



Universidad de la República
Facultad de Enfermería
Cátedra de Adulto y Anciano



SITUACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA Y EPIDEMIOLOGICA DE LA VEJEZ EN EL URUGUAY

AUTORES:

Br. Garrido, Jorge
Br. Gonçalves, M^a Isabel
Br. Ocampo, Paula
Br. Rivero, Nicolás
Br. Trujillo, Analía

TUTOR:

Prof. Adj. Lic. Virginia Aquino

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

Montevideo, 2013

INDICE

Agradecimientos.....	Pág.2
Resumen.....	Pág. 3
Introducción.....	Pág. 5
Planteamiento del Problema.....	Pág. 8
Objetivos de la Investigación.....	Pág. 9
Marco Teórico.....	Pág. 10
Metodología.....	Pág. 14
Presentación de Resultados.....	Pág. 16
Análisis.....	Pág. 38
Conclusiones.....	Pág. 46
Bibliografía.....	Pág. 48
Anexos.....	Pág. 51

AGRADECIMIENTOS

El objetivo con el que se realizó esta investigación fue estudiar la situación
A la tutora de esta investigación Prof. Adj. Licenciada Enfermería Virginia
Aquino por el apoyo brindado en el transcurso de la investigación.

A los residentes de éstos complejos que nos recibieron amablemente, y
participaron de forma voluntaria haciendo posible la realización de la misma.

A nuestras familias y amigos, y a todas las personas que directa o
indirectamente han hecho posible la realización de este trabajo.

RESUMEN

El objetivo con el que se realizó esta Investigación fue estudiar la situación socio demográfica y epidemiológica de la población adulta mayor que reside en complejos Habitacionales del Banco de Previsión Social , ubicados en la ciudad de Montevideo; en el periodo comprendido noviembre- diciembre de 2012.

Se realizó un estudio descriptivo transversal no probabilístico intencional a través de entrevistas estructuradas, aplicando como instrumento el formulario de estudio epidemiológico de salud brindado por la cátedra de Adulto y Anciano de la Facultad de Enfermería; dicho instrumento se aplicó a un total de 112 adultos mayores de 65 años que se encuentran dentro de los criterios de inclusión.

Concluimos que los datos obtenidos sirvieron para tener una visión general de la situación sociodemográfica y epidemiológica de los adultos mayores en el Uruguay, y guardan relación con las estadísticas a nivel regional.

Como licenciadas de enfermería nos interesa esta temática ya que podemos aplicar las funciones de docencia, asistencia e investigación en un primer nivel de atención fomentando la prevención y promoción en salud. La intensión con estas conductas es que en un futuro el incremento de la población adulta mayor pueda llegar a tener una mejor calidad de vida que la actual y que cause menos costos a nivel de salud, beneficiando con esto al equipo de salud y al resto de la población.

PALABRAS CLAVES: Investigación, Situación Socio Demográfico Y Epidemiológico, Adulto Mayor, Enfermería, Primer Nivel De Atención, Promoción En Salud Y Prevención En Salud.

Tratamiento de la enfermedad crónica en la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República como requisito previo para la obtención del título de Licenciado en Enfermería.

El mismo fue realizado por un grupo de cinco estudiantes de la carrera antes mencionada, abarcando el periodo de tiempo comprendido entre noviembre-diciembre de 2012.

El problema que se investigó fue determinar la situación sociodemográfica y epidemiológica de la vejez en el Uruguay. Partiendo de la base de que la mayoría de las poblaciones del mundo están sufriendo el fenómeno irreversible del envejecimiento, entre los países de Latinoamérica el más afectado es Uruguay. Esto es consecuencia del fenómeno conocido como transición demográfica, o sea, disminución de la tasa de fecundidad, aumento de la esperanza de vida y la emigración de la población joven.

Según datos del censo 2011 en Uruguay el 18% de la población corresponde a adultos mayores de 65 años y de ese porcentaje el 14.1% representa a los adultos mayores de 75 años. Estas cifras cobran importancia ya que el grupo que vive sus vejez es el de los adultos mayores de 75 años que representan el envejecimiento del envejecimiento, que son las personas que

INTRODUCCION

Este trabajo corresponde a la última instancia curricular de la carrera Licenciatura en Enfermería dictada en la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República como requisito previo para la obtención del título de Licenciado en Enfermería.

El mismo fue realizado por un grupo de cinco estudiantes de la carrera antes mencionada, abarcando el período de tiempo comprendido entre noviembre-diciembre de 2012.

El problema que se investigo fue determinar la situación sociodemográfica y epidemiológica de la vejez en el Uruguay. Partiendo de la base de que la mayoría de las poblaciones del mundo están sufriendo el fenómeno irreversible del envejecimiento, entre los países de Latinoamérica, el más afectado es Uruguay. Esto es consecuencia del fenómeno conocido como transición demográfica, o sea, disminución de la tasa de fecundidad, aumento de la esperanza de vida y la emigración de la población joven.

Según datos del censo 2011 en Uruguay el 19% de la población corresponde a adultos mayores de 60 años y de ese porcentaje el 14.1% representa a los adultos mayores de 65 años. Estas cifras cobran importancia ya que el grupo que crece más aceleradamente es el de los adultos mayores de 75 años que representan el envejecimiento del envejecimiento, que son las personas que

necesitan mayores demandas de cuidados y mayor probabilidad de pérdida de la autonomía.

Según datos extraídos del Programa del Adulto Mayor del MSP, "para el 2025, las proyecciones prevén que esta población alcance el 20% y que los mayores de 75 años constituirán el 40% del grupo etario."

Los mayores de 80 años ya constituyen el 3.8% de esta población (censo 2011), son personas autos válidos y socialmente integrados, el 90% reside en medios urbanos, en cuanto al nivel de educación el 60% posee primaria completa y el 28% secundaria completa, el 80% posee ingresos económicos en base a pensiones o jubilaciones que no alcanzan a cubrir sus necesidades básicas, el 20% vive solo sin quien los cuide y proteja. En cuanto a la epidemiología las principales causas de muerte son las enfermedades no trasmisibles prevalentes, que son las mismas que causan discapacidad y pérdida de autonomía, el 30% padece tres o más enfermedades crónicas y con ello aumenta el riesgo de padecer polifarmacia, el 83% son sedentarios y más del 50% tiene algún grado de sobrepeso u obesidad, el 10% presenta trastornos depresivos cifra que aumenta en adultos mayores institucionalizados o internados, entre el 20 y el 30% poseen algún tipo de discapacidad que le impide realizar alguna actividad básica de la vida diaria, como comer, bañarse, etc.

La mayoría de estos ancianos viven solos, sabemos que sus ingresos no superan los \$7300, pueden o no presentar algún tipo de discapacidad que impida realizar las actividades básicas de la vida diaria, si no tiene quien los cuide, son vulnerables, no sabemos si tienen acceso a los servicios de salud. Estas características nos dan una visión general de la situación que rodea a los adultos mayores de estos complejos y nos llevan a especular que sucede lo mismo con los adultos mayores del BPS en el interior de nuestro país.

Existen centros de salud, el programa del adulto mayor, leyes que los amparan Ley N° 17.796 y Ley N° 18.617, distintas organizaciones ya mencionadas, pero nada de esto garantiza una vejez digna y esta población sigue creciendo aceleradamente, sin que las autoridades tenga conciencia de lo que ello implica.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores socio-demográficos y epidemiológicos de la población Adulta Mayor que reside en Montevideo, en complejos habitacionales del BPS ubicados en los barrios de Sayago y Prado Norte, en el periodo comprendido entre noviembre-diciembre de 2012?

Objetivos Específicos

- Caracterizar a los adultos mayores que residen en los complejos habitacionales del BPS en base a variables socio-demográficas.
- Conocer el porcentaje de adultos mayores que presentan patologías crónicas, se controlan y toman medicación.
- Determinar el porcentaje de adultos mayores con deterioro cognitivo y dependencia según las escalas de Pfeiffer y Lawton y Brody.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

Objetivo General

- Determinar los factores socio-demográfica y epidemiológicos en una población Adulta Mayor que residen en Montevideo, en complejos habitacionales del BPS, en el periodo comprendido entre noviembre-diciembre del 2012.

Objetivos Específicos

- Caracterizar a los adultos mayores que residen en los complejos habitacionales del BPS en base a variables sociodemográficas.
- Conocer el porcentaje de adultos mayores que presentan patologías crónicas, se controlan y toman medicación.
- Determinar el porcentaje de adultos mayores con deterioro cognitivo y dependiente según las escalas de Pfeiffer y Lawton y Brody.

MARCO TEORICO

Para comenzar se hará mención al concepto salud-enfermedad, el cual por definición es un proceso que constituye un producto social que se distribuye en las sociedades según el momento histórico y 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.

Las visitas domiciliarias de enfermería son el encuentro del enfermero con el usuario y su familia, en el lugar de residencia, siendo una de las acciones primarias para llevar a cabo la atención integral a la salud.

Virginia Henderson define a la enfermería en términos funcionales como: " La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o una muerte tranquila, que éste realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible". Para ella existen 14 necesidades básicas, como son respirar, comer, eliminar desechos orgánicos,

movilizarse, descansar, vestirse, mantener temperatura del cuerpo adecuada, higiene, comunicación, trabajar, estudiar, recrearse, etc.; que están satisfechas cuando la persona por si sola puede satisfacerla de manera independiente, pero cuando no se cumple una o falla alguna necesidad la persona se vuelve dependiente y la enfermera es quien debe satisfacer dicha necesidad.

La escala de Pfeiffer es un test de screening de deterioro cognitivo. Explora la memoria a corto plazo, orientación, información sobre hechos cotidianos, y la capacidad de cálculo. Se trata de un cuestionario heteroaplicado (el profesional realiza la pregunta y anota la respuesta) de 10 ítems, sobre cuestiones muy generales y personales.

La escala de Lawton y Brody mide la capacidad de los ancianos para medir su autonomía física, las actividades de la vida diaria y detecta las primeras señales de deterioro del anciano.

Se puede definir al Adulto Mayor de acuerdo a la OMS (1979) a los adultos mayores de más de 60 años para los que viven en los países en vías de desarrollo. En 1994 la OPS ajustó la edad de 65 años para considerarlo adulto mayor.

El envejecimiento es un fenómeno universal. Es un proceso natural, dinámico, progresivo e irreversible que forman parte del ciclo natural de la vida y en el que intervienen diversos factores biológicos, psicológicos y sociales. Existen diferentes investigaciones acerca de las teorías del envejecimiento, una de

ellas habla de las teorías implícitas del cambio a lo largo de todo el ciclo vital en donde hace referencia a los atributos que cambian y a los cuales permanecen estables con el paso del tiempo. A los cuales dependiendo de la cultura y otros factores, hace referencia a que crea una normativa de que debemos esperar de ese patrón evolutivo, que suponemos que es el típico o normativo, y del cual nos indica cuales son las pérdidas normales que hemos de esperar que se produzcan en el transcurso vital de nuestras vidas, y por lo tanto ayudándonos a que su repercusión negativa sea anticipada de alguna manera, y no de forma inesperada.

