientemente pequeñas compras             | 0 |
| Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra   | 0 |
| Totalmente incapaz de comprar                           | 0 |

#### PREPARACION 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 |

#### CUIDADO DE LA CASA

|  |   |
|--|---|
| Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados)          | 1 |
| Realiza tareas ligeras, tales como lavar los platos o hacer las camas        | 1 |
| Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza | 1 |
| Necesita ayuda en todas las labores de la casa                               | 1 |
| No participa en ninguna labor de la casa                                     | 0 |

#### LAVADO DE LA ROPA

|  |   |
|--|---|
| Lava por sí solo toda su ropa                      | 1 |
| Lava por sí solo pequeñas prendas                  | 1 |
| Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro | 0 |

#### USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE

|  |   |
|--|---|
| Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche       | 1 |
| Es capaz de tomar un taxi, pero no usa otro medio de transporte  | 1 |
| Viaja en transporte público cuando va acompañado de otra persona | 1 |
| Utiliza el taxi o automóvil sólo con ayuda de otros              | 0 |
| No viaja en absoluto   | 0 |



# ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO

## RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACIÓN

|  |   |
|--|---|
| Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correcta | 1 |
| Toma su medicación si la dosis es preparada previamente    | 0 |
| No es capaz de administrarse su medicación                 | 0 |

## MANEJO DE SUS ASUNTOS ECONÓMICOS

|  |   |
|--|---|
| Se encarga de sus asuntos económicos por si solo                               | 1 |
| Realiza las compras de cada día, necesita ayuda en las grandes compras, bancos | 1 |
| Incapaz de manejar dinero  | 0 |

**TOTAL: -**

## PUNTUACIÓN ORIENTADORA

|               |  |
|---------------|--|
| 8 puntos:     | Muy activo: actividades instrumentales completas.          |
| 5 a 7 puntos: | Activo: actividades limitadas.                             |
| 1 a 4 puntos: | Poco activo: limitación del 50% o más de esas actividades. |
| 0 punto:      | Inactivo: no realiza actividades instrumentales.           |



# ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO

## CUESTIONARIO PORTATIL DEL ESTADO MENTAL DE PFEIFFER

|  |   |   |
|--|---|---|
| 1. Fecha de hoy: día, mes, año.                            | 0 | 1 |
| 2. Día de la semana de hoy.                                | 0 | 1 |
| 3. Nombre del lugar.                                       | 0 | 1 |
| 4. Número de teléfono. 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  |   |   |

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

La pregunta 1 se considera correcta solamente cuando son dados correctamente el día, mes y año exactos.

La pregunta 2 se define por sí sola.

La pregunta 3 se considera correcta si da cualquier descripción correcta del lugar: "mi casa", el nombre de la ciudad de residencia, el nombre del hospital o la institución.

La pregunta 4 se considera correcta cuando puede ser verificado el número de teléfono.

La pregunta 4ª se realiza si el sujeto no tiene teléfono.

La pregunta 5 se considera correcta si la edad mencionada coincide con el año de nacimiento.

La pregunta 6 se considera correcta solamente si son dados el día, mes y año exactos.

Las preguntas 7 y 8 solamente requieren los apellidos de los presidentes.

La pregunta 9 no requiere ser verificada, se considera correcta si brinda un nombre de pila femenino más un apellido diferente al del sujeto.

La pregunta 10 requiere que toda la serie sea realizada correctamente para ser considerada válida (20, 17, 14, 11, 8, 5, 2).

### PUNTUACIÓN ORIENTADORA

0 a 2 errores: Sin deterioro cognitivo

3 a 4 errores: Deterioro cognitivo leve

5 a 7 errores: Deterioro cognitivo moderado

8 a 10 errores: Deterioro cognitivo severo

Se resta un error si la persona es analfabeta o ha tenido únicamente educación primaria.

Se suma un error si la persona ha tenido educación terciaria.



# ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO

## ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE

Debe considerarse la situación de la última semana. Si las respuestas coinciden con mayúsculas en negrita anotar un punto.

|   |           |           |
|---|-----------|-----------|
| 1. ¿Está básicamente satisfecho con su vida?                        | si        | <b>NO</b> |
| 2. ¿Ha dejado abandonadas muchas actividades e intereses?           | <b>SI</b> | no        |
| 3. ¿Siente que su vida está vacía?                                  | <b>SI</b> | no        |
| 4. ¿Se siente a menudo aburrido?                                    | <b>SI</b> | no        |
| 5. ¿Está de buen talante la mayor parte del tiempo?                 | si        | <b>NO</b> |
| 6. ¿Tiene miedo de que le suceda algo malo?                         | <b>SI</b> | no        |
| 7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?                      | si        | <b>NO</b> |
| 8. ¿Se siente a menudo sin esperanza?                               | <b>SI</b> | no        |
| 9. ¿Prefiere quedarse en casa en vez de salir a hacer cosas nuevas? | <b>SI</b> | no        |
| 10. ¿Piensa que tiene más problemas de memoria que la mayoría?      | <b>SI</b> | no        |
| 11. ¿Cree que es maravilloso estar vivo?                            | si        | <b>NO</b> |
| 12. ¿Piensa que no vale para nada tal como está ahora?              | <b>SI</b> | no        |
| 13. ¿Piensa que su situación es desesperada?                        | <b>SI</b> | no        |
| 14. ¿Se siente lleno de energía?                                    | si        | <b>NO</b> |
| 15. ¿Cree que la mayoría de la gente está mejor que usted?          | <b>SI</b> | no        |

**TOTAL:**

### PUNTUACIÓN ORIENTADORA

- 0 a 5 puntos: normal.
- 6 a 10 puntos: depresión posible.
- Más de 10 puntos: depresión probable.





# ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO

## ESCALA "DETERMINE" PARA DETECCIÓN DE PACIENTES CON RIESGO NUTRICIONAL

Marque solamente las respuestas afirmativas

|  |   |
|--|---|
| 1. Padezco una enfermedad o malestar que me ha hecho cambiar el tipo y/o cantidad de alimentos que consumo     | 2 |
| 2. Consumo menos de dos comidas diarias  | 3 |
| 3. Consumo pocas frutas, verduras y productos lácteos  | 2 |
| 4. Consumo tres o más vasos de cerveza, licor o vino diariamente   | 2 |
| 5. Tengo problemas dentales o bucales que dificultan mi alimentación   | 2 |
| 6. No siempre dispongo del dinero suficiente para adquirir los alimentos que necesito                          | 4 |
| 7. Como solo la mayoría de las veces   | 1 |
| 8. Consumo tres o más medicamentos recetados o por mi cuenta   | 1 |
| 9. Sin habérmelo propuesto he perdido o aumentado 5 Kg. en los últimos meses                                   | 2 |
| 10. No siempre me encuentro en condiciones físicas de hacer las compras, cocinar y/o alimentarme por mi mismo. | 2 |

**TOTAL:**

### **PUNTAJE TOTAL**

- 0 a 2 puntos: Sin riesgo nutricional.
- 3 a 5 puntos: Moderado riesgo nutricional.
- 6 ó más puntos: Alto riesgo nutricional.



ESTUDIO  
EPIDEMIOLÓGICO  
SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO

Anexo 2 Carta

SANTA A LA CONDICIÓN DE VEJECES

**ESCALA DE DOWNTON**

Montevideo, Mayo de 2012.

Una forma de cuantificar el riesgo de caída en el anciano es por la escala de riesgo de DOWNTON, las medidas preventivas han de priorizarse en aquellos ancianos que obtengan tres o más puntos.

Escala de riesgos de caídas (J.H. DOWNTON, 1993).

| ALTO RIESGO > 3 PUNTOS |                              |   |
|------------------------|------------------------------|---|
| Caídas Previas         | No                           | 0 |
|                        | Si                           | 1 |
| Medicamentos           | Ninguno                      | 0 |
|                        | Tranquilizantes-Sedantes     | 1 |
|                        | Diuréticos                   | 1 |
|                        | Hipotensores (no diuréticos) | 1 |
|                        | Antiparkinsonianos           | 1 |
|                        | Antidepresivos               | 1 |
|                        | Otros medicamentos           | 1 |
|                        |                              |   |
| Déficit Sensoriales    | Ninguno                      | 0 |
|                        | Alteraciones visuales        | 1 |
|                        | Alteraciones auditivas       | 1 |
|                        | Extremidades (ictus...)      | 1 |
| Estado Mental          | Orientado                    | 0 |
|                        | Confuso                      | 1 |
| Deambulaci3n           | Normal                       | 0 |
|                        | Segura con ayuda             | 1 |
|                        | Insegura con ayuda/sin ayuda | 1 |
|                        | Imposible                    | 1 |

**TOTAL:**



## Anexo 2 Carta a la comisión de vecinos

### CARTA A LA COMISIÓN DE VECINOS

Montevideo, Mayo de 2012.

Comisión de vecinos:

Por medio de la presente quienes suscriben, estudiantes de la Facultad de Enfermería, en base al Convenio BPS – Facultad de Enfermería se informa que se realizará una investigación a los habitantes de los complejos habitacionales del BPS ubicados en Andes 1574, Uruguay 1034 al 1036, Chana 1911, Tacuarembó 1630 al 1632 y Piedra Alta 1717.

Dicha investigación se realizará en el mes de mayo de 2012, en el marco de la realización del trabajo final de investigación de la Licenciatura en Enfermería con el fin de conocer la situación salud enfermedad de los habitantes de dichos complejos.

La misma presentara datos filiatorios como nombre completo y cedula de identidad.

La Investigación tiene la aprobación académica y ética de la Cátedra de Enfermería de Adulto y Anciano, Facultad de Enfermería, Universidad de la República y es tutorada por Prof. Adj. Lic. Virginia Aquino y Prof. Mag. Miriam Costabel .

Los estudiantes que llevarán a cabo el trabajo de investigación son: Lucía Conde CI: 4553734-9, Sebastián Castrillón CI: 3496803-4, Betina Veglio CI: 3970069-3, Luciano Ruiz CI: 4254275-3 y Verónica Zaffaroni CI: 4577926-8.

Prof. Mag. Miriam Costabel

Prof. Adj. Lic. Virginia Aquino



## Anexo 3 Consentimiento Informado

Variable: Antecedentes **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Definición conceptual: Se refiere a antecedentes de enfermedades patológicas, estado de vida y características del mismo paciente

Montevideo, Mayo de 2012

Definición operativa: EPOC es cualquier cuadro de trastorno respiratorio crónico

Por medio de la presente se informa a los participantes sobre la investigación que se realizará en base al Convenio BPS - Facultad de Enfermería. La misma consiste en realizar un "Estudio sociodemográfico y epidemiológico de la vejez".

Dicha investigación estará a cargo de 5 estudiantes avanzados de la carrera de Licenciatura en Enfermería de la Universidad de la República, esta instancia se encuentra previamente avalada por los docentes tutores de la cátedra de Adulto y Anciano.

Si usted está de acuerdo en formar parte de esta investigación, se le solicitará que responda a una entrevista realizada por los estudiantes. La participación es totalmente voluntaria. Las respuestas serán confidenciales, analizadas e incluidas en el trabajo de investigación de la carrera mencionada y nunca se comunicaran datos individuales.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por estudiantes avanzados de la carrera de Lic. En Enfermería de la Universidad de la República. He sido informado del objetivo, duración y confidencialidad del mismo.

