



**UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA**  
**FACULTAD DE ENFERMERÍA**  
**CÁTEDRA ADULTO Y ANCIANO**

# **ESTUDIO SOCIODEMOGRÁFICO Y EPIDEMIOLÓGICO DE LA VEJEZ EN COMPLEJOS DE VIVIENDAS DE BPS UNA PERSPECTIVA DE ENFERMERIA**

**AUTORES:**

Br. Da Rosa, Marcos  
Br. Ferreira, Patricia  
Br. Goncalves, Fabrizio  
Br. Ramos, M<sup>a</sup> Lucia  
Br. Rodríguez, Mario

**TUTOR:**

Prof. Adj. Lic. Esp. Aquino, Virginia

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

**Montevideo, 2012**

## **AGRADECIMIENTOS**

A la Prof. Adj. Lic. Virginia Aquino, como docente tutora, agradeciendo el apoyo recibido evacuando dudas o realizando correcciones pertinentes, para lograr que este trabajo de investigación se llevara a cabo.

A los AM habitantes de los complejos de vivienda de BPS, por su disponibilidad y receptividad para permitirnos realizar las entrevistas.

A las comisiones vecinales y los tutores de los complejos de BPS, quienes desde un principio se mostraron interesados de participar en la realización de nuestra investigación y brindaron datos, además de facilitarnos el acceso a los habitantes de los complejos.

A nuestras familias y amigos quienes durante todo el proceso nos brindaron apoyo y contención.

## **ABREVIATURAS**

AM: Adulto Mayor

OMS: Organización Mundial de la Salud.

MSP: Ministerio de Salud Pública.

MIDES: Ministerio de Desarrollo Social.

PRONAM: Programa Nacional del Adulto Mayor.

DIGESA: Dirección General de Salud

MVOTMA: Ministerio de Vivienda Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente

UR: Unidad reajutable

FA: Frecuencia absoluta

FR: Frecuencia relativa

FR%: Frecuencia relativa porcentual

SNIS: Sistema Nacional Integrado de Salud

RX TX: Radiografía de tórax

ECG: Electrocardiograma

## **INDICE**

Resumen.....	Pág. 2
Introducción.....	Pág. 4
Planteamiento del problema.....	Pág. 6
Objetivos General y Específicos.....	Pág. 7
Justificación.....	Pág. 8
Marco de referencia.....	Pág. 10
Fundamento Teórico.....	Pág. 13
Metodología.....	Pág. 21
Aspectos éticos.....	Pág. 22
Definición de Variables.....	Pág. 23
Presentación de Resultados.....	Pág. 31
Análisis.....	Pág. 57
Discusión.....	Pág. 62
Conclusiones.....	Pág. 65
Sugerencias.....	Pág. 67
Bibliografía.....	Pág. 69
Anexos.....	Pág. 71

## **RESUMEN**

El presente informe corresponde al trabajo final de investigación de la carrera Licenciatura en Enfermería, elaborado por cinco estudiantes de la Facultad de Enfermería, Universidad de la República. El mismo tuvo como objetivo general describir la situación sociodemográfica y epidemiología en que se encuentran los Adultos Mayores, e identificar la necesidad de la presencia del Licenciado en Enfermería en complejos de viviendas del BPS. Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal en el periodo comprendido entre los meses Junio-Agosto del corriente año. El estudio se realizó en los complejos de vivienda ubicados en Juan Acosta 3830 esq. B. Méndez, Santiago Sierra 3980 esq. M. Rodríguez, Carabelas 3627 esq. R. Correa, y Av. José Batlle y Ordoñez 3761 esq. J. Méndez.

Se realizaron visitas domiciliarias; utilizándose para la recolección de datos la entrevista a través de un instrumento brindado por la Cátedra de Adulto y Anciano (Estudio Epidemiológico Salud del Adulto y Anciano), y se complementó el área epidemiológica con los diferentes test para identificar la presencia de síndromes geriátricos en el AM. Se llevó a cabo la recolección de datos a través de una muestra no probabilística intencional. Se logró entrevistar un total de 82 Adultos Mayores entre los 4 complejos de viviendas.

Como resultado nos encontramos frente a una población envejecida, con la presencia de múltiples factores de riesgo de fragilidad, que padecen en un alto porcentaje

enfermedades crónicas, síndromes geriátricos y que además presentan un estilo de vida no saludable.

Se destaca un gran porcentaje de AM con algún grado de dependencia y dificultad para realizar las actividades de la vida diaria.

El síndrome geriátrico predominante es caídas y se encontró un alto riesgo de complicaciones cardiovasculares en los habitantes de los complejos.

Se comprobó que es necesaria la presencia en complejos de vivienda del BPS de un profesional como lo es el Licenciado en Enfermería, quien valora a los AM y está capacitado para identificar sus necesidades, intereses y problemas, para poder accionar de forma segura, oportuna y eficaz, y contribuir así a mejorar la calidad de vida de los mismos.

### **Palabras claves**

Demografía

Síndromes geriátricos

Enfermería

Epidemiología

Adulto Mayor

## INTRODUCCIÓN

El presente informe corresponde al trabajo final de investigación elaborado por cinco estudiantes de la Facultad de Enfermería cursando el cuarto ciclo de la Licenciatura en Enfermería, Universidad de la República.

Como objetivos se planteó describir la situación socio demográfica y epidemiológica en que se encuentran los Adultos Mayores que habitan complejos de vivienda del BPS, en el periodo comprendido entre los meses Junio-Agosto del corriente año. Pudiendo identificar de esta manera la necesidad de la presencia de profesionales de enfermería en dichos complejos.

Los complejos a los cuales se aplicó el estudio fueron Sierra, Senaque, Carabelas y J. Acosta.

En los últimos años los avances de la salud han provocado cambios demográficos significativos, aumentando la esperanza de vida en América Latina, en Uruguay los AM ocupan un 14,1% de la población.<sup>1</sup>

A consecuencia del proceso de envejecimiento y patologías que van adquiriendo, los AM van disminuyendo su capacidad funcional y su autonomía, viéndose expuestos a padecer complicaciones de salud. El enfermero profesional es el encargado de promover y educar sobre hábitos saludables, detectar y prevenir factores de riesgo, así

---

<sup>1</sup>Instituto Nacional de estadística, Censo 2011, proyecciones demográficas

como asistir en los casos que sea necesario. Esta intervención en una población vulnerable como la de los AM, contribuye a mejorar su calidad de vida.

Para la realización del presente trabajo se utilizó la teoría de Dorothea Orem, donde plantea al enfermero profesional como el encargado de identificar la capacidad de autocuidado del individuo. Y ante la presencia del déficit propone un abordaje gradual procurando la autonomía del mismo.

Para la recolección de datos se utilizó un instrumento brindado por la cátedra de Adulto y Anciano, al mismo se anexaron los test y escalas de valoración de los principales síndromes geriátricos, tales como: Test de Barthel, Cuestionario portátil de Pfeiffer, Test de levántate y anda, Escala de Lowton y Brody, Escala de depresión geriátrica de Yesavage e Incontinencia urinaria.



## **PREGUNTA PROBLEMA**

- ¿Cuál es la situación sociodemográfica y epidemiológica en la que viven los AM de los complejos de viviendas del BPS, en el periodo comprendido entre junio-agosto de 2012?.
- ¿Es necesaria la presencia del Licenciado en enfermería en los complejos de vivienda de BPS?

## **OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **Objetivo general:**

- Describir la situación sociodemográfica y epidemiológica en que se encuentran los adultos mayores que habitan los complejos del BPS. (Juan Acosta, Carabelas, Senaque y Santiago Sierra) en el periodo comprendido en junio-agosto del año 2012
- Identificar la necesidad de la presencia del Profesional de Enfermería en complejos de viviendas de BPS.

### **Objetivos específicos:**

- Caracterizar a los AM que habitan en los complejos de viviendas antes mencionados.
- Detectar la presencia de factores de riesgo de salud.
- Identificar la presencia de patologías en los Adultos Mayores
- Analizar los datos obtenidos desde una perspectiva de enfermería.

## JUSTIFICACIÓN

*“Uruguay constituye actualmente uno de los países más envejecidos de Las Américas”<sup>1</sup>.*

En nuestro país el 14,1% de la población es AM, proyecciones estiman que para el año 2025 los AM alcanzaran el 15,7% de la población<sup>2</sup>. Los mismos son considerados los más vulnerables frente a complicaciones que son resultado de la interacción del proceso de envejecimiento y la presencia de patologías asociadas.<sup>3</sup>

A consecuencia del proceso de envejecimiento los seres humanos sufren diversos cambios estructurales y fisiológicos; lo que aumenta la posibilidad de padecer complicaciones de salud como ser la presencia de diferentes síndromes geriátricos; incontinencia urinaria, deterioro cognitivo, alteración de la movilidad, declinación funcional, alteración del estado del ánimo, etc. Aspectos que provocan una disminución de su funcionalidad, autonomía y a consecuencia la minusvalía del AM.

El pasaje de las personas a la vejez es un proceso que también presenta transformaciones en sus ámbitos de socialización. Para quienes han estado vinculados

---

<sup>2</sup>Instituto Nacional de estadística, Censo 2011, proyecciones demográficas.

<sup>3</sup>Programa Nacional del Adulto Mayor. Ministerio de salud pública. Dirección general de la salud. División salud de la población. Uruguay 2005

al mercado de trabajo en buena parte de su vida, al finalizar dicha etapa puede alterar significativamente su forma de vincularse con las redes sociales generadas.<sup>4</sup>

Los problemas habitacionales de algunos AM son contemplados por el gobierno a través del BPS con sus políticas de vivienda en todo el país. Si bien el otorgamiento de viviendas soluciona algo muy trascendente en la vida de cualquier persona, se debe tener en cuenta que los AM presentan múltiples necesidades y se los debe valorar de forma holística para poder actuar y mejorar su calidad de vida.