Por población se entiende un conjunto de individuos, ligado por vínculos de reproducción e identificado por características territoriales, políticas, jurídicas, étnicas o religiosas

La epidemiología es una disciplina científica que estudia los determinantes sociales y los factores asociados de riesgo, con el objetivo de poder prevenirlos o controlarlos una vez producidos. Para su estudio se debe tener en cuenta ciertos patrones de enfermedad como el tiempo y frecuencia en el que surge, lugar donde se han dado los casos de enfermedad, y la población más propensa a padecerla.

La demografía es el estudio de la población humana en su cantidad, estructura, dinámica, distribución geográfica, considerados desde un punto de vista cuantitativo, o sea, estudia estadísticamente la estructura y la dinámica de la población .

Existen dos tipos de demografía, estática y dinámica, que se interrelacionan entre sí, con un mismo objetivo que es la población.

La demografía estática estudia la población humana en un momento determinado, desde un punto de vista de dimensión, territorio, estructura y características estructurales. La dimensión es el número de personas que residen en un territorio geográfico delimitado. El territorio es el lugar de residencia de las personas que puede globalizarse o desagregarse. La estructura de una población es la clasificación de sus habitantes según variables de persona, como edad, sexo, nacionalidad, etc.

Por otra parte la demografía dinámica estudia la población humana desde el punto de vista de la evolución en el transcurso del tiempo y los mecanismos por los que se modifica la dimensión, estructura y distribución geográfica de las poblaciones.

Luego de haberse definido algunos conceptos básicos y fundamentales para el entendimiento de la investigación, es importante también mencionar determinada información de interés con respecto a la situación de los adultos mayores que tienen como particularidad residir en los complejos habitacionales de BPS. Para el acceso a los mismos se debe reunir ciertos requisitos como vivir en Uruguay, cobrar jubilación o pensión por el BPS, no poseer títulos a su nombre de ningún inmueble, poseer ingresos que no superen los 12 UR, deben ser personas auto validas, entre otras.

Enfermería, realizado por la C **METODOLOGÍA** que permitió recoger datos demográficos y epidemiológicos de nuestros participantes.

Esta investigación corresponde a un estudio cuantitativo descriptivo y según el periodo y secuencia del estudio, es de corte transversal.

Se realizó en la ciudad de Montevideo, en los complejos Habitacionales del Banco de Previsión Social, respectivamente, en el periodo comprendido entre noviembre- diciembre de 2012.

El universo lo conformaron los adultos mayores de 65 años, de ambos sexos que residen en dichos complejos. La muestra fue no probabilística intencional mediada por el consentimiento informado de los residentes a quienes se les aplicó el instrumento, y estuvo conformada por 112 participantes que cumplían con los criterios de inclusión.

Los criterios de inclusión consideraron a los adultos mayores de 65 años de ambos sexos, que residen en los complejos habitacionales del BPS ya mencionados y que accedieron de forma voluntaria a participar de esta investigación. Los criterios de exclusión fueron las personas menores de 65 años, personas que no se encontraban en su domicilio en el momento de la entrevista, y personas que no estaban interesadas de participar de esta investigación.

El instrumento empleado fue el formulario de Estudio Epidemiológico de Salud del Adulto y Anciano, de la Universidad de la Republica –Facultad de

UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
TRABAJO DE INVESTIGACION FINAL

Enfermería, brindado por la Cátedra de Adulto y Anciano, que permitio recoger datos demográficos y epidemiológicos de nuestros participantes.

Tabla N° 1: Distribución de la población, según la Procedencia, de los adultos mayores de 65 años que residen en complejos habitacionales del OPS, periodo noviembre- diciembre 2012.

Procedencia	FA	FR	FR%
Superior	20	0,52	47,62%
Inferior	42	0,37	31,17%
Total	112	1,00	100,00%

Fuente: información obtenida a través del instrumento ETSA.

Gráfico N° 1: Distribución de la población, según la Procedencia, de los adultos mayores de 65 años que residen en complejos habitacionales del OPS, periodo noviembre- diciembre de 2012.



PRESENTACION DE RESULTADOS

Tabla N° 1: Distribución de la población, teniendo en cuenta la Procedencia, de los adultos mayores de 65 años que residen en complejos habitacionales del BPS, periodo noviembre- diciembre 2012.

Procedencia	FA	FR	FR%
Montevideo	70	0.63	63
Interior	42	0.37	37
Total	112	1	100

Fuente: información obtenida a través del instrumento ETSA.

Grafico N° 1: Distribucion de la poblacion, según su Procedencia, de los adultos mayores de 65 años que residen en complejos habitacionales del BPS, periodo noviembre- diciembre de 2012.

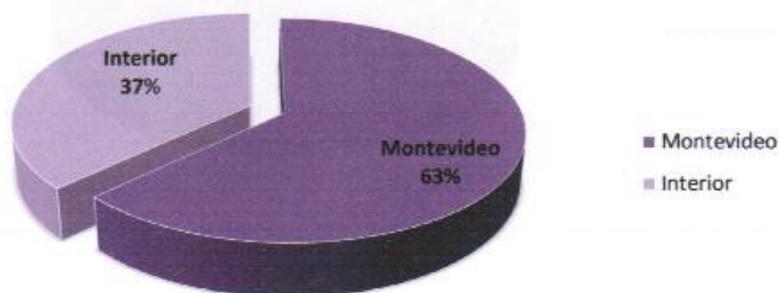


Tabla N° 2: Distribución de la población, según la variable Sexo, de los adultos mayores de 65 años que residen en complejos habitacionales del BPS, periodo noviembre- diciembre 2012.

Sexo	FA	FR	FR%
Femenino	93	0.83	83
Masculino	19	0.17	17
Total	112	1	100

Fuente: información obtenida a través del instrumento ETSA.



Tabla N° 3: Distribución de la población, según Edad, de los adultos mayores de 65 años, que residen en complejos habitacionales del BPS, periodo noviembre- diciembre 2012.

Edad (años)	FA	FR	FR%
De 65 a 74	32	0.29	29
De 75 a 84	59	0.53	53
De 85 a 100	21	0.18	18
Total	112	1	100

Fuente: información obtenida a través del instrumento ETSA.

Mediana: 78.94≈ 79 años.

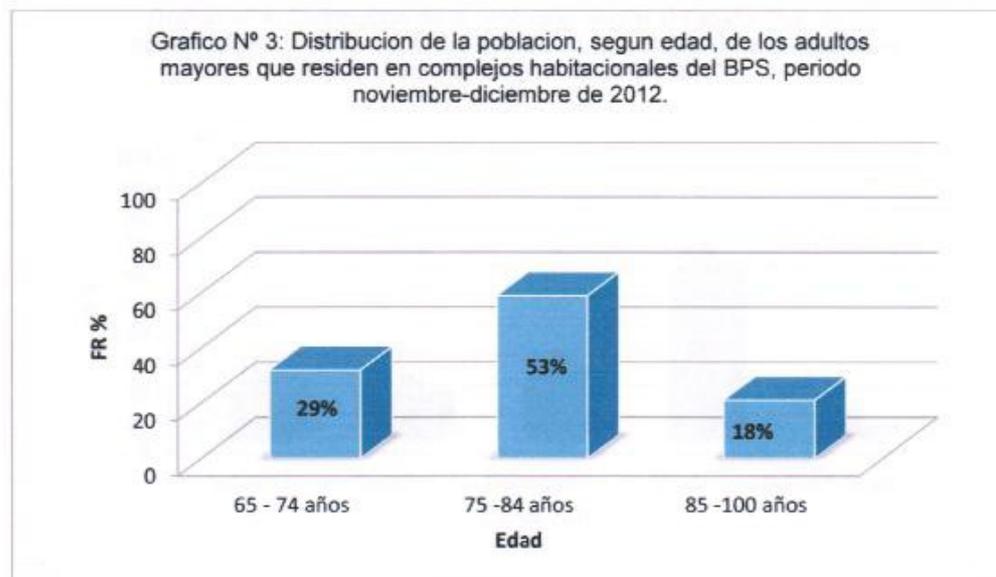


Tabla N° 4: Distribución de la población, según el Estado Civil, de los adultos mayores de 65 años que residen en Complejos Habitacionales del BPS, periodo noviembre- diciembre 2012.

Estado Civil	FA	FR	FR%
Soltero	12	0.11	11
Casado	14	0.12	12
Divorciado	22	0.20	20
Viudo	63	0.56	56
Unión Libre	1	0.01	1
Total	112	1	100

Fuente: información obtenida a través del instrumento ETSA

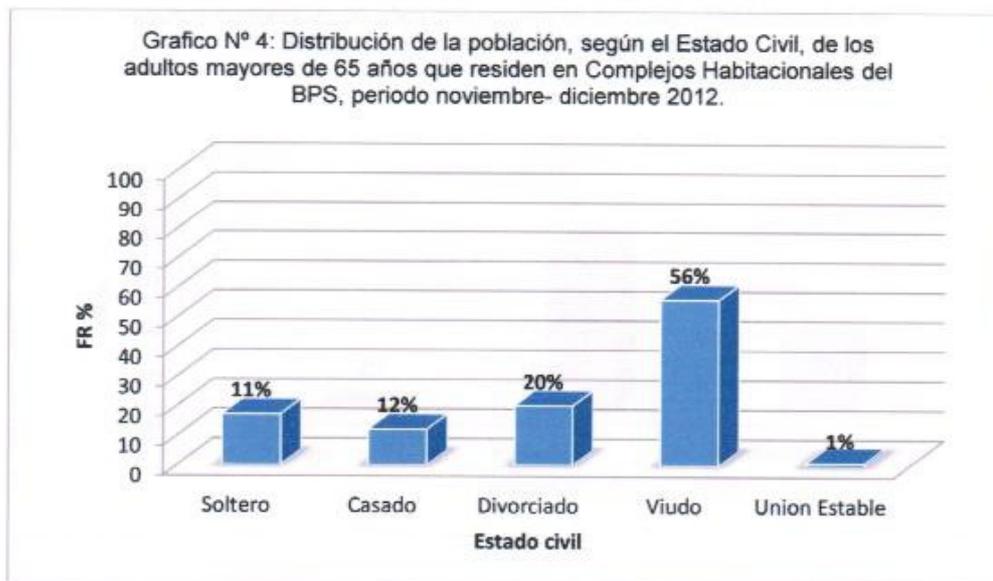


Tabla N° 5: Distribución de la población, según Ocupación, los adultos mayores de 65 años que residen en complejos habitacionales del BPS, periodo noviembre- diciembre 2012.