.....  
Nombre del participante

.....  
Firma del participante



## Anexo 4 Resultados.

**Variable:** Antecedentes personales

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

**Definición operativa:** **EPOC** se considera cuando el paciente refiere tener una enfermedad pulmonar obstructiva crónica; **HTA** se considera cuando el paciente refiere tener una historia de cifras tensionales elevadas; **Fumador** se considera cuando el paciente refiere tener el hábito tabaquista, **Diabetes** se considera cuando el paciente refiere trastornos metabólicos caracterizados por un déficit relativo o absoluto de producción de insulina en el páncreas; **IAM** se considera cuando la demanda cardíaca supera los aportes sanguíneos produciéndose una isquemia del músculo cardíaco; **Hipotiroidismo** se considera cuando existe un trastorno de producción de la hormona tiroidea en plasma y sus tejidos; **IR** se considera cuando el paciente posee una disminución del funcionamiento renal que se va produciendo de forma lenta y progresiva e irreversible, hablamos de insuficiencia renal cuando se ha perdido el 80 a 90 % de la función renal, es decir, la disminución significativa del filtrado glomerular; **Obesidad** se considera una enfermedad crónica de origen multifactorial caracterizada por hipertrofia del tejido adiposo en el cuerpo, cuando el IMC es igual o superior a 30 kg/m<sup>2</sup>, teniendo en cuenta también el perímetro abdominal en hombres mayor o igual a 102 cm y en mujeres mayor o igual a 88cm; **Dislipemia** se considera una condición patológica cuyo elemento es la alteración del metabolismo de los lípidos, con la consecuente alteración de las concentraciones de lípidos y lipoproteínas en la sangre; **Sedentarismo** se considera la carencia de actividad física fuerte como el deporte, lo que por general pone al organismo en una situación vulnerable ante enfermedades,



especialmente cardíacas; **Estrés** se considera a la reacción fisiológica del organismo en la que entran en juego diversos mecanismos de defensa para afrontar una situación que se percibe como amenazante o de demanda incrementada; **Gastritis** se considera a la inflamación de la mucosa gástrica. Son varias las causas: como malos hábitos alimenticios, estrés, abuso en el consumo de analgésicos, desórdenes de autoinmunidad o infección; **Cáncer de mama**; se considera al crecimiento desenfrenado de células malignas en el tejido mamario, hay dos tipos principales: carcinoma ductal y carcinoma lobulillar; **Glaucoma** se considera una enfermedad ocular que tiene como condición final común una neuropatía óptica que se caracteriza por la pérdida progresiva de las fibras nerviosas de la retina y cambios en el aspecto del nervio óptico; **Osteoporosis** se considera un enfermedad que disminuye la cantidad de minerales en el hueso, perdiendo fuerza la parte de hueso trabecular y reduciéndose la zona cortical por un defecto en la absorción del calcio producido al parecer por falta de manganeso, lo que los vuelve quebradizos y susceptibles de fracturas y de micro fracturas, y puede llevar a la aparición de anemia o ceguera. La densidad mineral de los huesos se establece mediante la densitometría ósea; **Prótesis de Rodilla** se considera a la extensión artificial que reemplaza o provee una parte del cuerpo, en este caso la articulación central de los miembros inferiores; **Alzheimer** se considera a la también denominada demencia senil, enfermedad neurodegenerativa que se manifiesta por deterioro cognitivo y trastornos conductuales; **Prostatectomía** se considera a la Intervención quirúrgica que consiste en la extirpación, extracción o resección de la próstata en hombres; **Cataratas** se considera a la enfermedad ocular que consiste en la opacificación total o parcial del cristalino.; **Intervención Cardíaca** se considera a la especialidad quirúrgica que se ocupa del



corazón o grandes vasos, realizada por cirujano cardíaco. Frecuentemente se utiliza para tratar complicaciones de la cardiopatía isquémica (por ejemplo, mediante un bypass coronario), corregir malformaciones cardíacas congénitas, o tratar enfermedades valvulares del corazón debidas a causas diversas, como la endocarditis; **Alcoholismo** se considera a la enfermedad que consiste en padecer una fuerte necesidad de ingerir alcohol etílico, de forma que existe una dependencia física del mismo, manifestada a través de determinados síntomas de abstinencia cuando no es posible su ingesta; **Anexectomía** se considera a la cirugía utilizada en el cáncer cervical que consiste en la extirpación de los anexos uterinos; **AVE** se considera a la pérdida de las funciones cerebrales producto de la interrupción del flujo sanguíneo al cerebro y que origina una serie de síntomas variables en función del área cerebral afectada. Siendo clasificados en isquémico y hemorrágico; **Bloqueo AV** se considera al término médico usado para un trastorno en la conducción eléctrica entre las aurículas y los ventrículos cardíacos. Por lo general se ve asociado con el nódulo auriculoventricular, aunque puede ser causado por fallos en otras estructuras de conducción cardíaca; **Neumonía** se considera a la enfermedad del sistema respiratorio que consiste en la inflamación de los espacios alveolares de los pulmones. La mayoría de las veces la neumonía es infecciosa, pero no siempre es así. La neumonía puede afectar a un lóbulo pulmonar completo (neumonía lobular), a un segmento de lóbulo, a los alvéolos próximos a los bronquios (bronconeumonía) o al tejido intersticial (neumonía intersticial); **Colon Irritable** se considera una enfermedad digestiva crónica de origen desconocido. Los síntomas son principalmente por molestias o dolor abdominal, diarrea, despeños diarreicos o estreñimiento crónicos a veces alternados o a veces con solo uno de estos síntomas y sensación de plenitud;