El estudiar la población adulta mayor implica conocer sus características, su estado mental y social, el estilo de vida, los riesgos y problemas de salud que presentan, lo que permitirá elaborar un plan de cuidados, y estrategias de intervención multidisciplinaria que contribuyen a mejorar su calidad de vida.

---

<sup>4</sup>Rodríguez F. Rossel C. Programa de la vejez en el Uruguay. IPES Programa de Investigación sobre Integración Pobreza e Exclusión Social,dic,2010

## **MARCO DE REFERENCIA**

Desde 2004 existe una ley en el Uruguay que establece como derecho para los AM: “La integración activa en la familia y en la comunidad y el goce de un trato digno y sin ninguna clase de discriminaciones, en todos los órdenes de su vida”, que los mismos tienen derecho a “alcanzar una vejez digna en la que prevalezcan el bienestar físico, psíquico y socioeconómico” que puedan “contar con asistencia médica y sanitaria integral y coordinada, incluida la odontológica”, puedan “tener acceso a la educación, a una vivienda adecuada, así como a alimentación y abrigo suficientes”, además “tener acceso al esparcimiento, al transporte y a las comunicaciones en todo el territorio nacional” y “ tener la seguridad de su integridad psicofísica e intelectual en un marco de justicia y equidad”<sup>5</sup> (ver anexo 4)

Producto de esta ley es que en el año 2005 surge el PRONAM, con la reforma del modelo de salud, SNIS. Este programa tiene como objetivo contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas AM, mediante la satisfacción integral de sus necesidades, su participación activa, y la promoción de sus derechos, a través de respuestas articuladas, entre el estado y la sociedad civil.

Para cumplir con los objetivos se plantean diversas actividades: como ser la creación de normas, protocolos y guías para la atención del AM en el ámbito público y privado; la

---

<sup>5</sup>Ley 17.796 - Adultos Mayores. Promoción Integral. Senado y Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay Montevideo, 14 de julio de 2004

realización de actividades de promoción de salud, coordinando con servicios socio-sanitarios, públicos y privados haciendo énfasis en el primer nivel de atención.

En el año 2012 comenzó a funcionar el **Instituto Nacional del Adulto Mayor**, creado mediante la ley 18.617 . El mismo funciona dentro del MIDES y tiene como principal objetivo la promoción integral de los AM, mediante el diseño, la coordinación, planificación, regulación y evaluación de las políticas sociales que son dirigidas a los mismos.

Atendiendo a las necesidades habitacionales de los AM, el BPS realiza la inscripción, selección y adjudicación de viviendas para jubilados y pensionistas; los mismos deben cumplir con determinados requisitos: tener residencia permanente en Uruguay, percibir una jubilación o pensión a través del BPS. Sus ingresos a nivel individual no podrán superar las 12 U.R en Montevideo, a excepción de aquellas localidades del Interior que el monto no debe superar las 24 U.R. Además los aspirantes deberán ser personas autoválidas.

No serán beneficiarios quienes presenten pensiones a la vejez o invalidez, jubilaciones o pensiones a término, como tampoco subsidios transitorios por incapacidad parcial, estos 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.

El BPS junto con el MVOTMA hasta Mayo de 2012 otorgo un total de 6016 viviendas

para jubilados y pensionistas de todo el país, entregando la suma de 2640 viviendas solamente en Montevideo.

Luego de otorgadas las viviendas los AM presentan apoyo de un equipo conformado por Psicólogo y Asistente Social.

## **FUNDAMENTO TEORICO**

Para comenzar con el estudio sociodemográfico y epidemiológico de la vejez se definirá Sociedad, entendiéndose como una reunión permanente de personas, pueblos, naciones que conviven y se relacionan bajo un sistema de leyes en común para todos.

Por otra parte la Demografía; es la ciencia que estudia de forma cuantitativa las poblaciones humanas, de su estado y de sus variaciones.

“El envejecimiento de la población es un fenómeno que afecta al mundo entero en diferentes magnitudes e intensidades. Este proceso no tiene precedentes en la historia de la humanidad y se produce básicamente por la extensión de la esperanza de vida y la reducción de la fecundidad.

Ambos elementos conducen a que cada vez más existan personas mayores y que el peso de las mismas en la estructura poblacional vaya en creciente aumento. Este proceso tiene consecuencias de toda índole y afecta varios aspectos de la vida económica, social, cultural y política, así como cuestiona aspectos relacionados con la equidad y la solidaridad intergeneracional.”<sup>4</sup>

“Uruguay no escapa a esta realidad. Más bien todo lo contrario. Es conocido Uruguay por ser de los primeros países de América Latina en procesar su transición demográfica, es decir en descender sus niveles de mortalidad y natalidad desde los inicios del siglo xx. Esto ubica a Uruguay como el país más envejecido de América Latina. Este proceso de envejecimiento, sin embargo, se ha dado de forma gradual y paulatina y no tan



acelerado como en otros países en desarrollo, lo que permite ir adaptando la realidad social del país a su realidad demográfica.”<sup>6</sup>

Dado que el presente trabajo es llevado a cabo con y hacia personas definiremos hombre, el cual “es un ser bio-psico-social, en relación dialéctica con el medio. Por su quehacer transformador de la realidad objetiva, es un ser histórico, que elabora conocimientos acerca de si mismo y de la realidad, se expresa a través de sus necesidades que emergen de lo social y de lo psicobiológico, aun cuando lo que piensa y siente no siempre se manifiesta”.<sup>7</sup>

Es importante destacar el concepto de Salud la cual está definida por La OMS, como “el estado de completo bienestar físico, mental, espiritual, emocional y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. La salud implica que todas las necesidades fundamentales de las personas estén cubiertas: afectivas, sanitarias, nutricionales, sociales y culturales.”

Podemos decir que el ser humano va sufriendo modificaciones en su organismo a través del proceso salud y enfermedad, y el propio proceso del envejecimiento.

**Destacamos que el** Concepto salud-enfermedad “es un proceso que constituye un producto social que se distribuye en las sociedades según el momento histórico y

<sup>6</sup>Demografía de una Sociedad en transición, Carmen Varela Petito,2008

<sup>7</sup>Plan de Estudios 93. Facultad de enfermería.

cultural en que el hombre se encuentra. En este proceso el hombre puede tener distintos grados de independencia de acuerdo a su capacidad reaccional y a la situación salud-enfermedad en que se encuentre. La salud es un derecho inalienable del hombre, que debe estar asegurado por el Estado a través de políticas eficaces, con la participación de la población y del equipo de salud, promoviendo la autogestión de los grupos".<sup>6</sup>

El trabajo de investigación es realizado con un enfoque de profesionales de enfermería, teniendo en cuenta la teoría de Dorothea Orem.

Dorothea Orem nació en Baltimore, Maryland en 1914. Comenzó su carrera de enfermera en la escuela de enfermería del Providence Hospital de Washington y se diplomó en 1930.

En 1971 publica su primer libro: *Nursing Concepts of Practice*, en donde se exponen los conceptos de su teoría del Déficit de Autocuidado, la cual está compuesta de tres teorías relacionadas entre sí;

- *teoría del autocuidado*: en donde se plantea el autocuidado como "una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar"<sup>8</sup>

---

<sup>8</sup>Marriner Tomey, Ann; Raile Alligood, Martha. *Modelos y Teorías en Enfermería*; Madrid, cuarta edición, 2000. p.175-194.

-*Teoría del déficit de autocuidado* donde las personas presentan limitaciones para su propio cuidado. El déficit del autocuidado ocurre cuando la demanda de autocuidado supera la capacidad del individuo para afrontar su propio cuidado.

-*Teoría de los sistemas enfermeros* donde se planifican los cuidados según el grado de dependencia del usuario y el grado de cuidado que realiza el enfermero, clasificándose en: sistema completamente compensador, sistema parcialmente compensador y sistema de apoyo.

Orem define el objetivo de la enfermería como: “Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad.

Enfermería Comunitaria: “Es el profesional responsable que investigando en conjunto con la población conoce las necesidades de atención a la salud. Posee los conocimientos habilidades y técnicas, así como la actitud apropiada para atender en los lugares donde viven, trabajan, estudian, donde se relacionan o en las instituciones sanitaria como fuera preciso, desde una concepción del enfermero/a como miembro de un equipo interdisciplinario, que trabaja en coordinación con otras instituciones y sectores realizando las funciones de asistencia, docencia e investigación, fortaleciendo las capacidades de participación y creación de los propios involucrados”. (Cátedra Comunitaria, FENF)

---

El profesional de enfermería aplica el proceso de atención de enfermería, el cual es definido como “un método sistematizado de brindar cuidados humanistas concentrado en el logro de objetivos de forma eficiente”.<sup>9</sup>

Se trata de un proceso continuo que consta de cinco etapas ordenadas lógicamente: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Las cuales tienen como principal objetivo la adecuada aplicación de cuidados orientados al bienestar del paciente.

**Teniendo en cuenta que la investigación se basó en la población adulta mayor, definiremos a la misma como** quienes pertenecen al grupo etáreo que comprende personas mayores de 65 años de edad. Se consideran AM, pertenecientes a la tercera edad, o ancianos a quienes han alcanzado este rango de edad.

Proceso de envejecimiento: Según la OMS Envejecimiento es un proceso fisiológico que comienza en la concepción y ocasiona cambios característicos para las especies durante todo el ciclo de la vida. En los últimos años de la vida, esos cambios producen una limitación de la adaptabilidad del organismo en relación a su medio. Los ritmos a que esos cambios se producen en los diversos órganos de un mismo individuo o en distintos individuos, no son iguales.

---

<sup>9</sup>Alfaro Rosalinda “Aplicación de Proceso de Atención de Enfermería” Guía Paso a Paso, Barcelona Springer, 1999.

Se puede lograr una mejor calidad de vida promoviendo el envejecimiento activo, este se define según la O.M.S en el año 2002 como un “Proceso de optimizar las oportunidades para la Salud, la participación y la seguridad de manera de realzar la calidad de vida a medida que las personas envejecen”.

Por otra parte la Epidemiología; es el estudio de los factores que determinan la frecuencia y distribución de las epidemias entre las poblaciones humanas.