Ocupación	FA	FR	FR%
Trabaja	2	0.02	2
Jubilado	77	0.69	69
Pensionista	33	0.29	29
Total	112	1	100

Fuente: información obtenida a través del instrumento ETSA.

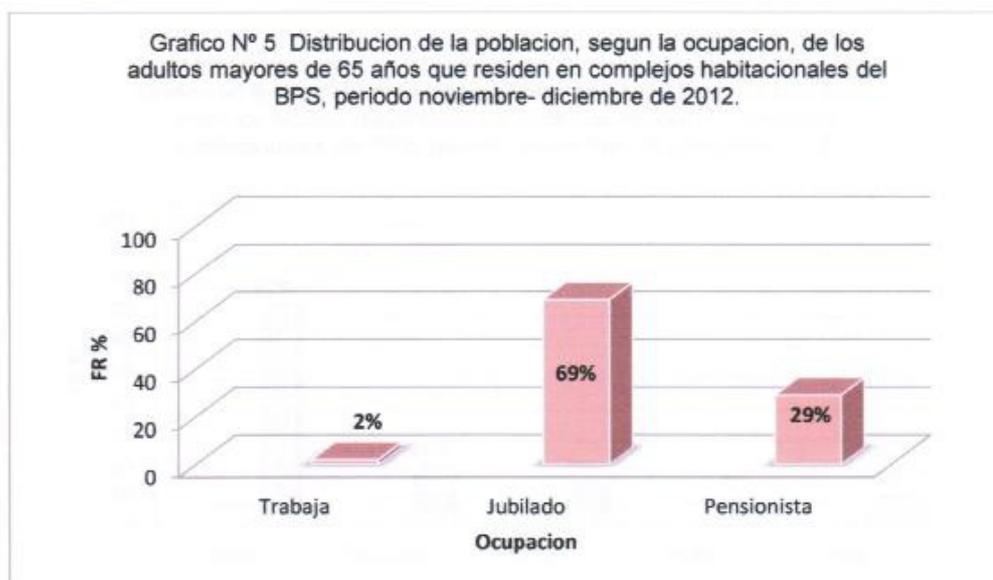


Tabla N° 6: Distribución de la población, teniendo en cuenta Con quien viven, los adultos mayores de 65 años que residen en complejos habitacionales del BPS, periodo noviembre- diciembre 2012.

Con quien vive	FA	FR	FR%
Solo	75	0.67	67
Cónyuge	17	0.15	15
Hijo/a	10	0.09	9
Nieto	4	0.04	4
Otro	6	0.05	5
Total	112	1	100

Fuente: información obtenida a través del instrumento ETSA.

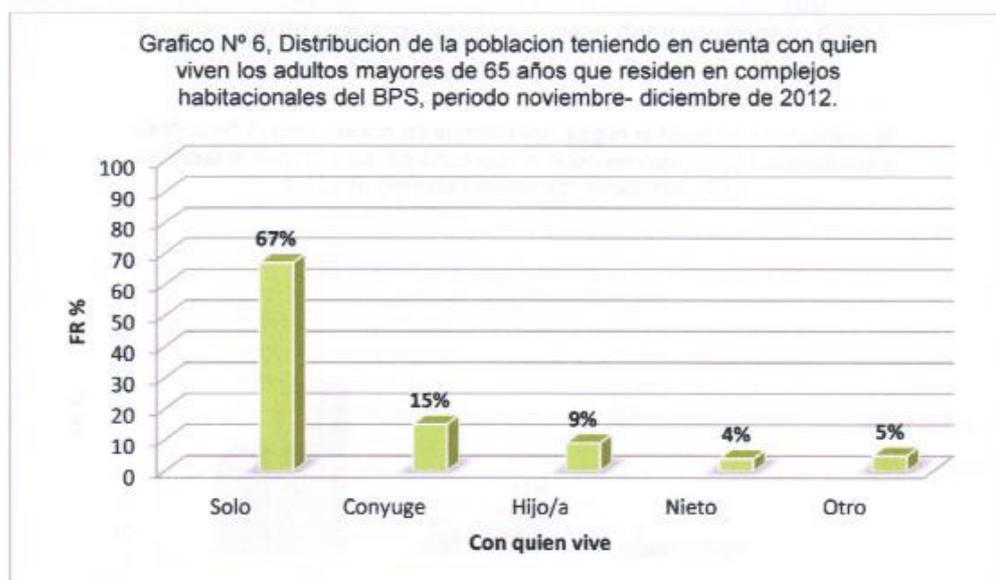


Tabla N° 7: Distribución de la población, teniendo en cuenta el Nivel de Instrucción, de los adultos mayores de 65 años que residen en complejos habitacionales del BPS, periodo noviembre- diciembre 2012.

Nivel de Instrucción	FA	FR	FR%
Primaria incompleta	59	0.53	53
Primaria completa	36	0.32	32
Secundaria incompleta	13	0.12	12
Secundaria completa	3	0.03	3
Terciaria incompleta	1	0.01	1
Terciaria completa	0	0	0
Total	112	1	100

Fuente: información obtenida a través del instrumento ETSA.

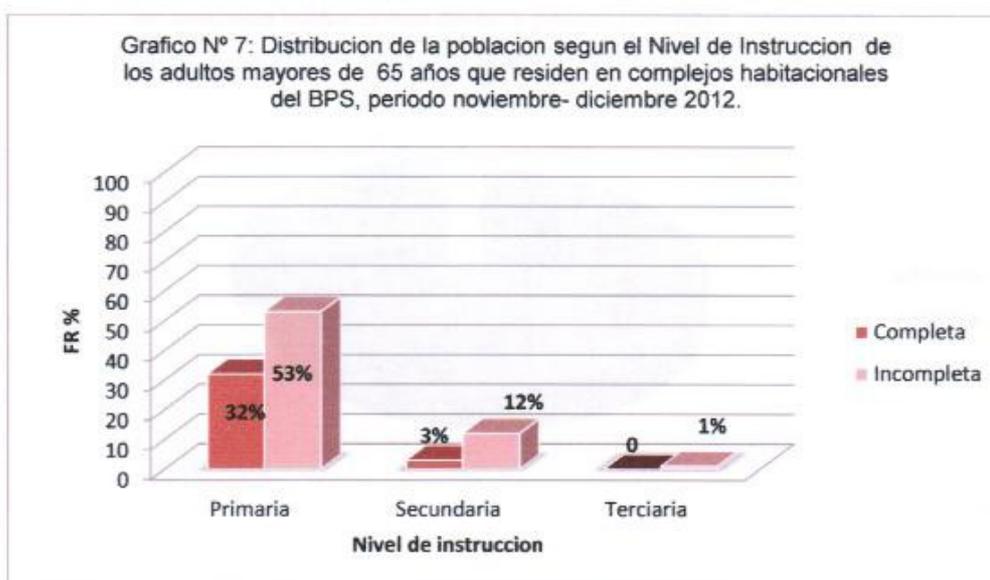


Tabla N° 8: Distribución de la población, teniendo en cuenta si posee Cobertura Médica pública o privada, de los adultos mayores de 65 años que residen en Complejos Habitacionales del BPS, periodo noviembre- diciembre 2012.

Cobertura Médica	FA	FR	FR%
Privada	61	0.54	54
Publica	51	0.46	46
Total	112	1	100

Fuente: información obtenida a través del instrumento ETSA

Grafico N° 8: Distribución de la población, según si poseen cobertura medica publica o privada, de los adultos mayores de 65 años que residen en complejos habitacionales del BPS, periodo noviembre- diciembre de 2012.



Tabla N° 9: Distribución de la población, teniendo en cuenta si presenta o no Servicio de emergencia móvil, de los adultos mayores de 65 años que residen en Complejos Habitacionales del BPS, periodo noviembre- diciembre 2012.

Emergencia Móvil	FA	FR	FR%
SI	74	0.66	66
NO	38	0.34	34
Total	112	1	100

Fuente: información obtenida a través del instrumento ETSA

Grafico N° 9: Distribución, teniendo en cuenta si presenta o no Servicio de emergencia móvil, de los adultos mayores de 65 años que residen en Complejos Habitacionales del BPS, periodo noviembre- diciembre 2012.

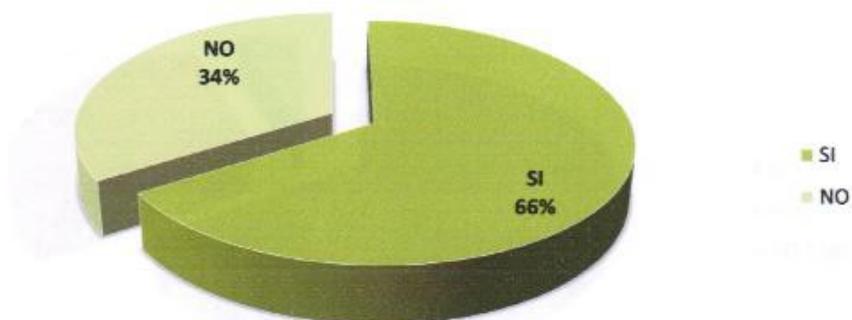


Tabla N° 10: Distribución de la población, según si presentan Inmunización vigente, de los adultos mayores de 65 años que residen en complejos habitacionales del BPS, periodo noviembre- diciembre 2012.

Inmunización vigente	FA	FR	FR%
SI	72	0.65	65
NO	34	0.30	30
No sabe	6	0.05	5
Total	112	1	100

Fuente: información obtenida a través del instrumento ETSA

Grafico N° 10: Distribución, según si presenta Inmunización vigente, de los adultos mayores de 65 años que residen en Complejos Habitacionales del BPS, periodo noviembre- diciembre 2012.

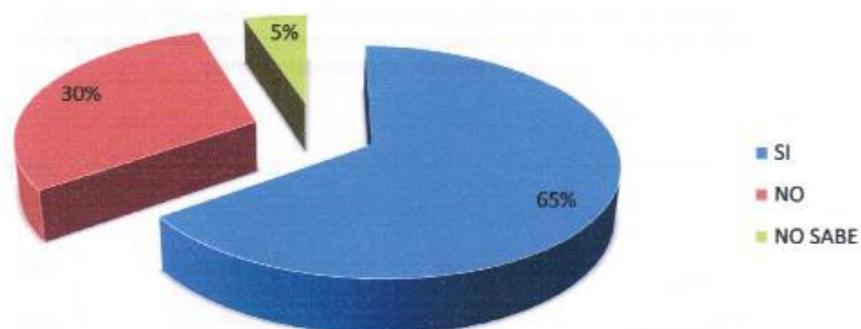


Tabla N° 11: Distribución de la población, según Antecedentes Familiares de padres fallecidos por enfermedad cardiovascular, de los adultos mayores de 65 años que residen en complejos habitacionales del BPS, periodo noviembre-diciembre 2012.