**Anemia Crónica** se define como la disminución de la cantidad de glóbulos rojos, pues estas células sanguíneas pueden variar considerablemente en tamaño, en ocasiones el número de glóbulos rojos es normal y sin embargo existe anemia; **Divertículos** se considera una invaginación de la pared intestinal. También puede ser definido como un saco o bolsa anormal que sale de la pared de un órgano hueco como por ejemplo el colon; **Apendicectomía** se considera una técnica quirúrgica por medio de la cual se extrae el apéndice cecal. La indicación más frecuente para la apendicectomía es la apendicitis aguda; **Colecistectomía** se considera a una intervención clínica - quirúrgica que consiste en la extracción de la vesícula biliar; **Artrosis** se considera a una enfermedad producida por el desgaste del cartílago, tejido que hace de amortiguador al proteger los extremos de los huesos y que favorece el movimiento de la articulación. Es la enfermedad reumática más frecuente, especialmente entre personas de edad avanzada; **Asma** se considera una enfermedad crónica del sistema respiratorio caracterizada por vías aéreas hiperreactivas (es decir, un incremento en la respuesta broncoconstrictora del árbol bronquial); **Lumbalgia** se considera un dolor en la zona lumbar, causado por un síndrome músculo-esquelético, es decir, trastornos relacionados con las vértebras lumbares y las estructuras de los tejidos blandos como músculos, ligamentos, nervios y discos intervertebrales; **Prótesis de Cadera** se considera a la extensión artificial que reemplaza o provee una parte del cuerpo, en este caso la articulación coxofemoral o cadera que relaciona el hueso coxal con el fémur, uniendo por lo tanto el tronco con la extremidad inferior; **Talasemia** se considera a un tipo de anemia del grupo de anemias hereditarias en las que existe disminución de la síntesis de una o más de las cadenas polipeptídicas de la hemoglobina; **By Pass** se considera a una





derivación, técnica de cirugía vascular de mucho riesgo que consiste en crear una ruta alternativa para el flujo sanguíneo, que se encontraba perjudicado por algún problema puntual en algún vaso; **Lesión Cerebral** Cambio anormal en la morfología o estructura de una parte del cuerpo producida por un daño externo o interno, en este caso dando como resultado la interrupción de la función cerebral normal; **Cáncer de Colon** se considera a cualquier tipo de neoplasias del colon, recto y apéndice. Se piensa que muchos de los casos de cáncer colorrectal nacen de un pólipo adenomatoso en el colon; **Hipotensión** se considera a una disminución de la presión arterial sanguínea por debajo de los niveles normales, que puede dar como resultado síntomas como vértigo o mareo; **Arritmia** se considera a un trastorno del ritmo cardíaco, es una alteración de la frecuencia cardíaca, tanto porque se acelere, disminuya o se tome irregular, que ocurre cuando se presentan anomalías en el sistema de conducción eléctrica del corazón; **Cáncer de Piel** engloba a un conjunto de enfermedades neoplásicas que tienen diagnóstico, tratamiento y pronóstico muy diferente. Lo único que tienen en común es la misma localización anatómica: la piel; **Lupus** se considera a una enfermedad autoinmune crónica que afecta al tejido conjuntivo, caracterizada por inflamación y daño de tejidos mediado por el sistema inmunitario, específicamente debido a la unión de anticuerpos a las células del organismo y al depósito de complejos antígeno-anticuerpo; **Endometriosis** se considera a la aparición y crecimiento de tejido endometrial fuera del útero, sobre todo en la cavidad pélvica como en los ovarios, detrás del útero, en los ligamentos uterinos, en la vejiga urinaria o en el intestino; **Reuma** se considera a problemas médicos que afectan a las articulaciones, el Corazón, los huesos, los riñones, la piel y pulmones;



**Hernia Intestinal** se considera a una protrusión del peritoneo parietal, de un órgano o de un tejido fuera de la cavidad del cuerpo en que está alojado normalmente en este caso intestino. Las hernias más comunes se desarrollan en el abdomen, cuando una debilidad de la pared abdominal genera un hueco, a través del cual aparece la protrusión; **Insuficiencia Renal Crónica** se considera a la pérdida progresiva e irreversible de las funciones renales, cuyo grado de afección se determina con un filtrado glomerular (FG)  $<60 \text{ ml/min/1.73 m}^2$ . Como consecuencia, los riñones pierden su capacidad para eliminar desechos, concentrar la orina y conservar los electrolitos en la sangre; **Escoliosis** se considera a la desviación del raquis que tiene como resultado que la columna vertebral de una persona se curve de lado a lado; **Aplastamiento Vertebral** se considera al normal desgaste de los discos intervertebrales, el cual se puede ver acelerado por patologías tales como artrosis, y que desemboca en enfermedades como Involución fisiológica discal y discopatía degenerativa; **Amputación de MMII** se considera al corte y separación de una extremidad del cuerpo mediante traumatismo (también llamado avulsión) o cirugía; **Rinitis** se considera a la inflamación del revestimiento mucoso de la nariz, caracterizada clínicamente por uno o más síntomas: rinorrea, estomudo, prurito (picor) nasal, congestión, drenaje (secreción) postnasal; **Fractura de Vertebra** se considera a la pérdida de continuidad normal de la sustancia ósea. La fractura es una discontinuidad en los huesos, a consecuencia de golpes, fuerzas o tracciones cuyas intensidades superen la elasticidad del hueso en este caso las vertebrae; **Mastectomía** se considera a la remoción de uno o ambos senos de manera parcial o completa. Si se extirpa sólo la glándula pero se conserva la piel de la mama, la areola y el pezón, se llama mastectomía subcutánea; **Operación de Fémur** se considera a la