Existen complicaciones frecuentes en el AM a los cuales se les denominan síndromes geriátricos, estos se definen como “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. Son la manifestación (síntomas) de muchas enfermedades, pero también son el principio de muchos otros problemas que debemos tener en cuenta desde su detección para establecer una buena prevención de los mismos”<sup>10</sup>.

Estos “Se caracterizan por presentarse con una alta incidencia en la población anciana, por resultar de múltiples y variadas etiologías, y provocar alteraciones funcionales que, con frecuencia, llevan a la incapacidad”.<sup>8</sup>

Siendo los más relevantes:

---

<sup>10</sup>[http://www.segg.es/tratadogeriatría/PDF/S35-05%2013\\_II.pdf](http://www.segg.es/tratadogeriatría/PDF/S35-05%2013_II.pdf)

\* Deterioro cognitivo: “puede conceptualizarse como el conjunto de disminuciones de diferentes funciones intelectuales atribuibles a distintas causas etiopatogenicas, que no significa irreversibilidad ni causa lesional”.<sup>8</sup>

\* Trastornos del ánimo (Depresión): llamaremos depresión al conjunto de manifestaciones ideativas, conductuales y afectivas caracterizado, fundamentalmente, por la disminución de la autoestima, la angustia y sus diferentes expresiones somáticas y la inhibición psicomotora.<sup>8</sup>

\* Declinación funcional: es un fenómeno asociado con la edad, se presenta de forma muy variable relacionado a enfermedades crónicas o agudas al estilo de vida como a la presencia de estrés.<sup>8</sup>

\* Caídas: según la OMS “es la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al individuo al suelo contra su voluntad.”<sup>8</sup>

\* Incontinencia urinaria: según la Sociedad Internacional de Continencia es: “perdida involuntaria de orina que condiciona un problema higiénico y/o social y que se puede demostrar objetivamente”.<sup>11</sup>

Para la valoración de los síndromes geriátricos se utilizaron test y escalas de valoración geriátrica, los cuales permiten realizar una valoración integral y completa del

---

<sup>11</sup> Protocolo para el manejo en el primer nivel de atención de los principales síndromes geriátricos. MSP. DIGESA. 2005

AM. Los mismos son sugeridos por parte del PRONAM; como herramienta para trabajar en el primer nivel de atención con esta población.

Para la valoración funcional de los AM se utilizó el Índice de Barthel, el cual evalúa la realización de las actividades de la vida diaria. Se aplicó también la escala de Lawton y Brody, la cual permite evaluar la capacidad de la persona para realizar las actividades instrumentales (Actividades realizadas para satisfacer las necesidades).

Para la valoración cognoscitiva se utilizó el Cuestionario portátil de Pfeiffer como herramienta de screening para la detección del deterioro cognitivo.

Para la valoración de la función afectiva se aplicó la escala de Depresión de Yesavage la cual evalúa el nivel de depresión geriátrica.

La valoración funcional física se evaluó con el test de levántate y anda (Timed up and go test) el cual es un método de screening que mide la velocidad de la marcha, evalúa el riesgo de caída, la capacidad funcional y constituye un elemento muy importante en la estimación del potencial y del pronóstico para la rehabilitación.<sup>12</sup>

---

<sup>12</sup>Protocolo para el manejo en el primer nivel de atención de los principales síndromes geriátricos. MSP. DIGESA. 2005

## **METODOLOGIA**

El presente trabajo corresponde a un estudio epidemiológico, descriptivo, de corte transversal.

## **UNIVERSO**

Todos los AM que habitan en los cuatro complejos de viviendas del BPS.

## **MUESTRA**

La muestra será no probabilística intencional, tomando a todos los adultos mayores que habitan los complejos de viviendas del BPS anteriormente citados, que se encuentren en su hogar los días de recolección de datos y accedan participar de la investigación.

**Criterios de inclusión:** se incluirán en la investigación todos los adultos mayores de 65 años que habiten en los complejos del BPS, su situación habitacional este en regla, y accedan a participar de la investigación.

**Instrumentos utilizados:** se realizó una entrevista estructurada a través de un instrumento que fue confeccionado tomando en cuenta la guía brindada por la cátedra de Adulto y Anciano “Estudio Epidemiológico Salud del Adulto y Anciano”, y el Protocolo para el manejo en el primer nivel de atención de los principales síndromes geriátricos del MSP. (anexo 1)

El instrumento brindado por la cátedra, es un cuestionario con preguntas prefijadas, en el cual las opciones de las respuestas son brindadas por el entrevistador, a través del



mismo se recaba los datos patronímicos del entrevistado, antecedentes familiares y personales, estilo de vida y factores de riesgo.

El protocolo para el manejo de los principales síndromes geriátricos es un instrumento que el MSP pone a disposición para que los técnicos y profesionales de la salud trabajen con los AM del país. Del mismo se aplicó en nuestro trabajo el test de Pfeiffer el cual evalúa el deterioro cognitivo, el test de Barthel y la escala de Lawton y Brody que evalúan el nivel de dependencia y actividades de la vida diaria, Yesavage evalúa el nivel de depresión geriátrica, el Test de Levántate y Anda evalúa el riesgo de caídas, y se valorara la presencia de incontinencia urinaria a través de la clasificación de incontinencia urinaria.

#### **ASPECTOS ÉTICOS:**

Con el aval y la autorización de las autoridades del BPS y Facultad de Enfermería para nuestro ingreso a los complejos de BPS, concurrimos a las viviendas presentándonos frente a los consejos vecinales y/o asistente social pertinente de dichos complejos, solicitando así el ingreso a los mismos para la realización de nuestro trabajo de investigación final.

Se entregó a cada AM un consentimiento escrito para que consientan a través de la firma la utilización de los datos en el presente estudio. (ver anexo 2)

## **PLAN DE ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS**

Los datos obtenidos en las encuestas se presentaron de la siguiente forma;

Los datos obtenidos se agruparon utilizando la tabla dinámica brindada por la cátedra de Adulto y Anciano. Además se realizaron tablas de distribución de frecuencias; mencionando la FA, FR y FR%.

Luego de agrupados los datos, se los representara mediante gráficos de barra.

El software que se utilizó es Microsoft office 2007, programa Excel para la utilización de la tabla dinámica y la realización de gráficos.

## **DEFINICIÓN DE VARIABLES**

### **Definiciones operacionales**

#### **SEXO**

*Definición Conceptual:* Desciende del latín: cortar, dividir. Originalmente se refiere nada más que a la división de género en dos grupos: mujer ó hombre. Cada individuo pertenece a uno de estos grupos, a uno de los dos sexos. La persona es de sexo femenino ó masculino.

*-Definición Operacional:* Se clasificó a los AM según su género.

*-Clasificación de variables:* Cualitativa Nominal.

*Categorización:* femenino o masculino

## **EDAD**

*-Definición conceptual:* tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha actual.

*Definición Operacional:* Se clasificaron a los AM según su franja etaria.

*-Clasificación de variables:* cuantitativa, continua.

*Categorización:* edad: -65-74.

-75-84.

Mayor o igual a 85.

## **ESTADO CIVIL**

Definición conceptual: es la situación de las [personas físicas](#) determinada por sus relaciones de [familia](#), provenientes del [matrimonio](#) o del [parentesco](#), que establece ciertos [derechos](#) y [deberes](#).

*Definición operacional:* se clasificó según el estado civil declarado por el encuestado.

*Clasificación de variables:* cualitativa nominal

*Categorización:* soltero, casado, divorciado, viudo y concubino

## **OCUPACION ACTUAL**

*-Definición conceptual:* condición laboral con o sin remuneración que realiza el usuario.

*-Definición operacional:* se clasificó según la ocupación actual declarado por el encuestado.

*Clasificación de variables:* cualitativa, nominal.

-categorización: jubilado, pensionista, trabajo, changas

### **OCUPACIÓN ANTERIOR**

*-Definición conceptual:* condición laboral con o sin remuneración que realizaba el usuario en el pasado.

*-Definición operacional:* se clasificó según la ocupación anterior declarada por el encuestado.

*Clasificación de variables:* cualitativa, nominal.

-categorización: tipo de trabajo declarado.

### **COBERTURA MÉDICA**

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

-Definición operacional: se constó que tipo de cobertura médica presenta los usuarios

-Clasificación: cualitativa nominal

-Categorización: Pública o privada

## **ENFERMEDAD CRÓNICA**

-Definición conceptual: Las enfermedades crónicas son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta. Las enfermedades cardíacas, los infartos, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes, son las principales causas de mortalidad en el mundo.

-Definición operacional: se valoró si presenta o no alguna patología crónica.

-Clasificación: cualitativa nominal

-Categorización: Presenta, no presenta, cual?, Tratamiento farmacológico, lo cumple?  
Si, no.

## **NUCLEO FAMILIAR**

-Definición conceptual: “Es un conjunto de personas que conviven bajo el mismo techo, organizadas en roles fijos (padre, madre, hermanos, etc.) con vínculos consanguíneos o no, con un modo de existencia económico y social comunes, con sentimientos afectivos que los unen y aglutinan.”

-Definición operacional: se valoro con quien vive

-Clasificación: cualitativa nominal

-Categorización: solo, conyugue, hijo, nieto, etc.

## **INDICE DE MASA CORPORAL**

-Definición conceptual: es una medida de asociación entre el peso y la talla para valorar si una persona tiene un peso adecuado

-Definición operacional: se realiza con la siguiente formula  $\text{Peso/Talla}^2$

-Clasificación: cuantitativa continua

-Categorización:

<18.49	Bajo peso
De 18.50 a 24.99	Peso normal
De 25 a 29.99	Sobrepeso
De 30 a 39.99	obesidad
> 40	Obesidad mórbida

## **PRESIÓN ARTERIAL**

-Definición conceptual: La presión arterial es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de las arterias

-Definición operacional: Se realiza mediante la utilización de esfigomanómetro y estetoscopio.