AF: Padres fallecidos por enfermedad cardiovascular	FA	FR	FR%
SI	55	0.49	49
NO	32	0.29	29
NO SABE	25	0.22	22
TOTAL	112	1	100

Fuente: información obtenida a través del instrumento ETSA

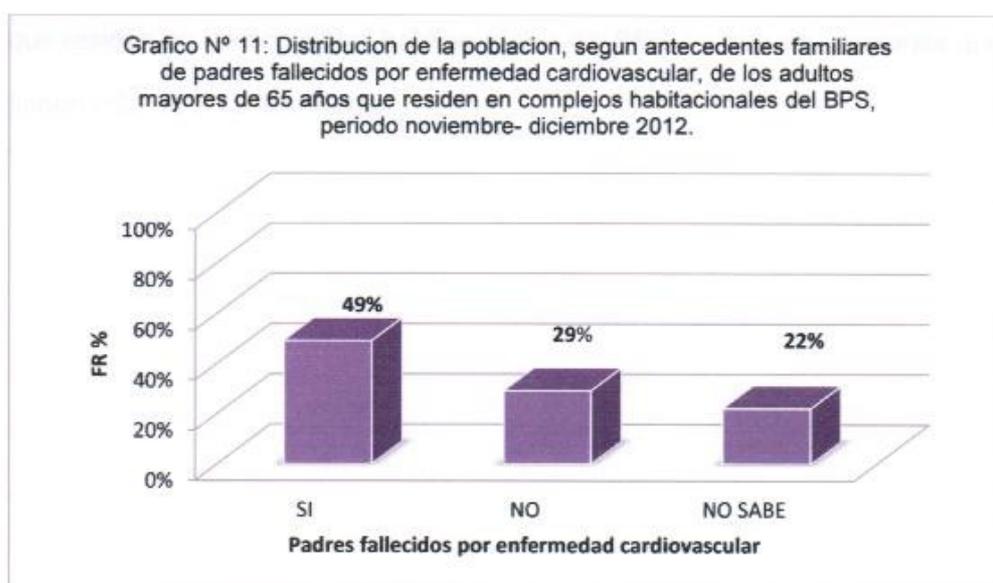


Tabla N° 12 Distribución de la población, según Antecedentes Personales Factores de Riesgo Modificables, de los adultos mayores de 65 años que residen en complejos habitacionales del BPS, periodo noviembre- diciembre 2012.

Antecedentes Personales	FA	FR*	FR%*
Obesidad	14	0.12	12
Tabaquismo	21	0.19	19
Sedentarismo	30	0.27	27
Estrés	47	0.42	42
Diabetes	22	0.20	20
HTA	74	0.66	66
Dislipemia	21	0.19	19
Enfermedades Respiratoria	22	0.20	20

Fuente: información obtenida a través del instrumento ETSA

FR*FR%*Valor obtenido en base a la totalidad de adultos mayores de 65 años que residen en los complejos habitacionales del BPS, ya que hay personas que tienen más de un antecedente.

Grafica N°12: Distribucion de la poblacion segun antecedentes personales: factores de riesgo modificables de los adultos mayores de 65 años que residen en complejos habitacionales del BPS, periodo noviembre- diciembre de 2012.

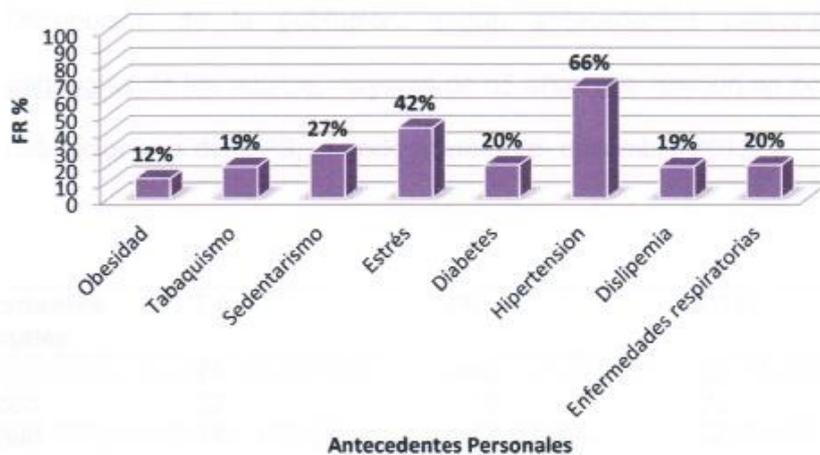


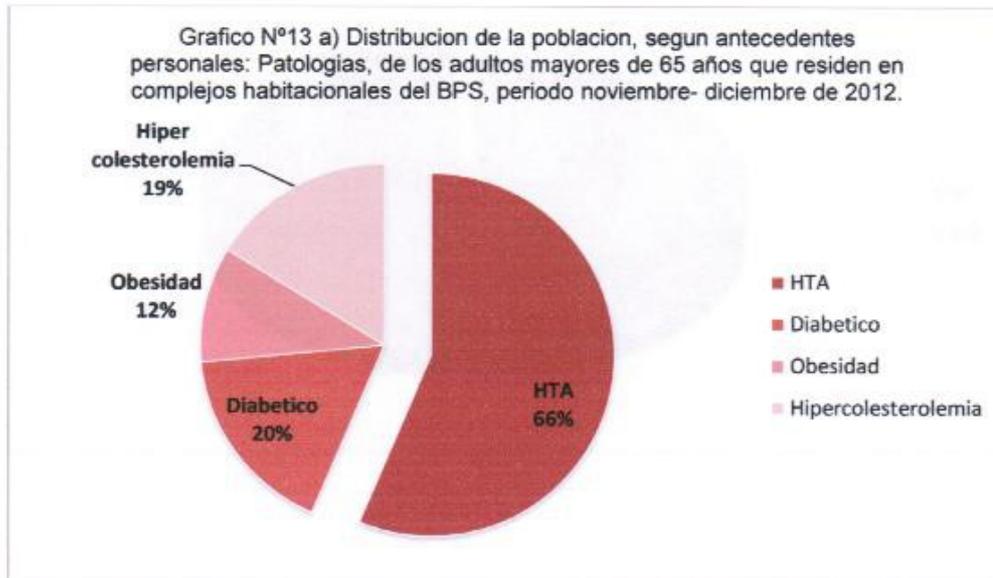
Tabla N° 13: Antecedentes Personales: Factores de Riesgo Enfermedades del Sistema Cardiovascular.

a) Distribución de la población, según antecedentes personales de patologías de los adultos mayores de 65 años que residen en complejos habitacionales del BPS, periodo noviembre- diciembre 2012.

Antecedentes Personales	FA	FR	FR%
HTA	74	0.66	66
Diabético	22	0.20	20
Obesidad	14	0.12	12
Hipercolesterolemia	21	0.19	19

Fuente: información obtenida a través del instrumento ETSA

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

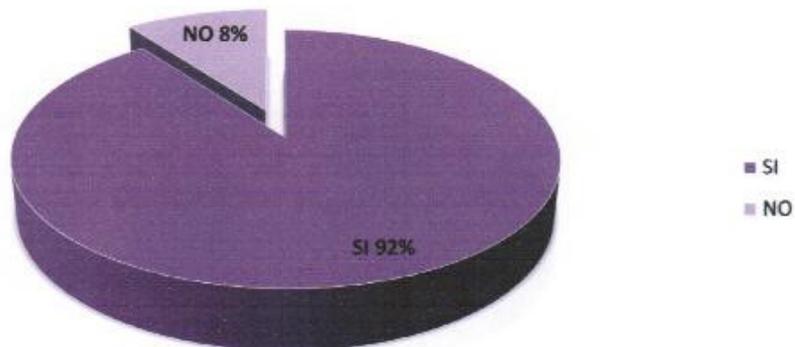


b) Distribución de la población, según controles de patologías, de los adultos mayores de 65 años que residen en complejos habitacionales del BPS, periodo noviembre- diciembre 2012.

Controles	FA	FR	FR%
SI	103	0.92	92
NO	9	0.08	8
Total	112	1	100

Fuente: información obtenida a través del instrumento ETSA.

Grafico N° 13 b) Distribución de la población, según controles de patologías, de los adultos mayores de 65 años que residen en complejos habitacionales del BPS, periodo noviembre- diciembre 2012.



- c) Distribución de la población, según si toman medicación, de los adultos mayores de 65 años que residen en complejos habitacionales del BPS, periodo noviembre- diciembre 2012.

Toma Medicación	FA	FR	FR%
SI	83	0.74	74
NO	29	0.26	26
Total	112	1	100

Fuente: información obtenida a través del instrumento ETSA.

Grafico N°13 c) Distribución de la población, según si toman medicación, de los adultos mayores de 65 años que residen en complejos habitacionales del BPS, periodo noviembre- diciembre 2012.

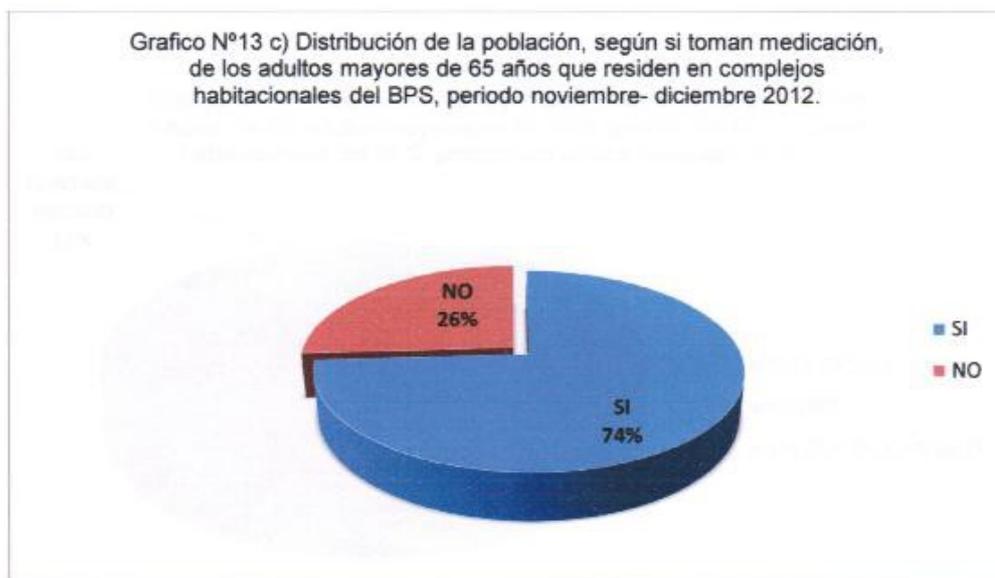


Tabla N° 14: Distribución de la población, según Controles Médicos, adultos mayores de 65 años que residen en complejos habitacionales del BPS, periodo noviembre- diciembre 2012.