cirugía en este caso referente al aparato locomotor, de sus partes musculares, óseas o articulares y sus lesiones agudas, crónicas, traumáticas, y recurrentes; **Hernia Umbilical** se considera a la protrusión del contenido de la cavidad abdominal por un punto débil del anillo umbilical debido a un defecto en el cierre de la pared abdominal. La protrusión involucra al intestino delgado, peritoneo y epiplón, y otras vísceras y conlleva una elevada incidencia de estrangulación del contenido herniado; **Hipoacusia** se considera a la pérdida parcial de la capacidad auditiva. Esta pérdida puede ser desde leve o superficial hasta moderada, y se puede dar de manera unilateral o bilateral dependiendo de que sea en uno o ambos oídos; esta pérdida puede ser de más de 40 decibelios en adelante; **Epilepsia** considera a la enfermedad crónica caracterizada por uno o varios trastornos neurológicos que deja una predisposición en el cerebro para generar convulsiones recurrentes, que suele dar lugar a consecuencias neurobiológicas, cognitivas y psicológicas; **Prolapso** se denomina prolapso al desplazamiento de órganos, como por ejemplo del útero de manera que descendan o se salgan de su ubicación natural; **Fractura de Pelvis** se considera a la pérdida de continuidad normal de la sustancia ósea. La fractura es una discontinuidad en los huesos, a consecuencia de golpes, fuerzas o tracciones cuyas intensidades superen la elasticidad del hueso en este caso a nivel de la pelvis; **Fibroma** se considera a un tipo de tumor benigno del tejido mesenquimatoso; por ejemplo, algunos de los tumores de los cordones sexuales, o el mioma; **Neo de Próstata** se considera al cáncer que se desarrolla en uno de los órganos glandulares del sistema reproductor masculino llamado próstata. El cáncer se produce cuando algunas células prostáticas mutan y comienzan a multiplicarse descontroladamente; **Bronquitis** se considera a la inflamación de las vías aéreas bajas. Según su duración y etiología, se distingue entre



bronquitis aguda, de corta duración, y bronquitis crónica, de larga duración y con recidivas frecuentes; **Paraplejía** se considera a la enfermedad por la cual la parte inferior del cuerpo queda paralizada y carece de funcionalidad. Normalmente es resultado de una lesión medular o de una enfermedad congénita como la espina bífida; **Hipotiroidismo** se considera a la disminución de los niveles de hormonas tiroideas (T3, T4, Tirosina) en el plasma sanguíneo y consecuentemente en el cuerpo, que puede ser asintomática u ocasionar múltiples síntomas y signos de diversa intensidad en todo el organismo; **Vértigo** se considera a la sensación ilusoria o alucinatoria de movimiento de los objetos que nos rodean o de nuestro propio cuerpo, por lo común, una sensación de giro. El vértigo suele deberse a un trastorno en el sistema vestibular; **Alergia** se considera una hipersensibilidad a una partícula o sustancia que, si se inhala, ingiere o toca, produce unos síntomas característicos. La sustancia o elemento que provoca dicha reacción se denomina "alérgeno", y los síntomas provocados son definidos como "reacciones alérgicas" **Hipo glucemia** se considera a la concentración de glucosa en la sangre por debajo de los niveles normales fisiológicos, normalmente inferior a 50-60 mg por 100 mL; **Hernia de Disco** se considera a la patología en la que parte del disco intervertebral (núcleo pulposos) se desplaza hacia la raíz nerviosa, la presiona y produce lesiones neurológicas derivadas de esta lesión. Pueden ser contenidas (solo deformación, también llamada protrusión discal) o con rotura; **Colangitis** se considera a la inflamación y/o infección de los conductos hepáticos y biliares comunes asociados con la obstrucción del conducto biliar común. La colangitis es una forma potencialmente mortal de la sepsis intraabdominal.



**Instrumento para recolectar los datos: entrevista**

**Naturaleza: cualitativa; nominal**

**Categorías: Fumador, HTA, EPOC, Diabetes, IAM, Hipotiroidismo, Insuficiencia Renal, Obesidad, Dislipemia, Sedentarismo, Estrés, Gastritis, Cáncer de Mama, Glaucoma, Osteoporosis, Prótesis de rodilla, Alzheimer, Prostatectomía, Caratas, Intervención cardíaca, Alcoholismo, Anexectomía, AVE, Bloqueo AV, Neumonía, Colón irritable, Anemia Crónica, Apendicectomía, Artrosis, Asma, Lumbalgia, Prótesis de cadera, Talasemia, By Pass, Lesión cerebral, Cáncer de colon, Hipotensión, Arritmias, Cáncer de Piel, Lupus, Endometriosis, Reuma, Hernia intestinal, Insuficiencia Renal Crónica, Escoliosis, Aplastamiento vertebral, Amputación de MMII, Rinitis, Fractura de vertebras, Mastectomía, Operación de fémur, Hernia Umbilical, Hipoacusia, Epilepsia, Prolapso, Fractura de pelvis, Fibroma, Neo de Próstata, Bronquitis, Paraplejía, Hipotiroidismo, Vértigo, Alergia, Hipoglucemia, Hernia de disco, Colangitis.**



**TABLA. Antecedentes personales de los adultos mayores que habitan en los complejos del BPS.**

| ANTECEDENTES PERSONALES | FA | FR% |
|-------------------------|----|-----|
| Diabetes                | 18 | 20  |
| Hipertensión            | 58 | 64  |
| Obesidad                | 30 | 33  |
| Dislipemia              | 18 | 20  |
| Tabaquismo              | 21 | 23  |
| Sedentarismo            | 4  | 4   |
| Estrés                  | 3  | 3   |
| Gastritis               | 3  | 3   |
| Cáncer Mama             | 2  | 2   |
| Glaucoma                | 3  | 3   |
| Osteoporosis            | 5  | 5   |
| Prótesis de rodilla     | 3  | 3   |
| Alzheimer               | 1  | 1   |
| Demencia Senil          | 1  | 1   |
| Prostectomía            | 3  | 3   |
| Cataratas               | 9  | 10  |
| Intervención Cardíaca   | 1  | 1   |
| Alcoholismo             | 1  | 1   |
| Artritis                | 2  | 2   |
| Anexectomía             | 3  | 3   |
| AVE                     | 2  | 2   |
| Bloqueo AV              | 1  | 1   |
| Neumonía                | 2  | 2   |
| Colon Irritable         | 1  | 1   |
| Anemia Crónica          | 1  | 1   |
| Divertículos            | 1  | 1   |
| Apendicectomía          | 2  | 2   |
| Colecistectomía         | 5  | 5   |
| Artrosis                | 11 | 12  |
| Asma                    | 12 | 13  |
| Lumbalgia               | 1  | 1   |
| Prótesis de Cadera      | 2  | 2   |
| Talasemia               | 1  | 1   |
| By Pass                 | 2  | 2   |
| Lesión Cerebral         | 1  | 1   |