-Clasificación: cuantitativa continua

-Categorización:

	presion arterial sistolica (pas)	presion a (pad)
hipotension	< 90	< 50
Normal	< 120	< 80
	130 – 139	85 – 89
grado 1	140 – 159	90 – 99
grado 2	160 – 179	100 – 109
grado 3	mayor o igual a 180	mayor o ig

## **SINDROMES GERIATRICOS**

### **DETERIORO COGNITIVO**

**-Definición conceptual:** Puede conceptualizarse como el conjunto de disminuciones de diferentes funciones intelectuales atribuibles a distintas causas etiopatogenias, que no significa irreversibilidad ni causa lesional.

**-Definición operacional:** se utilizara el Cuestionario portátil de PFEIFFER

**-Clasificación:** Cualitativa nominal

**-Categorización:** sin deterioro cognitivo, deterioro cognitivo leve, deterioro cognitivo moderado y deterioro cognitivo severo

## **RIESGO DE CAÍDAS:**

**-Definición conceptual:** “Es la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita, al individuo, al suelo contra su voluntad “OMS

**-Definición operacional:** se utilizara el Test de levántate y anda (TIMED UP GO TEST).

**-Clasificación:** Cualitativa nominal

**-Categorización:** bajo riesgo, riesgo intermedio y alto riesgo. Y además se clasificaran a los usuarios en sin caídas, con única caída y caídas recurrentes.

## **NIVEL DE DEPENDENCIA Y ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA.**

**-Definición conceptual:** La dependencia resulta de una declinación en las capacidades del individuo para funcionar libremente en la comunidad y o su hogar y se traducen una imposibilidad parcial o total de efectuar sin ayuda las actividades instrumentales y o las actividades de la vida diaria.

**-Definición operacional:** se utilizara el Test de BARTHEL y la Escala de Lowton y Brody

**-Clasificación:** Cualitativa nominal

**-Categorización:** Barthel: dependencia total grave, moderada o leve.



Lowton y Brody: actividades instrumentales completas, actividades limitadas, limitación del 50% o más de esas actividades y/o no realiza actividades.

#### **DEPRESIÓN GERIÁTRICA:**

**-Definición conceptual:** Síndrome caracterizado por una tristeza profunda y por la inhibición de las funciones psíquicas, a veces con trastornos neurovegetativos.

**-Definición operacional:** se utilizó la Escala de depresión geriátrica de Yesavage.

**-Clasificación:** Cualitativa nominal

**-Categorización:** normal, depresión posible, y depresión probable

#### **INCONTINENCIA URINARIA:**

**-Definición conceptual:** Según la Sociedad Internacional de incontinencia: “Perdida involuntaria de orina que condiciona un problema higiénico y/o social y que se puede demostrar objetivamente”

**-Definición operacional:** se valoró la presencia de Incontinencia urinaria en el último año .

**-Clasificación:** Cualitativa nominal

**-Categorización:** Ausencia de incontinencia urinaria y presencia de incontinencia urinaria, dentro de la misma se clasifican según la duración (aguda o persistente),

según la frecuencia (leve, moderada, grave), segunda la intensidad (leve, moderada y grave).

## **PRESENTACIÓN DE RESULTADOS**

### **1.1 - Tabla: Distribución de la población por sexo**

<b>SEXO</b>	<b>FA</b>	<b>FR%</b>
F	75	91,46
M	7	8,54

### **1.2- Grafico: Distribución de la población por sexo**

### **2.1 – Tabla: Distribución de la población por edad**

<b>EDAD</b>	<b>FA</b>	<b>FR%</b>
65-74	10	12,2
75-84	47	57,32
>85	25	30,49

### **2.2 – Grafico: Distribución de la población por edad**

### **3.1 – Tabla: Distribución de la población según estado civil**

<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>FA</b>	<b>FR%</b>
CASADO	8	9,76%
DIVORCIADO	14	17,07%
SOLTERO	15	18,29%
UNION LIBRE	2	2,44%
VIUDO	43	52,44%

### 3.2– Gráfico: Distribución de la población según estado civil

#### 4.1 – Tabla: Núcleo familiar

<b>NUCLEO FAMILIAR</b>	<b>FA</b>	<b>FR%</b>
CONYUGE	8	9,76%
HERMANO	1	1,22%
HIJO	18	21,95%
MADRE	1	1,22%
NIETO	1	1,22%
OTROS	1	1,22%
SOLO	52	63,41%

#### 4.2–Gráfico: Núcleo familiar

**5.1-Tabla: Distribución de la población según nivel de instrucción**

<b>NIVEL DE INSTRUCCIÓN</b>	<b>FA</b>	<b>FR%</b>
P.COMP	44	53,66%
P.INCOMP	30	36,59%
S.COMP	6	7,32%
S.INCOMP	2	2,44%

**5.2 – Gráfico: Distribución de la población según nivel de instrucción**

**6.1- Tabla: Distribución de la población según tenencia de carne de adulto mayor**

<b>Carne de AM</b>	<b>FA</b>	<b>FR%</b>
TIENE	41	50
NO TIENE	41	50

**6.2- Gráfico: Distribución de la población según tenencia de carne de adulto mayor**

**7.1 – Tabla: Distribución de la población según ocupación actual**

<b>OCUPACION ACTUAL</b>	<b>FA</b>	<b>FR%</b>
TRABAJA	7	8,54
NO TRABAJA	75	91,46

**7.2 – Gráfico: Distribución de la población según ocupación actual**

**8.1- Tabla: Distribución de la población según ocupación anterior**

<b>OCUPACIÓN ANTERIOR</b>	<b>FA</b>	<b>FR%</b>
OTROS EMPLEOS	25	30,48%
DOMESTICA	36	43,90%
NO TRABAJO	21	25,61%

**8.2- Gráfico: Distribución de la población según ocupación anterior**

**9.1 – Tabla: Distribución de la población según las prestaciones sociales**

<b>PRESTACIONES SOCIALES</b>	<b>FA</b>	<b>FR%</b>
JUBILADOS	44	56,1
PENSIONISTAS	38	48,78
JUB-PEN	4	4,87

**9.2 – Gráfico: Distribución de la población según las prestaciones sociales**

**10.1 – Tabla: Distribución de la población según la cobertura médica**

<b>COBERTURA MEDICA</b>	<b>FA</b>	<b>FR%</b>
PUBLICA	58	70,73
PRIVADA	24	29,27

**10.2- Gráfico: Distribución de la población según la cobertura médica**

**11.1- Tabla: Antecedentes familiares**

<b>ANTECEDENTES FAMILIARES</b>	<b>FA</b>	<b>FR%</b>
OBESIDAD	10	12,2
TABAQUISMO	40	48,78
SEDENTARISMO	20	24,39
ESTRÉS	9	10,98
DIABETES	9	10,98
HTA	26	31,71
DISLIPEMIAS	1	1,22
Padres fallecidos x enf CV	43	52,44

## 11.2 – Gráfico: Antecedentes familiares

### 12.1- Tabla: Distribución de la población según los antecedentes personales

<b>ANTECEDENTES PERSONALES</b>	<b>FA</b>	<b>FR%</b>
OBESIDAD	7	8,54
TABAQUISMO	15	18,29
SEDENTARISMO	27	32,93
ESTRÉS	16	19,51
DM	12	14,63
HTA	63	76,83
DISLIPEMIAS	18	21,95

### 12.2- Gráfico: Distribución de la población según los antecedentes personales

### 13.1 – Tabla: Hábitos alimenticios

<b>HABITOS ALIMENTICIOS</b>	<b>FA</b>	<b>FR%</b>
Carnes rojas	65	79,27
Pollo	77	93,9

Cerdo y derivados	18	21,95
Pescado	58	70,73
Comida rápida (pizza,hamburguesas)	39	47,56
Comida envasadas	22	26,83
Dieta hipo sódica	45	54,88

### 13.2 – Gráfico: Hábitos alimenticios

### 14.1- Tabla: Distribución de la población según control médico en el último año

<b>CONTROL MEDICO</b>	<b>FA</b>	<b>FR%</b>
CARDIOLOGO	45	54,88
GERIATRA	2	2,44
MED.GENERAL	75	91,46
OTROS	3	3,66

### 14.2- Gráfico: Distribución de la población según control médico en el último año



**15.1- Tabla: Distribución de la población según la realización de exámenes en el último año**

<b>REALIZACIÓN DE EXAMENES</b>	<b>FA</b>	<b>FR%</b>
Control de PA	78	95,12
ECG	47	57,32
Ecocardiograma	24	29,27
Holter	11	13,41
Ex.Orina	46	56,1
Ecografía. Ap urinario	3	3,66
Dopler de vaso de cuello	8	9,76
Ex.sangre	66	80,94
Rx torax	31	37,8

**15.2- Gráfico: Distribución de la población según la realización de exámenes en el último año**

<b>SINTOMAS PRESENTES</b>	<b>Senaque</b>	<b>Carabelas</b>	<b>Juan Acosta</b>	<b>Santiago o Sierra</b>	<b>FA</b>	<b>FR %</b>
Confusión repentina, dificultad para hablar	3	2	9	2	16	19,51
Dificultad para ver en uno o ambos ojos	8	8	17	8	41	50
Dificultad repentina al caminar, vertigo	9	7	12	4	32	39,02
Dolores de cabeza fuertes, repentinos	3	4	9	2	18	21,95
Visión doble	1	3	3	1	8	9,75
Somnolencia	4	3	4	1	12	14,63
Hipoacusia	0	1	0	2	3	3,65

**16.1-Tabla: Distribución de la población según Presencia de síntomas**

**16.2 –Gráfico: Distribución de la población según Presencia de síntomas en el último mes**

**17.1- Tabla: Distribución de la población según Índice de masa corporal**

Índice de masa corporal	Senaque	Carabelas	Juan Acosta	Santiago Sierra	FA	FR %
Bajo peso	0	0	1	0	1	1,21
Peso Normal	1	6	5	4	16	19,51
Sobrepeso	7	3	5	3	17	20,73
Obesidad	2	3	4	0	9	10,98
Obesidad mórbida	0	0	2	1	3	3,65
Sin dato	10	7	9	9	35	42,68