Control Medico	FA	FR	FR%
Preventivo	20	0.18	18
Rutina	79	0.70	70
Sin control medico	13	0.12	12
Total	112	1	100

Fuente: información obtenida a través del instrumento ETSA.

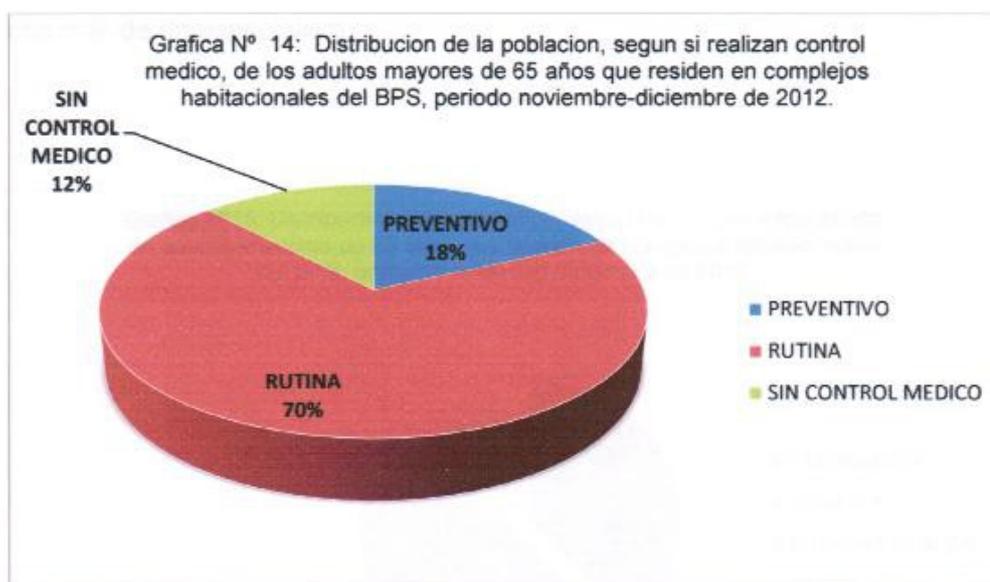


Tabla N° 15: Distribución de la población, según Control con Especialista, de adultos mayores de 65 años que residen en Complejos Habitacionales del BPS, periodo noviembre- diciembre 2012.

Control con Especialista	FA	FR	FR%
Cardiólogo	59	0.53	53
Geriatra	1	0.01	1
Medicina General	80	0.71	71
Otros	19	0.17	17

Fuente: información obtenida a través del instrumento ETSA

**Valores hallados teniendo en cuenta que algunos participantes se controlan con más de un especialista.

Grafico N°15: Distribucion de la poblacion, segun control con especialista, de adultos mayores de 65 años que residen en complejos habitacionales del BPS, periodo noviembre-diciembre de 2012.

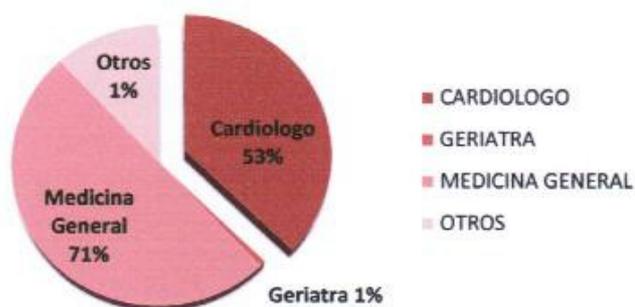


Tabla N° 16: Distribución de la población, según Presencia de Síntomas, de los adultos mayor de 65 años que reside en complejos habitacionales del BPS, periodo noviembre-diciembre de 2012.

Presencia de Síntomas	FA	FR	FR%
Confusión repentina, dificultad al hablar del entendimiento del habla.	6	0.05	5
Dificultad repentina para ver en uno o ambos ojos.	14	0.12	12
Dificultad repentina al caminar, vértigo, o pérdida del equilibrio o de la coordinación.	20	0.18	18
Dolores de cabeza fuertes, repentino y sin causa conocida.	12	0.11	11
Visión doble.	1	0.01	1
Somnolencia.	20	0.18	18
Otros.	0	0	0
Sin síntomas	39	0.35	35
Total.	112	1	100

Fuente: información obtenida a través del instrumento ETSA

UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
TRABAJO DE INVESTIGACION FINAL

Grafico N° 16: Distribucion de la poblacion, segun presencia de sintomas, de los adultos mayores de 65 años que residen en complejos habitacionales del BPS, periodo noviembre- diciembre de 2012.

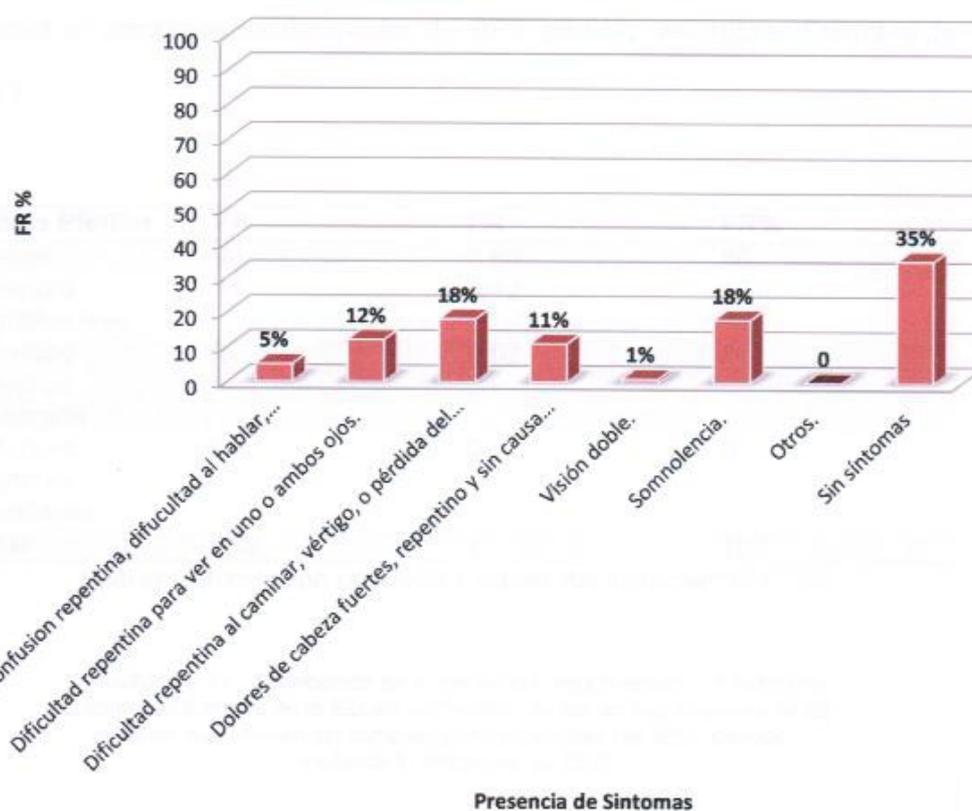


Tabla N° 17: Distribución de la población, según estado de deterioro cognitivo a través de la Escala de Pfeiffer, de los adultos mayores de 65 años que residen en complejos habitacionales del BPS, periodo noviembre- diciembre de 2012.

Escala Pfeiffer	FA	FR	FR%
Normal	96	0.86	86
Deterioro cognitivo leve	14	0.12	12
Deterioro cognitivo moderado	2	0.02	2
Deterioro cognitivo importante	0	0	0
Total	112	1	100

Fuente: información obtenida a través del instrumento ETSA

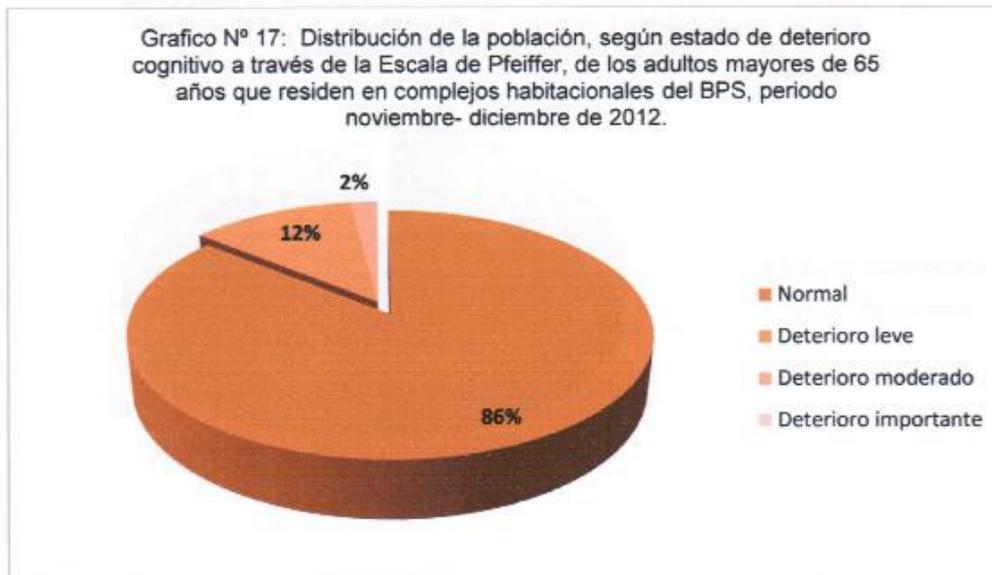
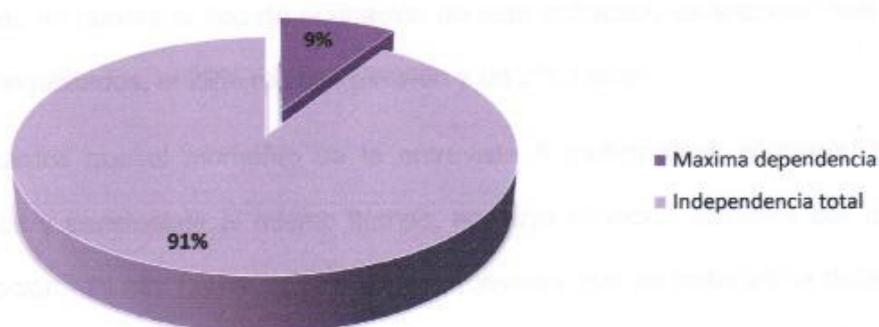


Tabla N° 18: Distribución de la población, según la Escala de Lawton y Brody para las actividades instrumentales de la vida diaria, de los adultos mayores de 65 años que residen en complejos habitacionales del BPS, periodo noviembre-diciembre de 2012.