|                             |   |   |
|-----------------------------|---|---|
| Cáncer de Colon             | 2 | 2 |
| Hipotensión                 | 1 | 1 |
| Arritmia                    | 1 | 1 |
| Cáncer de Piel              | 1 | 1 |
| Lupus                       | 1 | 1 |
| Endometriosis               | 1 | 1 |
| Reuma                       | 1 | 1 |
| Hernia Intestinal           | 1 | 1 |
| Insuficiencia Renal Crónica | 2 | 2 |
| Escoliosis                  | 1 | 1 |
| Aplastamiento Vertebral     | 1 | 1 |
| Amputación de MMII          | 1 | 1 |
| Rinitis                     | 1 | 1 |
| Fractura de vertebra        | 1 | 1 |
| Mastectomía                 | 1 | 1 |
| Operación de fémur          | 1 | 1 |
| Hernia umbilical            | 1 | 1 |
| Hipoacusia                  | 1 | 1 |
| Epilepsia                   | 1 | 1 |
| Prolapso                    | 1 | 1 |
| Fractura de pelvis          | 2 | 2 |
| Fibroma                     | 1 | 1 |
| Neo de próstata             | 1 | 1 |
| Bronquitis                  | 1 | 1 |
| Paraplejía                  | 1 | 1 |
| Hipotiroidismo              | 2 | 2 |
| EPOC                        | 1 | 1 |
| Vértigo                     | 3 | 3 |
| Alergia                     | 1 | 1 |
| Hipoglicemia                | 1 | 1 |
| Prótesis de rodilla         | 1 | 1 |
| Hernia de disco             | 1 | 1 |
| Colangitis                  | 1 | 1 |



**Variable:** Procedencia de los adultos mayores que habitan en los complejos del

**Definición conceptual:** lugar de origen del usuario que reside en el complejo habitacional del BPS.

**Definición operativa:** se tomaron dos categorías: **Montevideo** refiriéndose a todos los usuarios cuyo lugar de origen es dicho departamento; **Interior** refiriéndose a todos los usuarios cuyo lugar de origen son los restantes 18 departamentos de Uruguay, **Exterior** refiriéndose a todos los usuarios cuyo lugar de origen es otro país.

**Instrumento para recolectar los datos:** entrevista.

**Naturaleza:** cualitativa; nominal

**Categorías:** Montevideo, Interior y Exterior.

**TABLA. Procedencia de los adultos mayores que habitan en los complejos del BPS.**

| PROCEDENCIA | FA | FR% |
|-------------|----|-----|
| Montevideo  | 43 | 48  |
| Interior    | 46 | 51  |
| Exterior    | 1  | 1   |
| Total       | 90 | 100 |



**GRAFICA. Procedencia de los adultos mayores que habitan en los complejos del BPS.**



**Fuente:** Entrevistas. Mayo – Junio 2012.



**Variable:** Cobertura Médica

**Definición conceptual:** Tipo de servicio de salud a la que accede el usuario.

**Definición operativa:** Privada refiriéndose a todos aquellos adultos que poseen una mutualista como cobertura médica; Pública refiriéndose a todos aquellos adultos que poseen salud pública como cobertura médica.

**Instrumento para recolectar los datos:** Entrevista

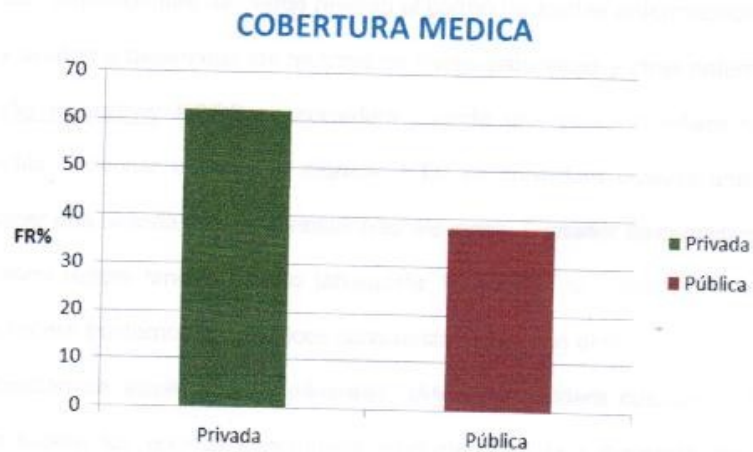
**Naturaleza:** cualitativa, nominal.

**Categorías:** Privada: Publica.

**TABLA. Cobertura Médica de los adultos mayores que habitan en los complejos del BPS.**

| COBERTURA MEDICA | FA | FR% |
|------------------|----|-----|
| Privada          | 56 | 62  |
| Pública          | 34 | 38  |
| Total            | 90 | 100 |

**GRAFICA. Cobertura Médica de los adultos mayores que habitan en los complejos del BPS.**



Fuente: Entrevistas. Mayo – Junio 2012.



**Variable:** Antecedentes familiares

**Definición conceptual:** Registro de las enfermedades presentes y pasadas de una persona y las de sus padres, hermanos, hermanas, hijos y otros miembros de la familia. Los antecedentes familiares revelan el patrón de ciertas enfermedades en una familia y ayudan a determinar los factores de riesgo para estas y otras enfermedades.