**17.2- Gráfico: Distribución de la población según Índice de masa corporal**

**18.1- Tabla: Distribución de la población según cifras de PA en el día de la entrevista**

Cifras de Presión arterial	Senaque	Carabelas	Juan Acosta	Santiago Sierra	FA	FR%
Normotenso	19	15	20	15	69	84,15
Hipotenso	0	0	0	0	0	0
Hipertenso Grado 1	1	3	5	2	11	13,41
Hipertenso Grado 2	0	1	1	0	2	2,43
Hipertenso Grado 3	0	0	0	0	0	0

**18.2- Gráfico: Distribución de la población según cifras de PA en el día de la entrevista**

**19.0- Tabla: Distribución de la población según escalas de valoración geriátrica por complejo.**

Complejos de vivienda de BPS	Juan Acosta	Carabelas	Seneque	Santiago Sierra	TOTAL
Usuarios entrevistados	26	19	20	17	82
Cuestionario PFEIFFER:					
De 0 a 2 errores: sin deterioro cognitivo	18	15	15	12	60
De 3 a 4: deterioro cognitivo leve	6	3	3	5	17
De 5 a 7: deterioro cognitivo moderado	1	1	2	0	4
De 8 a 10: deterioro cognitivo severo	1	0	0	0	1
TEST DE LEVANTATE Y ANDA					
No se moviliza	1	0	0	0	1
Hasta 20 segundos: Bajo	23	17	7	14	61

riesgo					
De 20 a 30 segundos: Riesgo intermedio	2	1	11	3	17
Más de 30 segundos: Alto riesgo	0	1	2	0	3
No presentaron una caída	4	3	2	3	12
Presentan 1 caída	4	3	4	4	15
Presentan más de una caída	18	13	14	10	55
<b>Test de BARTHEL</b>					
Menos de 20 puntos: dependencia total	1	0	0	0	1
De 20 a 40 puntos: dependencia grave	0	0	0	0	0
De 40 a 60 puntos: dependencia moderada	0	0	2	0	2
Más de 60 puntos: dependencia leve	10	9	8	6	33
100 puntos: independiente	15	10	10	11	46
<b>Escala de Lawton y Brody</b>					
8 puntos: muy activo: actividades instrumentales completas	14	10	9	10	43
5 a 7 puntos: activo: actividades limitadas	5	8	7	5	25
1 a 4 puntos: poco activo: limitación del 50% o más de esas actividades	6	1	3	2	12
0 puntos: inactivo: no realiza actividades	1	0	1	0	2
<b>Complejos:</b>	<b>Juan Acosta</b>	<b>Carabelas</b>	<b>Seneque</b>	<b>Santiago Sierra</b>	<b>Total</b>
<b>Usuarios entrevistados</b>	26	19	20	17	82
<b>Escala de depresión geriátrica de Yesavage</b>					
0 a 5 puntos: normal	19	18	20	13	70
6 a 10 puntos: depresión posible	7	1	0	4	12
Mas de 10 puntos: depresión probable	0	0	0	0	0

<b>Incontinencia urinaria</b>					
Ausencia	17	13	14	13	57
Presencia de incontinencia	9	6	6	4	25
Incontinencia más de 4 semanas de duración	2	1	2	3	8
Menos de 4 semanas de duración	1	2	0	1	4
menos de un episodio semanal	2	4	0	1	7
más de un episodio semanal y menos de uno por día	1	2	4	0	7
Más de un episodio diario	6	0	3	2	11
Utiliza menos de 3 compresas por día	2	1	1	3	7
Utiliza de 4 a 6 compresas por día	0	1	1	0	2
Utiliza más de 7 compresas por día	1	0	0	0	1

**19.1- Tabla: Distribución de la población según resultados de Cuestionario PFEIFFER**

<b>Cuestionario PFEIFFER:</b>	<b>FA</b>	<b>FR%</b>
Sin deterioro cognitivo	60	73,17
Deterioro cognitivo leve	17	20,73
Deterioro cognitivo moderado	4	4,88
Deterioro cognitivo severo	1	1,22

**19.2- Gráfico: Distribución de la población según resultados de Cuestionario PFEIFFER**

**20.1 –Tabla: Distribución de la población según resultados de Test levántate y anda**

<b>TEST DE LEVANTATE Y ANDA</b>	<b>FA</b>	<b>FR%</b>
No se moviliza	1	1,22
Bajo riesgo	61	74,39
Riesgo intermedio	17	20,73
Alto riesgo	3	3,66

**20.2 –Gráfico: Distribución de la población según resultados de Test levántate y anda**

**21.1- Tabla: Distribución de la población según presencia de caídas en el último año**

<b>PRESENCIA DE CAIDAS</b>	<b>FA</b>	<b>FR%</b>
No presentaron una caída	12	14,63
Presentan 1 caída	15	18,29
Presentan más de una caída	55	67,07

**21.2- Gráfico: Distribución de la población según presencia de caídas en el último año**

**22.1 –Tabla: Distribución de la población según resultados de Test de Barthel**

<b>Test de BARTHEL</b>	<b>FA</b>	<b>FR%</b>
Dependencia. total	1	1,22
Dependencia grave	0	0
Dependencia moderada	2	2,44
Dependencia leve	33	40,24
Independiente	46	56,1

**22.2 –Gráfico: Distribución de la población según resultados de Test de Barthel**

**23.1-Tabla: Distribución de la población según resultados de Escala de Lawton y Brody**

<b>Escala de Lawton y Brody</b>	<b>FA</b>	<b>FR%</b>
Muy activo:	43	52,44
Activo: actividades limitadas	25	30,49
Poco activo: limitación del 50%	12	14,63
Inactivo	2	2,44

**23.2-Gráfico: Distribución de la población según resultados de Escala de Lawton y Brody**

**24.1 – Tabla: Distribución de la población según resultados de Escala de depresión geriátrica Yesavage**

<b>Escala de depresión geriátrica de Yesavage</b>	<b>FA</b>	<b>FR%</b>
Normal	70	85,37
Depresión posible	12	14,63
Depresión probable	0	0

**24.2 – Gráfico: Distribución de la población según resultados de Escala de depresión geriátrica Yesavage**

**25.1 – Tabla: Distribución de la población según la Incontinencia urinaria en el último año**

<b>Incontinencia urinaria</b>	<b>FA</b>	<b>FR%</b>
Ausencia	57	69,51
Presencia	25	30,49

**25.2- Gráfico: Distribución de la población según la Incontinencia urinaria en el último año**



**26.1- Tabla: Distribución de la población mayor de 75 años según la presencia de factores de fragilidad**

	FA	FR %
Solos	50	69,40%
Enf. Crónicas	60	83,30%
Presencia de caídas	61	84,70%
Presencia de det. Cogn.	24	33,30%
Dependencia leve	19	26,40%
Dependencia moderada	4	5,60%
Dependencia grave	1	0,72%
Activos (act.limitadas)	17	23,60%
Poco act. (limitado 50%)	16	22,20%
Inactivo	1	0,72%
Depresión posible	6	8,33%
Incontinencia urinaria	22	30,60%

**26.2- Gráfico: Distribución de la población mayor de 75 años según la presencia de factores de fragilidad**

**7.1- Tabla: Presencia der factores de riesgo en AM que viven solos**

AM que viven solos	FA	FR %
Caídas	51	98%
>75 años	50	96%
Enf. Crónicas	52	100%
Grado de dependencia	23	44,20%

**27.2-Gráfico: Presencia der factores de riesgo en AM que viven solos**

**ANÁLISIS**

El análisis de los datos se llevo a cabo teniendo en cuenta la muestra de la población adulta mayor de los complejos anteriormente mencionados, que se encontraban en su domicilio y accedieron a la entrevista los días destinados para la misma por parte del grupo investigador.

Al momento de realizar la entrevista se encontró la siguiente distribución: del total de las viviendas asignadas 196, se encontraban ocupadas por adultos mayores de 65 años el 88.78%, de los mismos un 41.84% aceptaron ser entrevistados, no se encontraban en su domicilio 34.18%, y se negaron a la entrevista 12.24%, y solamente una persona era menor de 65 años por lo que no se le realizo la entrevista. De estos usuarios cabe destacar que el 56.15% son jubilados, un 48.78% pensionistas y un 4.87% son jubilados y pensionistas.

Del total de los adultos mayores que aceptaron la entrevista (82 AM), se encontró una distribución etaria: 12.2% entre 65 y 74 años, 57.32% entre 75 y 84 años y el 30.49% mayor o igual a 85 años.

Tomando en cuenta la distribución por sexo, se obtuvo que el 91.46% de los adjudicatarios son de sexo femenino, mientras que el 8.54% son de sexo masculino.

Haciendo referencia al estado civil de cada AM, se encontró que el 52.44% es viudo, 18.29% son solteros, 17.07% divorciados, 9.76% casados y 2.44% se encuentran en unión libre, de estos se desplego que el 63.41% vive solo, el 21.45% vive con uno o

más hijos, 9.76% vive con su conyugue, mientras que un 4.88% vive con madre, hermano, nietos u otros.

Con respecto al nivel de instrucción de cada adulto mayor entrevistado se encontró que el 53.63% tiene primaria completa, el 7.32% secundaria completa, mientras 36.59% tiene primaria incompleta y un 2.44% la secundaria incompleta.

Con referencia a los antecedentes familiares de cada entrevistado, predominó el tabaquismo con un 48.78%, seguido la HTA con un 31.71%, el sedentarismo con un 24.39%, obesidad con un 12.2%, la diabetes y el estrés con un 10.98%, y la dislipemia un 1.22%. Se destaca que un 52.44% presentaron padres fallecidos por enfermedades Cardiovasculares.

En relación a los antecedentes personales encontrados se destaca un predominio de la HTA con un 76.83%, seguido por el sedentarismo con un 32.93%, luego la presencia de dislipemias con 21.95%, un 19.51% presentó estrés, un 18.29% tabaquismo, un 14.63% presentó diabetes y un 8.54% manifestó tener obesidad.