Escala Lawton y Brody	FA	FR	FR%
Máxima dependencia	10	0.9	9
Independencia total	102	0.91	91
Total	112	1	100

Fuente: información obtenida a través del instrumento ETSA

Grafica N° 18: Distribución de la población, según la Escala de Lawton y Brody para las actividades instrumentales de la vida diaria, de los adultos mayores de 65 años que residen en complejos habitacionales del BPS, periodo noviembre- diciembre de 2012



ANALISIS

De acuerdo a la distribución, por procedencia, de la población adulta mayor de 65 años que reside en los complejos habitacionales del BPS, en el periodo noviembre –diciembre de 2012, se obtuvo que el 63% es de Montevideo y un 37% del interior. Este porcentaje es el resultado de que Uruguay es el país más urbanizado de Latinoamérica como consecuencia de las transformaciones de las estructuras productivas del país.¹

Según la distribución por sexo de la población se obtuvo que la mayoría son mujeres entre 75 y 84 años, con una mediana que representa una edad media de 79 años.

Las diferencias de edades según el sexo se reflejan en la comparación regional, donde Uruguay tiene la mayor relación de feminidad en la vejez, cada 140 mujeres hay 100 hombres.

Teniendo en cuenta el tipo de ocupación de esta población se encontró que el 69% son jubilados, el 29% reciben pensión y un 2% trabaja.

Destacamos que al momento de la entrevista 8 participantes afirmaron ser jubilados y pensionista al mismo tiempo, en cuya situación optamos por una sola opción. El alto porcentaje de adultos mayores que no trabajan se debe a que no existen perspectivas y ofertas de empleo para esta población, sin embargo existe la estimulación para jubilarse ya que a los 60 años se puede

¹ Ronda de censos de la década del 2000(CEPAL/CELADE, 2007).

comenzar el trámite jubilatorio, o a los 30 años de actividad laboral, si sos mujer tenes el beneficio de que te suman años por cada hijo.

Según la variable si posee hijos o no, se obtuvo que el 74% de la población participante posee hijos y que el 26% no.

Teniendo en cuenta la variable con quien viven los adultos que residen en complejos habitacionales del Banco de Previsión Social, se encontró que la gran mayoría vive solo corresponde al 67 %.

En cuanto a la distribución por nivel de instrucción destacamos que solo el 32% posee primaria completa, mientras que el 52% no. Con respecto a la educación secundaria solo el 3% la tiene completa y un 12% no, solamente el 1% llego al nivel terciario incompleto. Junto con Chile somos uno de los países en los que los adultos mayores poseen muy bajos niveles educativos.²

En cuanto a la distribución de la población teniendo en cuenta el tipo de cobertura de salud se obtuvo que el 54% se asiste en servicios privados, mientras que el 46% lo hace en la asistencia pública. El porcentaje de adultos mayores sin cobertura es 0 ya que desde el año 2008 se encuentra vigente el Sistema Nacional Integrado de Salud que prevé cobertura a toda la población.

Esta variable es importante ya que nos permite conocer que tipos de beneficios poseen los adultos mayores, el acceso a órdenes, ticket, medicamentos, si son gratuitos o no, realización de tratamientos o estudios según costos.

Según la variable si cuenta o no con cobertura de emergencia móvil el 66% de la población afirma que si y un 34% no, esto se debe a que sus ingresos económicos no alcanzan para cubrir este tipo de necesidades.

Con respecto a si los participantes poseen vacuna antitetánica vigente el 65% respondió que sí, un 30% no las tiene vigente y un 5% desconoce.

La variable inmunización complementaria hace referencia a si los participantes recibieron en el último año vacuna antigripal o neumococo. Solamente el 59% de la población total recibió inmunización complementaria, de los cuales el 39% recibió vacuna antigripal y el 20% vacuna para neumococo.

Es significativa la población que no recibe inmunización complementaria ya que representa el 41%, cifra que cobra importancia si tenemos en cuenta que son población de riesgo, y estas vacunas son para prevenir la gripe estacionaria y las enfermedades neumococcicas que generan costos elevados en la salud y son unas de las causas más frecuentes de internación de los adultos mayores en épocas de frio.³

En cuanto al estado civil de los participantes se encontró significativamente que el 56% es viudo, esto se explica teniendo en cuenta la esperanza de vida en la mujer que es mayor a la del hombre.

De acuerdo a la variable carné de salud del adulto mayor se encontró que el 59% de los adultos mayores de 65 años carece del mismo y solamente un 41%

lo tiene. Estas cifras son de gran importancia, ya que el carnet de salud del adulto mayor es una herramienta de información clave para el profesional de la salud, reúne datos personales del usuario, su situación funcional, mental y social, estado físico, problemas de salud y medicación que recibe.⁴

De acuerdo a los antecedentes familiares, el 49% afirma que tuvo padre, madre o algún tío fallecido por enfermedad cardiovascular, el 29% respondió que no, y un 22% respondió no saber o no recordar por que fallecieron sus padres.

Siguiendo con el estudio de los antecedentes familiares: con respecto a la variable obesidad se obtuvo que un 13% posee madre obesa, y un 9% padre obeso. De acuerdo a la variable tabaquismo se afirma que un 34% tiene padre tabaquista, un 7% madre y un 4% tíos fumadores.

Un 84% de la población refiere no tener antecedentes familiares de sedentarismo, solamente el 8% presenta madre sedentaria, un 5% padre y un 3% tíos sedentarios.

Con respecto al antecedentes familiar de estrés en la familia, el 2% tiene tíos, igual porcentaje tiene madre, y un 1% padre sedentario respectivamente.

Según la variable diabetes el 9% afirma tener madre diabética, un 3% padre y un 2% tíos.

El 24% de la población posee madre hipertensa, un 21% padre y un 1% tíos.

Solamente un 4% posee madre con Dislipemia, y un 1% tiene padre y tío respectivamente.

Según la distribución de la población teniendo en cuenta los antecedentes personales existe un 95% de la población con enfermedades crónicas de las cuales un 66% es hipertensa, el 42% sufre de estrés, el 27% sufre de Sedentarismo, un 20% es diabético e igual porcentaje de adultos mayores sufre de enfermedades respiratorias, un 19% es tabaquista, 19% es dislipemico, y un 12% sufre de obesidad.

El 92% de la población realiza controles de presión arterial o glicemia de forma regular, y un 8% no. Un 74% afirma que toma medicación, y un 26% no.

De acuerdo a los hábitos alimenticios se obtuvo que un 17% consume carnes rojas diariamente, un 36% 3 veces por semana y un 65% una vez al mes; en cuanto al consumo de pollo el 8% lo hace diariamente, un 73% 3 veces por semana y un 10% 1 vez al mes; un 26% consume carne de cerdo o derivados 3 veces por semana y 23% 1 vez al mes; solamente un 2% consume pescado a diario, el 36% lo hace 3 veces por semana y un 32% una vez al mes.

En cuanto a la actividad física se obtuvo que el 60% de la población no realiza ningún tipo de actividad física, mientras que el 40% restante si y se distribuye de la siguiente manera: un 3% realiza bicicleta a diario, un 1% 3 veces por semana; el 4% va al gimnasio diariamente, y un 6% 3 veces por semana; el

51% realiza caminatas a diario y un 33% 3 veces por semana; pero en ninguna de estas actividades superan los 45 minutos.

El 40% de la población come con sal y el 60% restante no.

El 56% de la población consume comidas rápidas y elaboradas. Un 3% consume comidas rápidas diariamente, un 11% 3 veces a la semana y un 30% 1 vez al mes; un 25% consume comidas elaboradas 3 veces por semana y un 30% 1 vez al mes.

Un 2% de la población refirió haber trabajado con productos químicos, y un 7% desempeño tareas en el medio rural.

Con respecto a si poseen carne de salud se obtuvo que solamente un 17% lo tiene vigente y un 83% no.

En cuanto al control médico un 12% no se controla, un 18% lo hace de forma preventiva y un 70% lo hace de rutina.

Teniendo en cuenta la variable control con especialista el 1% realizan control con geriatra, un 1% con otros especialistas, un 53% se controlan con cardiólogo y un 71% se controla con medicina general.

Teniendo en cuenta la distribución de la población según la realización de exámenes en el último año, se obtuvo que un 8% de la misma no posee exámenes ni estudios en el último año, el 83% de la población se controla la presión arterial, el 73% se realizó estudios de sangre, 52% se ha realizado

ECG, el 49% tiene exámenes de orina, 41% se realizó Rx Tx, el 22% se realizó ECGG, el 15% Holter e igual porcentaje ecografía de aparato urinario, el 5% se ha realizado ecodoppler de vasos de cuello.

Según el control ginecológico de la población femenina, en los dos últimos años, se obtuvo que un 10% se realizó examen ginecológico, un 16% PAP, 1% ecografía ginecológica, un 9% colposcopia, un 24% mamografías y un 5% ecografía de mamas. Debemos hacer mención a que la realización de PAP es obligatoria en aquellas mujeres de entre 21 y 64 años y la Mamografía es obligatoria a partir de los 40 años.

Un 18% refiere dificultad repentina al caminar, vértigo, o pérdida del equilibrio o de la coordinación, en igual porcentaje refirió somnolencia, un 12% refirió dificultad repentina para ver en uno o ambos ojos, un 11% refirió dolores de cabeza fuertes repentinos y sin causa conocida, un 5% refirió confusión repentina, dificultad al hablar, o entendimiento del habla, y un 1% visión doble.

De acuerdo al peso un 60% se encuentra entre 61 y 80 kg, un 29% pesa menos de 60 kg y un 11% más de 81 kg.

Según el IMC el 45% es normal, un 33% está en sobrepeso, un 20% es obeso y un 1% posee bajo peso.

De acuerdo a las cifras de glicemia el 82% tenían valores dentro de los

Parámetros normales, y el 18% estaban por encima de 1.01 mg/dl.

Según la última paraclínica el 79% tenían resultados con cifras menores a 200mg/dl, y el 21% por encima de 200mg/dl.

De acuerdo al control de presión arterial durante la entrevista se obtuvo que el 71% estaba normo tenso, el 27% hipertenso y el 2% hipotenso.

Teniendo en cuenta la escala de Pfeiffer se obtuvo que el 86% es normal, el 12% presenta deterioro cognitivo leve y el 2% deterioro cognitivo moderado.

Según la escala de Lawton y Brody el 9% presenta máxima dependencia y el 91% es independiente total.

CONCLUSIONES

Destacamos que se logró cumplir con los objetivos propuestos; permitiéndonos dicha investigación tener una visión general de la situación socio demográfica y epidemiológica de nuestra población adulta mayor.

Podemos afirmar que es una población envejecida, en vías de seguir aumentando. Afecta principalmente al sexo femenino, debido a la esperanza de vida que es mayor en la mujer que en el hombre, por eso es común encontrar a mujeres mayores de 65 años viudas.

El nivel de instrucción de esta población es bajo, esto se debe a que antes las oportunidades de estudiar eran pocas, ya que se comenzaba a procrear y trabajar a muy temprana edad.

La gran mayoría son jubilados debido a la motivación que existe por parte de las autoridades, y además a la baja oferta de trabajo para este tipo de población.