**Definición operativa:** **EPOC** se considera cuando una persona refiere tener una enfermedad pulmonar obstructiva crónica; **HTA** se considera cuando una persona refiere tener una historia de cifras tensionales elevadas; **Fumador** se considera cuando una persona refiere tener el hábito tabaquista, **Diabetes** se considera cuando una persona refiere trastornos metabólicos caracterizados por un déficit relativo o absoluto de producción de insulina en el páncreas; **IAM** se considera cuando la demanda cardíaca supera los aportes sanguíneos produciéndose una isquemia del músculo cardíaco; **Hipotiroidismo** se considera cuando existe un trastorno de producción de la hormona tiroidea en plasma y sus tejidos; **Sedentarismo** se considera a la carencia de actividad física fuerte como el deporte, lo que por general pone al organismo en una situación vulnerable ante enfermedades, especialmente cardíacas; **Cáncer de esófago** se origina en la capa más interna (la mucosa) y crece hacia fuera (a través de la submucosa y la capa muscular). Debido a que dos tipos de células pueden cubrir el esófago, existen dos tipos principales de cáncer de esófago: el carcinoma de células escamosas y el adenocarcinoma; **Patologías cardiovasculares** se considera a todo tipo de enfermedades relacionadas con el corazón o los vasos sanguíneos; **Infarto** considera cuando se bloquea el flujo sanguíneo a una parte del corazón por un tiempo suficiente para que esa parte del miocardio sufra daño o muera; **Cirrosis** se considera al resultado final del daño crónico al hígado causado por hepatopatías crónicas;



**Obesidad** se considera una enfermedad crónica de origen multifactorial caracterizada por hipertrofia del tejido adiposo en el cuerpo, cuando el IMC es igual o superior a 30 kg/m<sup>2</sup>, teniendo en cuenta también el perímetro abdominal en hombres mayor o igual a 102 cm y en mujeres mayor o igual a 88cm; **Alzheimer** se considera a la demencia senil, enfermedad neurodegenerativa que se manifiesta por deterioro cognitivo y trastornos conductuales; **Alcoholismo** se considera a la enfermedad que consiste en padecer una fuerte necesidad de ingerir alcohol etílico, de forma que existe una dependencia física del mismo, manifestada a través de determinados síntomas de abstinencia cuando no es posible su ingesta; **Cáncer de duodeno** se considera cuando algunas de las células se vuelven malignas, es decir, pierden los mecanismos de control que permiten que se reproduzcan y mueran con normalidad, allí se produce una neoplasia o cáncer de intestino delgado; **ACV** se considera cuando el flujo de sangre a una parte del cerebro se detiene. Algunas veces, se le denomina "ataque cerebral" (derrame cerebral); **Neo de hígado** se considera una enfermedad en la que las células del hígado se hacen anormales, crecen fuera de control y forman un tumor; **Cáncer de estómago** se considera una enfermedad en la que se encuentran células cancerosas (malignas) en los tejidos del estómago; **Hepatitis** se considera a la inflamación del hígado. con frecuencia se utiliza para referirse a una infección viral del hígado; **Neo de útero** es el cáncer que comienza en el cuello uterino, la parte inferior del útero (matriz) que se abre en la parte superior de la vagina; **Cáncer de colon** comienza en el intestino grueso (colon) o en el recto (parte final del colon); **Cáncer de próstata** se desarrolla en uno de los órganos glandulares del sistema reproductor masculino llamado próstata. El cáncer se produce cuando algunas células prostáticas mutan y comienzan a multiplicarse; **Estrés** se considera a la reacción fisiológica del



organismo en la que entran en juego diversos mecanismos de defensa para afrontar una situación que se percibe como amenazante o de demanda incrementada; **Dislipemia** se considera una condición patológica cuyo elemento es la alteración del metabolismo de los lípidos, con la consecuente alteración de las concentraciones de lípidos y lipoproteínas en la sangre

**Instrumento para recolectar los datos:** Entrevista

**Naturaleza:** cualitativa; nominal

**Categorías:** EPOC, HTA, Fumador, Diabetes, IAM, Hipotiroidismo, Sedentarismo, Cáncer de Esófago, Patología Cardíaca, Infarto, Obesidad, Cirrosis, Alzheimer, Alcoholismo, Cáncer de duodeno, Neo de Hígado, Hepatitis, Neo de útero, Cáncer de Cólono, Cáncer de Próstata, Estrés, Dislipemia.

| Condición          | Presencia | Ausencia |
|--------------------|-----------|----------|
| Sup de tensión     | 2         | 2        |
| Cáncer pulmón      | 1         | 1        |
| Hepatitis          | 1         | 1        |
| Neo. de útero      | 1         | 1        |
| Cáncer de colon    | 2         | 2        |
| Cáncer de próstata | 2         | 2        |
| Carina             | 1         | 1        |
| Uniónina           | 1         | 1        |
| Total              | 16        | 16       |

Observaciones: La información obtenida en esta investigación es de carácter preliminar y no debe ser utilizada para fines de diagnóstico o tratamiento sin la aprobación de un profesional de la salud. Este informe es de uso exclusivo de la cátedra de Geriátrica y Gerontología de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República.



**TABLA. Antecedentes Familiares de los adultos mayores que habitan en los complejos del BPS.**

| ANTECEDENTES FAMILIARES     | FA  | FR% |
|-----------------------------|-----|-----|
| No sabe                     | 31  | 23  |
| Sedentarismo                | 5   | 4   |
| Hipertensión                | 24  | 18  |
| Tabaquismo                  | 25  | 19  |
| Diabetes                    | 12  | 8   |
| Cáncer de esófago           | 1   | 1   |
| Patologías cardiovasculares | 8   | 5   |
| Infarto                     | 2   | 2   |
| Cirrosis                    | 1   | 1   |
| Obesidad                    | 6   | 4   |
| Alzheimer                   | 1   | 1   |
| Alcoholismo                 | 1   | 1   |
| Cáncer de duodeno           | 1   | 1   |
| ACV                         | 1   | 1   |
| Neo de hígado               | 2   | 2   |
| Cáncer estomago             | 1   | 1   |
| Hepatitis                   | 1   | 1   |
| Neo de útero                | 1   | 1   |
| Cáncer de colon             | 2   | 2   |
| Cáncer de próstata          | 2   | 2   |
| Estrés                      | 1   | 1   |
| Dislipemia                  | 1   | 1   |
| Total                       | 130 | 100 |

**Comentarios:** La frecuencia absoluta no es el N° total ya que un anciano puede presentar más de un AF a la vez.

No se realizó la gráfica de AF ya que la variable presenta muchas categorías por lo que si se grafica distorsiona la variable.