En la actualidad solo el 8.54% trabaja, con relación a la ocupación anterior predominó la empleada domestica con un 43.90%, la modista con 4.88% y un 25.65% nunca trabajo.

Relacionado a la cobertura médica que presento cada entrevistado el 70.73% tiene cobertura publica mientras que el 29.27% tiene privada, y de estos se obtuvo que un 50% tiene el carné del AM y un 50% no; a su vez el 91.46% concurre a control con

medico general, el 54.88% se controla con cardiólogo, un 2.44% con geriatra y el 3.66% con otros especialistas. De los mismos el 95.12% se controla o se ha controlado la presión arterial, el 57.32% se ha realizado ECG, un 29.27% Ecocardiograma, 13.41% ha tenido Holter, un 56.1% se ha realizado exámenes de orina, un 80.74% exámenes de sangre, 3.66% se ha realizado ecografía de aparato urinario, un 37.8% se realizó RxTx, y un 9.76% se realizó doppler de vasos de cuello.

Como hábitos alimenticios se destacó que el 93.9% consume pollo, un 79.27% carnes rojas, un 70.73% pescado, un 21.95% consume cerdo y sus derivados. De los mismos podemos afirmar que un 47.56% consume comidas rápidas, un 26.83% consume comidas elaboradas y el 54.88% cumple con una dieta hiposodica.

Relacionado al índice de masa corporal se obtuvo que un 20.73% de la población presenta sobrepeso, 19.51% peso normal, 10.98% obesidad, 3.65% obesidad mórbida y 1.22 bajo peso.

Con referencia a las cifras de presión arterial al momento de la entrevista se destacó; un 84.15% de la población normotensa, 13.41% hipertenso grado 1, y 2.43% hipertenso grado 2, no se obtuvo usuarios hipotensos.

Con respecto a los síntomas repentinos en el adulto mayor se obtuvo la presencia de dificultad repentina para ver con un 50%, dificultad repentina para caminar o vértigos un 39.02%, dolores fuertes de cabeza repentinos un 21.95%, confusión repentina y

dificultad al hablar un 19,51%, somnolencia un 14.63%, visión doble un 9.75%, y otros(Hipoacusia)con un 3.65%.

Haciendo referencia a los síndromes geriátricos: el deterioro cognitivo evaluado con el Cuestionario portátil de Pfeiffer mostró un predominio de usuarios sin deterioro cognitivo con un 73.17%, el 20.73% presentó deterioro cognitivo leve, un 4.88% deterioro moderado y un 1.22% deterioro cognitivo severo.

Con respecto al riesgo de caídas se evaluó con el Test levántate y Anda, se obtuvo un predominio con el 74.39% de bajo riesgo, continuando con 20.73% riesgo intermedio, en su minoría el alto riesgo con 3.66%, el 1.22% de la población no se moviliza. Los antecedentes de caídas también fueron evaluados; el 67.07% de la población ha presentado mas de una caída, el 18.29% presentó una caída, el 14.63% no han presentado ninguna caída.

El nivel de dependencia y la realización de actividades de la vida diaria se evaluaron a través del Test de Barthel y la Escala de Lowton y Brody respectivamente. Del Test de Barhtel se obtuvo que 56.10% de la población es independiente, el 40.24% presenta dependencia leve, el 2.44% dependencia moderada, 1.22% dependencia total, no hay usuarios con dependencia grave.

Con respecto a la Escala de Lowton y Brody predominaron los usuarios muy activos con el 52.44%, continuando los usuarios activos con el 30.49%, seguido los usuarios poco activos con el 14.63%, en su minoría inactivos con 2.44%.

La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage mostró un 85.37% de la población normal, el 14.63% presenta depresión posible, no hay usuarios con depresión probable.

Haciendo referencia a la incontinencia urinaria se destaca un predominio de usuarios sin incontinencia urinaria con el 69.51%, el 30.49% presenta incontinencia.

Teniendo en cuenta la población mayor de 75 años se destaca: que un 69.40% viven solos, el 83.30% presentan enfermedades crónicas, el 84.70% ha presentado caídas en el último año, el 33.30% presenta deterioro cognitivo, el 26.40% dependencia leve, un 5.70% dependencia moderada y solo uno dependencia grave. El 23.60% de esta población son activos pero realizan actividades de la vida diaria de forma limitadas, el 22.20% realizan actividades de la vida diaria en un 50%, y solo uno es inactivo. El 8.33% presenta una depresión posible, y el 30.60% a presentado incontinencia urinaria en el último año.

Haciendo referencia a los AM que viven solos, se destaca que un 98% ha presentado caídas en el último año, el 96% son mayores de 75 años, el total de la población presenta enfermedades crónicas, y un 44.2% presenta algún grado de dependencia.

## DISCUSIÓN

De los datos obtenidos se desprenden múltiples factores presentes en los AM, que condicionan y en algunos casos determinan su calidad de vida.

Se encontró una diferencia importante en la distribución de los habitantes de los complejos según el sexo, donde del total de entrevistados un 8.54% son hombres y un 91,46% mujeres. Datos que reafirman las diferencias que existen entre hombres y mujeres en la esperanza de vida.

Con respecto al nivel de instrucción hay un predominio de adultos mayores que cursaron primaria completa (53.66%) e incompleta (36.59%), y una minoría que cursaron secundaria completa 7.2% e incompleta 2.44%. No encontrándose encuestados con nivel de instrucción terciario.

Al trabajar con ellos se debe tener en cuenta estos aspectos ya que a la hora de planificar cuidados de enfermería las características de los mismos inciden en la forma de abordaje.

Con respecto al rango edad se observa un predominio en los mayores de 75 años con un 87.8%, sumado a un 52.44% que son viudos y un 63,41% que viven solos, podemos afirmar que existe un alto riesgo para estos adultos mayores de fragilidad y vulnerabilidad. Este aspecto demuestra la importancia de que los mismos sean contemplados de forma continua, por profesionales de Enfermería capacitados, para la

detección inmediata de aquellos que son más vulnerables, para de esta forma intervenir y contribuir a disminuir posibles complicaciones.

Con respecto al estilo de vida nos encontramos con una población que presenta en alto porcentaje hábitos no saludables; destacándose un 32,93% de la población que es sedentaria, un 47,56% que consume comidas rápidas y un 26,83% comidas elaboradas.

Se agrega también que a pesar de estar en funcionamiento el PRONAM solo un 50% de los AM entrevistados presenta el carnet del Adulto Mayor y solo un 2,44% consulta con geriatra.

Esta situación demuestra la necesidad de una valoración por un profesional de enfermería quien pueda establecer los motivos del déficit y trabajar para corregir dichos hábitos.

El presente estudio nos permitió conocer que un alto porcentaje de AM no son autovalidos; del Test de Barhtel se obtuvo que el 40.24% presenta dependencia leve, y el 2.44% dependencia moderada, el 30.49% son usuarios activos (con limitación en el 50% de las actividades de la vida diaria), usuarios poco activos con el 14.63%, e inactivos con 2.44%. Se encontraron usuarios que presentan distintos grado de dependencia, evidenciando la demanda de la presencia de quien pueda, según las necesidades individuales, asistirlos de forma integral, tanto directamente realizando asistencia, o de forma indirecta realizando educación a la familia y/o coordinando con otros profesionales. Características propias del Licenciado en Enfermería



El Cuestionario portátil de Pfeiffer mostró un 20.73% con deterioro cognitivo leve, y un 4.88% con deterioro moderado. Con respecto al riesgo de caídas se obtuvo con 20.73% riesgo intermedio y con 3.66% alto riesgo, el 1.22% de la población no se moviliza. A su vez se desprende que el 67.07% de la población ha presentado más de una caída. La escala de depresión geriátrica de Yesavage mostró un 14.63% con depresión posible. Haciendo referencia a la incontinencia urinaria se destaca que el 30.49% de la población presenta algún tipo de incontinencia urinaria.

Situación que condiciona directamente la calidad de vida del AM, y conlleva a riesgos de complicaciones de salud, aislamiento social, aspectos que pueden ser prevenidos y/o modificados por el Licenciado en Enfermería a través de la educación y la incorporación de conductas de autocuidado,

Sumado a la presencia de síndromes geriátricos, existe un gran número de AM que padecen patologías crónicas; un 76,83% presenta hipertensión arterial, un 35,33% sobre peso u obesidad, un 21,95% dislipemias y un 14,63% diabetes.

Se debe considerar a la población mayor de 75 años como una población frágil y vulnerable frente a diversos factores que condicionan su calidad de vida como ser caídas, deterioro cognitivo, presencia de enfermedades crónicas, quedando evidenciado que estos factores se ven potenciados cuando los AM viven solos.

Estos déficit mirados desde la perspectiva de Dorothea Orem, pueden ser corregidos y modificados por el Licenciado en Enfermería, al cual plantea como el encargado de

actuar según las necesidades de los individuos, compensando déficit, suplirlos en caso de invalidez, brindando educación y apoyo, para de esta forma disminuir factores de riesgo fomentando conductas de autocuidado, y mejorar así la calidad de vida los AM.

### **CONCLUSION**

El presente trabajo de investigación nos permitió describir la situación sociodemográfica y epidemiología en la que viven los adultos mayores de los complejos de BPS asignados.

Queda evidenciado que nos encontramos frente a una población envejecida, con la presencia de múltiples factores de riesgo de fragilidad, que padecen en un alto porcentaje enfermedades crónicas, síndromes geriátricos y que además presentan un estilo de vida no saludable evidenciado por el sedentarismo e inadecuados hábitos alimenticios.

Podemos decir que la presencia de síndromes geriátricos y el déficit de autocuidado está presente mayormente en AM frágiles y que viven solos, siendo estos los mayores de 75 años.

Además se identificó la necesidad de la presencia del Licenciado en enfermería en los complejos habitacionales de BPS, quien por su capacitación y rol aplica de forma oportuna y eficaz el proceso de atención de enfermería, con el fin de disminuir los riesgos y generar conductas de autocuidado en el adulto mayor que mejoren su calidad de vida.