Se encontró un alto porcentaje de personas que padecen patologías crónicas como hipertensión arterial, diabetes, obesidad, Dislipemia, etc., como es de saber son patologías que requieren especiales cuidados. Esto cobra importancia si tenemos en cuenta el costo que genera el tratamiento de las mismas y más aun sabiendo que son las afecciones que más padecen nuestros adultos mayores; debemos concientizar a la población para que se

UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
TRABAJO DE INVESTIGACION FINAL

trate a tiempo y por otro lado a las autoridades responsables para trabajar de manera más acelerada tratando de captar precozmente a la población en riesgo y así poder prevenirlos. De esta manera poder aumentar el control de salud y disminuir los factores de riesgo modificables de enfermedades cardiovasculares que son la principal causa de muerte en nuestro país.

Estos complejos reúnen a adultos mayores auto validos en su mayoría que pueden realizar sus actividades de la vida diaria de forma independiente, existe un porcentaje muy bajo de residentes que presentan algún grado de deterioro cognitivo.

- Estudio sobre situación del adulto mayor en Argentina, Chile y Uruguay. BID; Escuela Andaluza de Salud Pública, Redagui Informacion; Federación Internacional de la vejez. 1999
- García G. Situación de salud de los adultos mayores en Uruguay. ARSE-MSP-SIAE, Presentación 2004
- Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Lucio P. Metodología de la Investigación. 4ª ed. México: Mc Graw Hill; 2006
- Saino J., Bassolas D., García G., Wagner G., Rodríguez H., Escandell M., Gin C., Guerra A., Programa de atención integral a la salud de los adultos mayores de región este- Montevideo, ARSE-MSP, SAS-OMJ, 2003
- INE, Censo Frec 1, 2004

BIBLIOGRAFIA

- Aquino V., Adulto Mayor (clase dictada). Facultad de Enfermería, Montevideo; 2008.
- Declaración de la delegación de Uruguay en la 30ª Conferencia del Periodo de Sesiones de CEPAL, Naciones Unidas, San Juan, Puerto Rico, 2004.
- Estudio SABE (Salud y Bienestar en el Envejecimiento), OPS/OMS, 1999.
- Estudio sobre situación del adulto mayor en Argentina, Chile y Uruguay, BID, Escuela Andaluza de Salud Pública, Helpage Internacional, Federación Internacional de la vejez, 1999.
- García G, Situación de salud de los adultos mayores en Uruguay; ASSE-MSP-SSAE, Presentación 2004.
- Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P, Metodología de la Investigación. 4ª ed. México: Mc Graw Hill; 2006.
- Savio I., Basaldua D., García G., Wagner G., Rodríguez H., Escandell M., Giri C., Guerra A., Programa de atención integral a la salud de los adultos mayores de región este- Montevideo, ASSE-MSP, SAS-IMM, 2003.
- INE, Censo Fase 1, 2004.

UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
TRABAJO DE INVESTIGACION FINAL

- José Raúl Dueñas Fuente Diplomado Universitario en Enfermería, Disponible en <http://www.terra.es/personal/duenas/teorias2.htm>. Consulta 3 de mayo de 2011.
- Ministerio de Salud Pública. (INTERNET). Montevideo: Ministerio de Salud Pública. Disponible en: http://www.msp.gub.uy/categoria_43_1_1.html (consultada el 21 julio 2011).
- O. Prats. Estudio sobre hogares colectivos y su crecimiento intercensal (inferido a partir de censos de población) MSP, 2000.
- Revista Cubana. Transición demográfica. Disponible en: scielo.sid.cu/scielo.php?pid=50864-34662007000100010&script=sci_arttext. (consultada 15 octubre 2012).
- San Martín H. Teoría de la investigación práctica. 1º ed. Madrid; 1986.
- Teoría del envejecimiento. Disponible en: [HTTP://.http://personales.ya.com/fvillar/principal/pdf/1999b_teorias_implicitas.pdf](http://personales.ya.com/fvillar/principal/pdf/1999b_teorias_implicitas.pdf). (consultada 4 noviembre 2012).
- Universidad de la Republica. Facultad de Enfermería (INTERNET). Montevideo: Facultad de Enfermería. Disponible en: <http://www.fenf.edu.uy/enfermeria/Gestion/Bedelia/plan93.htm> (consultada el 21 julio 2011).
- Universidad de la Republica. Facultad de Enfermería. (INTERNET).Montevideo: Facultad de Enfermería. Definición de salud

enfermedad. Disponible en: <http://fenf.edu.uy/index.php/depto-educacion/99-el-plan> (consultada el 28 Agosto 2011).

ANEXOS

ANEXO 1

Instrumento: Estudio Epidemiológico Sobre el Adulto y Anciano

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 quien vive																	
Solo			Cónyuge			Hijo/a			Nieto			Otros					
Nivel de educación			Primaria completa			Secundaria completa			Terciana 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					

Come con sal

	Si	No	Hiposódico	Le agrega sal	Normal

Come comida rápida (pizza, hamburguesas, etc.)

	Si	No	Diariamente	3 veces/semana	1 vez al mes

Consumo comidas elaboradas (embutidos, ya preparadas, etc.)

	Si	No	Diariamente	3 veces/semana	1 vez al mes

Actividad laboral

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

CONTROL MÉDICO

	Si	No	6 meses	2 años
Tiene carnet de salud vigente				

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



ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO

Exámenes	Control P/A(1)	ECG (2)	ECOCAR (3)	HOLTER (4)	Otros (5)	ECO. Ap. Último (6)	Duplo de vasos de cuello (7)	Sonografía (8)	K. T.X (9)	Alterado (seg. n°)
Si										
No										

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

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

ESCALA DE PFEIFFER

Fue diseñada por Pfeiffer en 1975 como test de screening de deterioro cognitivo. Explora la memoria a corto plazo, orientación, información sobre hechos cotidianos, y la capacidad de cálculo.

Se trata de un cuestionario hetero aplicado (el profesional realiza la pregunta y anota la respuesta) de 10 ítems, sobre cuestiones muy generales y personales. Solo se anotan las respuestas erróneas. Las cuestiones con varias respuestas sólo se aceptan como correctas si todos los elementos de la misma lo son.

Se considera:

- NORMAL de 0 a 2 errores.
- Deterioro cognitivo Leve de 3 a 4 errores.
- Deterioro cognitivo Moderado (Patológico) de 5 a 7 errores.
- Deterioro cognitivo Importante de 8 a 10 errores.

Se permite un fallo de más si el paciente no ha recibido educación primaria y uno de menos si tiene estudios superiores.

¿Qué fecha es hoy? (día, mes y año)

¿Qué día de la semana es hoy?

¿Dónde estamos ahora? (lugar o edificio)

¿Cuál es su número de teléfono? (o su dirección si no tiene teléfono)

¿Qué edad tiene?

¿Cuándo nació? (día, mes y año)

¿Cómo se llama el Presidente del Gobierno?

¿Cómo se llamaba el anterior Presidente del Gobierno?

¿Cuál es el primer apellido de su madre?

Reste de tres en tres desde veinte

Total (máximo: 10 puntos)

ANEXO 1 b)**ESCALA DE LAWTON Y BRODY PARA LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA (AIVD)**

A. CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO	Puntos
1. Utiliza el teléfono a iniciativa propia, busca y marca los números, etc.	
2. Marca unos cuantos números bien conocidos	1
3. Contesta el teléfono pero no marca	1
4. No usa el teléfono	0
B. IR DE COMPRAS	
1. Realiza todas las compras necesarias con independencia	1
2. Compra con independencia pequeña cosas	0
3. Necesita compañía para realizar cualquier compra	0
4. Completamente incapaz de ir de compras	0
C. PREPARACIÓN DE LA COMIDA	
1. Planea, prepara y sirve las comidas adecuadas con independencia	1
2. Prepara las comidas si se le dan los ingredientes	0
3. Calienta y sirve las comidas pero no mantiene una dieta adecuada	0
4. Necesita que se le prepare y sirva la comida	0
D. CUIDAR LA CASA	
1. Cuida la casa sólo o con ayuda ocasional (ej. Trabajos pesados)	1
2. Realiza tareas domésticas ligeras como fregar o hacer cama	1
3. Realiza tareas domésticas ligeras pero no puede mantener un nivel de limpieza aceptable.	1
4. Necesita ayuda en todas las tareas de la casa	1
5. No participa en ninguna tarea doméstica	0

E. LAVADO DE ROPA	
1. Realiza completamente el lavado de ropa personal	1
2. Lava ropa pequeña	1
3. Necesita que otro se ocupe del lavado	0
F. MEDIO DE TRANSPORTE	
1. Viaja con independencia en transportes públicos o conduce su coche	1
2. Capaz de organizar su propio transporte en taxi, pero no usa transporte público	
3. Viaja en transportes públicos si le acompaña otra persona	1
4. Sólo viaja en taxi o automóvil con ayuda de otros	0
5. No viaja	0
G. RESPONSABILIDAD SOBRE LA MEDICACIÓN	
1. Es responsable en el uso de la medicación, dosis y horas correctas	1
2. Toma responsablemente la medicación si se le prepara con anticipación en dosis preparadas	0
3. No es capaz de responsabilizarse de su propia medicación	0
H. CAPACIDAD DE UTILIZAR EL DINERO	
1. Maneja los asuntos financieros con independencia, recoge y conoce sus ingresos.	1
2. Maneja los gastos cotidianos pero necesita ayuda para ir al banco, grandes gastos, etc.	1
3. Incapaz de manejar el dinero	0

Máxima dependencia: 0 puntos

Independencia total: 8 puntos

ANEXO 2

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 plana 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 público y privado 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 SALUD PÚBLICA
MINISTERIO DE EDUCACION Y CULTURA
MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL

Montevideo, 9 de agosto de 2004

Habiendo expirado el plazo previsto en la Constitución de la República y de conformidad con lo establecido por su artículo 144 cúmplase, acútese recibo, comuníquese, publíquese e insértese en el Registro Nacional de Leyes y Decretos.

BATLLE - CONRADO BONILLA - LEONARDO GUZMAN - SANTIAGO PEREZ DEL CASTILLO.

ANEXO 3

Ley N° 18.617

INSTITUTO NACIONAL DEL ADULTO MAYOR

SE CREA EN LA ÓRBITA DEL MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL Y SE ESTABLECEN SUS COMPETENCIAS

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

DECRETAN:

Artículo 1°. (Institucionalidad).- Créase en la órbita del Ministerio de Desarrollo Social, el Instituto Nacional del Adulto Mayor (INAM), que será presidido por un Director designado por el Presidente de la República entre profesionales, técnicos o personalidades reconocidamente expertas en el tema.