**Variable:** Presencia de Depresión en los adultos mayores que habitan en los

**Definición conceptual:** La depresión es un trastorno mental que se presenta con el estado de ánimo deprimido, pérdida de interés o de placer, sentimientos de culpa o de concentración, baja autoestima, trastornos del sueño o del apetito, baja energía. Estos problemas pueden convertirse en crónicos o recurrentes y conducir a alteraciones sustanciales en la capacidad de una persona para hacerse cargo de sus responsabilidades cotidianas

**Definición operativa:** Normal refiriéndose a todas aquellas personas que poseen de 0 a 5 puntos; Depresión Posible refiriéndose a todas aquellas personas que poseen de 6 a 10 puntos y Depresión probable refiriéndose a todas aquellas personas que poseen más de 10 puntos.

**Instrumento para recolectar los datos:** Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage.

**Naturaleza:** cualitativa, ordinal.

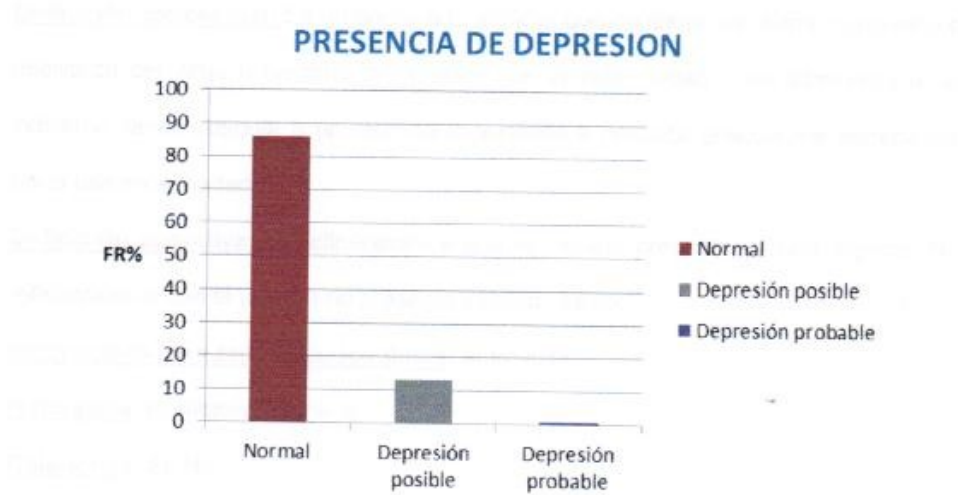
**Categorías:** Normal, Depresión Posible y Depresión Probable.

**TABLA. Presencia de Depresión en los adultos mayores que habitan en los complejos del BPS.**

| PRESENCIA DE DEPRESIÓN | FA | FR% |
|------------------------|----|-----|
| Normal                 | 76 | 86  |
| Depresión posible      | 11 | 13  |
| Depresión probable     | 1  | 1   |
| Total                  | 88 | 100 |



**GRAFICA. Presencia de Depresión en los adultos mayores que habitan en los complejos del BPS.**



**Fuente:** Entrevistas. Mayo – Junio 2012.

**Comentarios:** La frecuencia absoluta no es el N° total ya que a dos ancianos no se les pudo realizar la escala ya que no hablaban.



GRAFICA. Presencia de VAT vigente de los adultos mayores que habitan en los

**Variable: Vacunas**

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

**Definición operativa:** Si refiriéndose a que el usuario presenta vacuna vigente: No refiriéndose a que el usuario no presenta vacuna vigente.

**Instrumento para recolectar los datos:** entrevista.

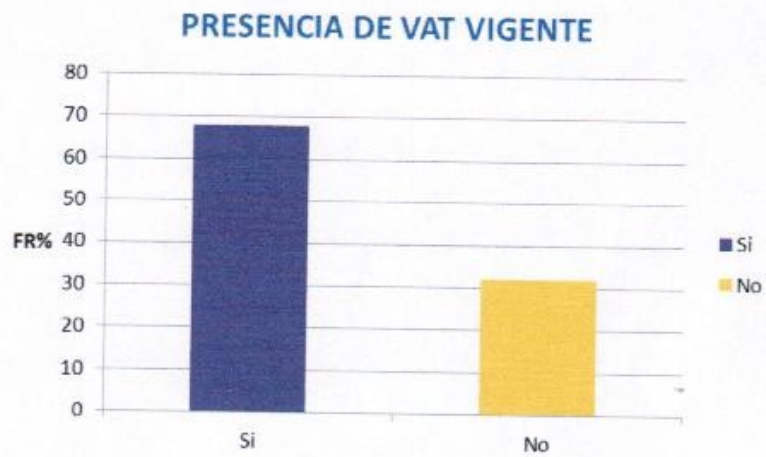
**Naturaleza:** cualitativa; nominal.

**Categorías:** Si, No.

TABLA. Presencia de VAT vigente de los adultos mayores que habitan en los complejos del BPS.

| PRESENCIA DE VAT VIGENTE | FA | FR% |
|--------------------------|----|-----|
| Si                       | 61 | 68  |
| No                       | 29 | 32  |
| Total                    | 90 | 100 |

**GRAFICA. Presencia de VAT vigente de los adultos mayores que habitan en los complejos del BPS.**



**Fuente:** Entrevista. Mayo – Junio 2012.