Si bien para la adjudicación de viviendas uno de los requisitos es que sean autovalidos, se encontró que un 43.9% de los AM que habitan los complejos presentan algún grado de dependencia o limitación para la realización de actividades básicas de la vida diaria. Y como síndrome geriátrico predominante con un 83.37% se destaca la presencia de caídas.

Con respecto a los factores de riesgo predominantes podemos afirmar un alto riesgo de complicaciones cardiovasculares en los habitantes de los complejos, ya que la mayoría presenta como antecedente familiar la muerte de alguno de sus padres por enfermedades cardiovasculares, sumado a la presencia de hipertensión y sedentarismo.

A pesar de estar en funcionamiento el PRONAM se observó que un 50% de los AM entrevistados presenta el carnet del Adulto Mayor y solo un 2,44% consulta con geriatra.

Como profesionales de la salud pudimos realizar actividades fundamentales de nuestro rol como son la investigación y la educación.

El relacionamiento con la población en estudio fue aceptable con una buena disponibilidad y aceptación a la convocatoria y a la realización de las encuestas.

## **SUGERENCIAS**

Primeramente destacamos lo provechoso de trabajar con AM quienes requieren apoyo, contención y cuidados debido a sus características.

Se propone la incorporación de un equipo interdisciplinario integrados por Licenciado en enfermería, psicólogo, asistente social, nutricionista, medico geriatra, que trabaje junto a los AM, identificando sus necesidades y problemas, abordándolos de forma integral a través de la promoción de hábitos saludables, disminución de factores de riesgo, fomentando conductas de autocuidado. Estimulando la realización de actividades recreativas que los incentiven a salir de sus hogares, favoreciendo su relacionamiento social y evitando así la exclusión de los mismos.

Se cree conveniente el trabajo en conjunto con el BPS y el MIDES, cuya misión es la articulación, seguimiento, supervisión y evaluación de los programas y proyectos, así de esta manera poder evaluar cómo se ejecuta el PRONAM en esta población. Se sugiere la incorporación de un equipo interdisciplinario que realicen visitas domiciliarias para lograr un seguimiento adecuado de la misma.

Se propone la presencia de Licenciados en Enfermería en dichos complejos, quien por su formación está capacitado para asistir directamente en caso de que sea necesario, realizar educación a los AM y su familia, coordinar con otros efectores de salud y realizar investigación para ajustarse a la realidad de cada complejo.

Se sugiere la realización de actividades y talleres educativos que aborden problemáticas frecuentes, estimulando su participación e integración en actividades sociales enfocadas a mejorar su calidad de vida

Desde el rol del Licenciado en Enfermería los datos obtenidos podrán ser utilizados con el fin de identificar las necesidades de salud de este colectivo y poder elaborar un plan de acción para dicha población.

## BIBLIOGRAFIA

- Alfaro R. Aplicación de Proceso de Atención de Enfermería. Guía Paso a Paso, Barcelona: Springer; 1999.
- Canales F H. Metodología de la investigación. 2ª ed. Washington: OPS; 1994.
- Diccionario de medicina Océano Mosby. 4 ed. Barcelona: Océano; 1996.
- Diccionario enciclopédico Larousse. 3ª ed. Bogotá: Larousse – Bordas; 1997.
- Marriner-Tomey A, Raile M. Modelos y teorías de enfermería. 4ta ed. Madrid: Mosby-Doyma; 2000.
- Ministerio de Salud Pública. Dirección General de la Salud. Programa Nacional Adulto Mayor. Montevideo: MSP; 2010.
- Savio I, Clavijo E, Lucero R, Presa D, Riverón M, Rohrer C, Regina R, Quierolo C. Protocolos para el manejo en el Primer Nivel de Atención de los Principales Síndromes Geriátricos. Montevideo: MSP. DIGESA. PRONAM; 2007.
- Savio I, Lucero R, Fierro A, Levi S, Atchugarry M, Casali G, Rolando D. Manual de Geriatria y Psicogeriatría. Tomo I. 2004.

Páginas web consultadas:

- Concepto de Enfermería del Plan de Estudios 1993, Facultad de Enfermería, Universidad de la República. Disponible en: <http://www.fenf.edu.uy/enfermeria/Gestion/Bedelia/plan93.htm> Fecha de consulta: 4/6/2011.
- Definición de conceptos. Real Academia Española disponible en: <http://www.rae.es/rae.htm> 2/11/11 hora 10:30am.
- Definición de enfermería comunitaria. Curso Salud Individual y Colectiva-FENF. UDELAR. Disponible en: [http://es.scribd.com/doc/58484985/ENFERMERIA-COMUNITARIA-2011-3/02/12\\_12:15pm](http://es.scribd.com/doc/58484985/ENFERMERIA-COMUNITARIA-2011-3/02/12_12:15pm)
- Ley de protección del adulto mayor. Disponible en: <http://archivo.presidencia.gub.uy/ley/2004081703.htm>
- Requisitos para la adjudicación de viviendas para adultos mayores, Banco de Previsión Social. Disponible en: [www.bps.gub.uy](http://www.bps.gub.uy).

# **ANEXOS**





## ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO

### DATOS DEL ENTREVISTADO

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

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

### Antecedentes Familiares

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

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

### Antecedentes Personales

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



## ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO

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

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

### FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES

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

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

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

### CONTROL MÉDICO

	Si	No	6 meses	2 años
Tiene carnet de salud vigente				
			Preventivo	Rutina



## ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO

Exámenes	Control P/A (1)	BCG (2)	ECOCAR (3)	HOLTER (4)	Crisis (5)	ECD, Ap. Ultrasonio (6)	Doppler de vasos de oído (7)	Sangre (8)	IL. TX. (9)	Alterado (reg. nº)
Si										
No										

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

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

### EXÁMEN FÍSICO

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

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

## Anexo N°2: Cuestionario portátil de PFEIFFER

Pregunta a realizar		
¿Qué fecha es hoy? (día, mes y año)	0	1
¿Qué día de la semana es hoy?	0	1
¿Dónde estamos ahora? (lugar o edificio)	0	1
¿Cuál es su número de teléfono? (o su dirección si no tiene teléfono)	0	1
¿Qué edad tiene?	0	1
¿Cuándo nació? (día, mes y año)	0	1
¿Cómo se llama el Presidente del Gobierno?	0	1
¿Cómo se llamaba el anterior Presidente del Gobierno?	0	1
¿Cuál es el primer apellido de su madre?	0	1
Reste de tres en tres desde veinte	0	1

### Test de levántate y anda (TIMED UP GO TEST)

Equipo: sillón, cinta métrica, cinta adhesiva, cronómetro.

Se solicita al individuo que desde una posición sentado en una silla, sin apoyarse se levante y a paso normal camine tres metros en línea recta (puede ayudarse de bastón y andador si los utiliza habitualmente), luego de llegar a los tres metros debe girar, volver a la silla y sentarse. Se mide el tiempo transcurrido durante la prueba en segundos

Tiempo de la prueba:

Nunca se ha caído

Se ha caído una sola vez

Se ha caído más de una vez

### Test de BARTHEL

#### Actividades básicas de la vida diaria

Parámetro	Situación del paciente
Comer	- Totalmente independiente
	- Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc.
	- Dependiente (alimentado por otra persona)
Lavarse	- Independiente: entra y sale solo del baño
	- Dependiente (necesita ayuda o supervisión)
Vestirse	
	- Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la

**Actividades básicas de la vida diaria**

<b>Parámetro</b>	<b>Situación del paciente</b>
	ropa, abotonarse, atarse los zapatos
	- Necesita ayuda
	- Dependiente
Arreglarse	- Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.
	- Dependiente
Deposiciones (valórese la semana previa)	- Continencia normal
	- Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas
	- Incontinencia
Micción (valórese la	

**Actividades básicas de la vida diaria**

<b>Parámetro</b>	<b>Situación del paciente</b>
semana previa)	- Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta
	- Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda
	- Incontinencia
Usar el retrete	- Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa...
	- Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo
	- Dependiente
Trasladarse	- Independiente para ir del sillón a la cama
	- Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo
	- Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse



**Actividades básicas de la vida diaria**

<b>Parámetro</b>	<b>Situación del paciente</b>
	sentado solo
	- Dependiente
Deambular	
	- Independiente, camina solo 50 metros
	- Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros
	- Independiente en silla de ruedas sin ayuda
	- Dependiente
Escalones	
	- Independiente para bajar y subir escaleras
	- Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo
	- Dependiente
TOTAL	

Escala de Lowton y Brody

<b>ASPECTO A EVALUAR</b>	<b>Puntuación</b>
<b>Puntuación total:</b>	
<b>CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO:</b>	
- Utiliza el teléfono por iniciativa propia	1
- Es capaz de marcar bien algunos números familiares	1
- Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar	1
- No es capaz de usar el teléfono	0
<b>HACER COMPRAS:</b>	
- Realiza todas las compras necesarias independientemente	1
- Realiza independientemente pequeñas compras	0
- Necesita ir acompañado para hacer cualquier compra	0
- Totalmente incapaz de comprar	0
<b>PREPARACIÓN DE LA COMIDA:</b>	
- Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente	1

<b>ASPECTO A EVALUAR</b>	<b>Puntuación</b>
- 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
<b>CUIDADO DE LA CASA:</b>	
- Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados)	1
- Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas	1
- Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza	1
- Necesita ayuda en todas las labores de la casa	1
- No participa en ninguna labor de la casa	0
<b>LAVADO DE LA ROPA:</b>	
- Lava por sí solo toda su ropa	1
- Lava por sí solo pequeñas prendas	1

<b>ASPECTO A EVALUAR</b>	<b>Puntuación</b>
- Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro	0
<b>USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE:</b>	
- Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche	1
- Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1
- Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona	1
- Sólo utiliza el taxi o el automóvil con ayuda de otros	0
- No viaja	0
<b>RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACIÓN:</b>	
- Es capaz de tomar su medicación a la hora y con la dosis correcta	1
- Toma su medicación si la dosis le es preparada previamente	0
- No es capaz de administrarse su medicación	0
<b>MANEJO DE SUS ASUNTOS ECONÓMICOS:</b>	
- Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo	1

<b>ASPECTO A EVALUAR</b>	<b>Puntuación</b>
- Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, bancos...	1
- Incapaz de manejar dinero	0

### Escala de depresión geriátrica de Yesavage

Se debe considerar la última semana; si la respuesta del individuo coincide con la del cuestionario se debe anotar un punto

Pregunta a realizar
¿Está básicamente satisfecho con su vida?
¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?
¿Siente que su vida está vacía?
¿Se encuentra a menudo aburrido?
¿Está de buen talante la mayor parte del tiempo?
¿Se siente feliz muchas veces?
¿Tiene miedo que suceda algo malo?
¿Se siente a menudo sin esperanza?
¿Prefiere quedarse en casa que acaso salir y hacer cosas nuevas?
¿Encuentra que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?
¿Piensa que no vale para nada tal como está ahora?

¿Piensa que es maravilloso vivir?

¿Se siente lleno de energía?

¿Siente que su situación es desesperada?

¿Cree que mucha gente está mejor que usted?

## **Incontinencia urinaria**

**¿Ha tenido pérdidas insensibles de orina?**

**Le ha durado la incontinencia más de 4 semanas**

**Le ha durado menos de 4 semanas**

**Presenta menos de un episodio semanal**

**Presenta más de un episodio semanal y menos de uno por día**

**Más de un episodio diario**

**Utiliza menos de 3 compresas por día**

**Utiliza de 4 a 6 compresas por día**

**Utiliza más de 7 compresas por día**



## **Anexo 2**

Fecha: \_\_/\_\_/\_\_

### **Consentimiento Informado**

Los abajo firmantes, estudiantes de la carrera Licenciatura en Enfermería, nos encontramos realizando nuestro trabajo final de investigación, el cual tiene como objetivo describir la situación socio demográfica y epidemiológica en que se encuentran los adultos mayores que habitan el complejo de BPS en el mes de febrero de 2012. Para llevar a cabo el mismo solicitamos su autorización para la realización de una entrevista de forma anónima y voluntaria para poder utilizar los datos obtenidos.

Da Rosa, Marcos

Ferreira, Patricia

Goncalvez, Fabrizzio

Ramos, Ma. Lucia

Rodríguez, Mario

Autorizo que mis datos sean publicados en el trabajo de investigación antes mencionado.

Firma: \_\_\_\_\_

Aclaración: \_\_\_\_\_

Apartamento: \_\_\_\_\_

Entrevistador/ra: \_\_\_\_\_

Se niega a la entrevista:

### **Anexo 3**

Montevideo, \_\_/\_\_/\_\_

#### **Consejo vecinal**

A través de la misma, quienes suscriben estudiantes de la carrera Licenciatura en Enfermería, Informamos y solicitamos autorización para realizar un estudio de situación socio demográfico y epidemiológico en vuestro complejo de viviendas.

Desde ya saludan atte.

Da Rosa, Marcos

Ferreira, Patricia

Goncalvez, Fabrizio

Ramos, Ma. Lucia

Rodríguez, Mario

## Anexo 4

### Ley 17.796 - Adultos Mayores. Promoción Integral.

#### PODER LEGISLATIVO

El Senado y la Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay, reunidos en Asamblea General,

#### DECRETAN

##### ART. 1°.-

La presente ley tiene como objetivo la promoción integral de los adultos mayores, entendiéndose por tales todas las personas que en el momento de alcanzar la edad de sesenta y cinco años tengan residencia permanente, fehacientemente demostrable, en el país, independientemente de su nacionalidad o ciudadanía.

##### ART. 2°.-

Declárase que son derechos del adulto mayor:

- A) La integración activa en la familia y en la comunidad y el goce de un trato digno y sin ninguna clase de discriminaciones, en todos los órdenes de su vida.
- B) Alcanzar una vejez digna en la que prevalezcan el bienestar físico, psíquico y socioeconómico.
- C) Contar con asistencia médica y sanitaria integral y coordinada, incluida la odontológica.
- D) Tener acceso a la educación, a una vivienda adecuada, así como a alimentación y abrigo suficientes.
- E) Tener acceso al esparcimiento, al transporte y a las comunicaciones en todo el territorio nacional.
- F) Tener la seguridad de su integridad psicofísica e intelectual en un marco de justicia y equidad.

##### ART. 3°.-

El Poder Ejecutivo y el Ministerio de Salud Pública, de acuerdo a las potestades que les confiere el [artículo 1° de la Ley N° 17.066](#), de 24 de diciembre de 1998, en materia de ancianidad, deberán estructurar un Plan Nacional que encare orgánicamente las necesidades del adulto mayor en todos los planos de la vida individual y colectiva, en particular en los aspectos que en el artículo precedente se consagran como sus derechos.

La Dirección General de la Salud de dicho Ministerio coordinará los trabajos tendientes a estructurar el mencionado plan, con un plazo no mayor de un año a partir de la publicación del decreto reglamentario de la presente ley.

##### ART. 4°.-

Sin perjuicio de lo establecido en el artículo precedente, el Poder Ejecutivo constituirá un grupo de trabajo de apoyo a la mencionada Dirección General, en el que además del Ministerio de Salud Pública deberán tener representación el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y los organismos del Estado que tengan injerencia en cualesquiera de los aspectos que se contemplan en el artículo 2° de la presente ley.

Podrán integrar además dicho grupo entidades privadas, organizaciones no gubernamentales y cualquier otro tipo de instituciones cuyos cometidos estén orientados a fines compatibles con los objetivos de la presente ley, de la manera y en las condiciones que establezca la reglamentación.

##### ART. 5°.-

Además de cualesquiera otros elementos que puedan ser agregados como materia de regulación para la promoción integral del adulto mayor por el cuerpo encargado de estructurar el Plan Nacional objeto de la presente ley, serán tomados en cuenta, necesariamente, los siguientes que

deberán ser contemplados en el cuerpo final del plan a elaborarse:

A) Salud:

i) Garantizando al adulto mayor acceso a atención integral de su salud, en su prevención, en su asistencia y en eventuales procesos posteriores de rehabilitación, tanto en la esfera pública como en la privada. En esta materia, deberá seguirse el modelo de "cuidados progresivos" privilegiando la atención con base comunitaria, creando alternativas a la hospitalización y generando, además, condiciones que permitan que, cuando fuere posible, la atención se lleve a cabo en el ámbito familiar.

ii) Garantizando al adulto mayor que tanto el sistema de salud público como el privado dispondrán en todo momento de medicación básica para uso gerontológico, al costo más bajo posible, procurando liberarla de todo gravamen fiscal.

iii) Asegurando, mediante un sistema de contralor adecuado, condiciones decorosas en los establecimientos de atención o residencia del adulto mayor (Ley N° 17.066, de 24 de diciembre de 1998)

iv) Creando programas que beneficien al adulto mayor de menores recursos, dándole acceso a una alimentación de buena calidad.

v) Estableciendo condiciones de formación profesional y capacitación para investigadores y médicos especializados en temas relacionados con el envejecimiento, a fin de contar con condiciones de vida sanitariamente adecuadas para el adulto mayor.

vi) Promoviendo la incorporación en los programas de educación para la salud componentes relativos a la adopción de estilos apropiados de vida encaminados a lograr una vejez saludable.

B) Integración social y condiciones de vida:

i) Estimulando la participación activa del adulto mayor en actividades de recreación, educación y vocacionales, mediante la aplicación de descuentos en el acceso a las mismas y en el costo de transporte colectivo, y eliminando además, barreras arquitectónicas o edilicias. Asimismo, en el caso de impedimentos para su desplazamiento, proporcionándole franquicias para la adquisición de ayudas funcionales.

ii) Facilitando al adulto mayor acceso al sistema educativo existente como medio de mantener su inserción social en la comunidad, al tiempo de satisfacer sus requerimientos vocacionales y permitirle la actualización y enriquecimiento de su acervo cultural individual.

iii) Proporcionando al adulto mayor oportunidades de transmitir a los jóvenes la experiencia adquirida en el campo laboral durante su vida activa, tanto en el ámbito de la educación técnica pública y privada como en el empresarial, por acuerdos con los gremios de cada sector.

iv) Introduciendo en la política habitacional normas que garanticen al adulto mayor el acceso a una vivienda decorosa y digna, a costo reducido, y en ambientes agradables y seguros.

v) Estimulando la creación de instituciones que agrupen al adulto mayor, a fin de mantener en esa etapa de la vida niveles de integración social y actividad que le permitan gozarla plenamente.

vi) Promoviendo la introducción en los planes educativos de las tres ramas de la enseñanza pública y privada el tema del adulto mayor y su valoración y respeto en la sociedad y la familia.

C) Asesoramiento y protección legal: Creando condiciones que garanticen la protección legal de: adulto mayor, particularmente cuando ha sido víctima de discriminación o violencia.

D) Seguridad social:

i) Implementando los planes necesarios para que todos los adultos mayores tengan acceso al sistema previsional nacional, lo cual les garantizará el respaldo económico que les permita satisfacer sus necesidades de manera digna.

ii) Reglamentando procedimientos de retiro gradual y progresivo de la actividad laboral. A tal fin,

deberán incorporarse formas parciales de trabajo que puedan desarrollarse en actividades similares o diferentes a las originalmente desempeñadas por el trabajador.

**ART. 6°.-**

El Poder Ejecutivo reglamentará la presente ley dentro de los ciento ochenta días de su publicación.

Sala de Sesiones de la Cámara de Representantes, en Montevideo, a 14 de julio de 2004. JOSE AMORIN BATLLE, Presidente; HORACIO D. CATALURDA, Secretario.

**MINISTERIO DE EDUCACION Y PUBLICA CULTURA**  
**MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL**

Montevideo, 9 de agosto de 2004