Artículo 2°. (Competencias).- El Instituto Nacional del Adulto Mayor tendrá como competencias:

- A) 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 y fehacientemente demostrable en el país, independientemente de su nacionalidad o ciudadanía, según lo establecido en el artículo 1° de la Ley N° 17.796, de 9 de agosto de 2004.
- B) La planificación, el diseño, la ejecución y la evaluación de las políticas nacionales relativas al adulto mayor, promoviendo programas y actividades que logren su desarrollo pleno e integración social y económica.
- C) La coordinación y co-ejecución con los organismos estatales y privados de la aplicación efectiva de las políticas de salud integral, educación, capacitación, recreación, apoyo e integración social.
- D) El asesoramiento a los organismos del Estado sobre los derechos de los adultos mayores establecidos en la Plataforma de Acción de la Convención de Población y Desarrollo de 1994, ratificada por nuestro país, cuyo ejercicio debe incorporarse en las acciones y programas dirigidos a esta población.
- E) La realización de convenios con los organismos internacionales de

cooperación técnica y financiera.

- F) La elaboración de un Plan Nacional de Promoción que encare orgánicamente las necesidades del adulto mayor en todos los planos de la vida individual y colectiva para el cumplimiento de sus derechos como persona y sujeto social.

Artículo 3º. (Coordinación).- Créase un Consejo Consultivo integrado por el Ministerio de Salud Pública, el Banco de Previsión Social, la Cátedra de Geriatria de la Facultad de Medicina, el Congreso de Intendentes y hasta tres organizaciones de la sociedad civil que representen los intereses de los adultos mayores jubilados, pensionistas y de sus intereses culturales a los efectos de dar cumplimiento a las competencias asignadas al Instituto Nacional del Adulto Mayor (INAM), quien presidirá dicho Consejo.

Los organismos del Estado integrantes del mismo deberán prestar aporte técnico y económico con destino a la ejecución de políticas.

Artículo 4º. (Principios rectores).- Para dar cumplimiento a lo establecido en el literal F) del artículo 2º de la presente ley, además de cualesquiera otros elementos que puedan ser agregados como materia de regulación para la promoción integral del adulto mayor por parte del Consejo Consultivo del Adulto Mayor, el Plan Nacional de Promoción del Adulto Mayor deberá contemplar los siguientes principios:

- 1) Promover el acceso a la atención integral de su salud en la prevención, asistencia y eventuales procesos de rehabilitación, tanto en la esfera pública como privada, siguiendo el modelo de "cuidados progresivos". Para ello se privilegiará la atención con base comunitaria creando alternativas a la institucionalización y generando condiciones de apoyo para la atención en el ámbito familiar.
- 2) Promover que el sistema de salud tanto en el ámbito público como en el privado asegure la medicación básica para uso gerontológico, al costo más bajo posible.
- 3) Colaborar con el Ministerio de Salud Pública fijando las bases sobre las cuales éste controlará las condiciones básicas de funcionamiento de los establecimientos de atención, inserción familiar y residencia del adulto mayor, sean públicos o privados, dando así cumplimiento a la Ley Nº 17.066, de 24 de diciembre de 1998.
- 4) Coordinar las políticas sociales y los programas de asistencia en alimentación y vivienda a los efectos de que contemplen las necesidades de

los adultos mayores que requieran dicho apoyo.

- 5) Fomentar programas de capacitación y de formación de los técnicos, profesionales y funcionarios que estén en relación con los adultos mayores haciendo conocer los derechos específicos de esta etapa etaria.
- 6) Promover la incorporación en los programas de educación componentes relativos a la adopción de estilos de vida apropiados encaminados a lograr una vejez saludable.
- 7) Estimular la participación activa del adulto mayor en actividades de recreación, promoviendo la accesibilidad en el transporte, en la eliminación de barreras arquitectónicas y en el desplazamiento.
- 8) Facilitar al adulto mayor el acceso al sistema educativo como medio de mantener su inserción social en la comunidad, al tiempo de satisfacer sus requerimientos vocacionales y permitirle la actualización y el enriquecimiento de su acervo cultural individual.
- 9) Proporcionar 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 como empresarial o por acuerdos con los gremios de cada sector.
- 10) Incluir en las políticas habitacionales nacionales normas que garanticen el acceso a una solución habitacional digna y decorosa, de costos accesibles y de ambientes agradables y seguros con destino a los adultos mayores, incluyendo aquellos que padecen diversos grados de pérdida de autonomía y discapacidad.
- 11) Estimular la creación de instituciones que agrupen al adulto mayor, a fin de mantener niveles de integración social que permitan vivir la etapa plenamente.
- 12) Promover la introducción en los planes educativos de las tres ramas de la enseñanza la valoración del adulto mayor tanto en la sociedad como en las familias.
- 13) Promover la capacitación en prevención de la violencia hacia el adulto mayor tanto en la comunidad como en el ámbito doméstico, haciendo conocer sus derechos legales al respecto.
- 14) Promover procedimientos de retiro gradual y progresivo de la actividad

laboral, incorporando formas parciales de trabajo que se desarrollen en actividades similares o diferentes a las originalmente desempeñadas por el trabajador.

Artículo 5º.- Derogase la Ley N° 17.796, de 9 de agosto de 2004.

RODOLFO NIN NOVOA,
Presidente.
José Pedro Montero,
Santiago González Barbo ni,
Secretarios.

MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL
MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CULTURA
MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
MINISTERIO DE VIVIENDA, ORDENAMIENTO TERRITORIAL Y MEDIO
AMBIENTE

Montevideo, 23 de octubre de 2009.

De acuerdo a lo dispuesto por el artículo 145 de la Constitución de la República cúmplase, acútese recibo, comuníquese, publíquese e insértese en el Registro Nacional de Leyes y Decretos, la Ley por la que se crea, en la órbita del Ministerio de Desarrollo Social, el Instituto Nacional del Adulto Mayor (INAM).

TABARE VAZQUEZ	MARIA JULIA MUÑOZ	MARIA SIMON
JULIO BARAIBAR	CARLOS COUCCE	MARINA ARISMENDI

ANEXO 4

REQUISITOS PARA ACCEDER A UNA VIVIENDA DEL BPS

El BPS realiza la inscripción, selección y adjudicación de Soluciones Habitacionales; y la administración de viviendas construidas por el Ministerio de Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente (MVOTMA), para jubilados y pensionistas.

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

Todo lo anteriormente expuesto está sujeto a los topes de ingresos que percibe a nivel individual por todo concepto el aspirante, dicho monto no podrá superar las 12 U.R., a excepción de aquellas localidades del Interior que el monto es 24 U.R.; no podrá ser propietario, copropietario, usufructuario, titular de derechos de uso y habitación, prominente o titular de otros programas de vivienda, ya sean públicos o privados.

Las localidades en las cuales el tope ha sido elevado a 24 UR son las siguientes:

- **Canelones:** Capital Deptal, Canelones, Santa Lucía, Los Cerrillos, San Bautista, Las Piedras, San Ramón, La Paz
- **Colonia:** Nueva Palmira, Carmelo, Colonia Valdense, Juan Lacaze
- **Flores:** Trinidad
- **Florida:** Sarandí Grande, Cardal
- **Lavalleja:** Zapicán
- **Río Negro:** Fray Bentos
- **Rivera:** Minas de Corrales, Vichadero, Tranqueras
- **Rocha:** Lascano, Castillos
- **Salto:** Constitución, Col. Lavalleja
- **San José:** Mal Abrigo
- **Soriano:** Cardona
- **Tacuarembó:** Paso de los Toros
- **Treinta y Tres:** Capital Deptal, Treinta y Tres, Santa Clara de Olimar

VIVIENDAS ENTREGADAS

Cantidad de viviendas entregadas desde el año 1990 a Julio 2011:

TOTAL: 5977

Que se discriminan por:

- Montevideo: 2648
- Interior: 3330

También existen otros 2 tipos de Soluciones Habitacionales:

SUBSIDIO DE ALQUILER:

El Decreto del Poder Ejecutivo 80/2006, de marzo de 2006, ya creaba el subsidio para alquiler para ser otorgados en casos especiales. A partir del Decreto 436/2009 del 28/09/2009 se amplía el criterio de aplicación facultando al Banco de Previsión Social a otorgar el subsidio de arrendamiento de vivienda previo informe técnico y mediante resolución fundada, a aquellos aspirantes del Programa de Soluciones Habitacionales para los cuales resulte ser la solución más adecuada, de acuerdo al lugar y tiempo de residencia del aspirante, perfil socio-económico del mismo y capacidad del entorno para contenerlo y apoyarlo.

El valor mensual del arrendamiento y los gastos comunes si los hubiera, será de hasta 12 UR (\$ 6.058,92 valor a Marzo 2011 – UR \$ 504,91). Al 31 de Julio de 2011 se encuentran efectivizados 376 subsidios de alquiler en todo el país.

SUBSIDIO DE CUPOS CAMA:
El Decreto 360/2004 del 7/10/2004 establece este subsidio. Actualmente este tipo de subsidio solamente esta implementado para los Beneficiarios y Aspirantes que ya ocupan viviendas del Programa y su condición física les impide valerse por sí 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 B.P.S.

De acuerdo a la RD 8-17/2009 del 18/03/2009 los Cohabitantes autorizados también están amparados por este beneficio, cumpliendo los requisitos correspondientes.

De acuerdo a un convenio firmado entre el BPS y el MVOTMA de fecha 17/1/2008, establece que el subsidio se ajusta semestralmente (1º enero y 1º julio de cada año) y la forma que se compone es con el aporte del 70% de la pasividad que percibe el jubilado o pensionista, y el 30% que aporta el BPS con recursos del Fondo Nacional de Vivienda para llegar al importe del subsidio. Es por ello, que desde el 1º de Enero hasta el 30 de Junio de 2011 el monto del subsidio es de \$ 11.444. Al 31 de Julio de 2011 el Programa amparó a 249 beneficiarios, cifra que se discrimina de la siguiente forma:

- Cupos Cama ocupados actualmente: 165
- Beneficiarios que fallecieron: 74
- Beneficiarios que se retiraron por voluntad familiar: 10

APÉNDICE

En Montevideo: Por consultas e inscripción, los jubilados y pensionistas se deben dirigir a Prestaciones Sociales, 18 de Julio 1720 Planta Baja, de lunes a viernes de 09:15 a 16:00 hs.
En el interior: Los jubilados y pensionistas del Interior del País, realizan sus consultas e inscripción en las Sucursales del BPS, a través de la Asistente Social del Departamento o de la zona geográfica respectiva.

Guía de preguntas y respuestas para el participante

Si usted desea participar en esta encuesta, debe cumplir con los requisitos que se detallan en esta entrevista. Esta encuesta es voluntaria y no genera ningún costo para el participante.

La participación en esta encuesta es voluntaria y confidencial. La información que se recopila solo es utilizada y se usará para fines de investigación y no se hará pública. Las respuestas de la entrevista serán anonimizadas.

Si usted quiere participar en esta encuesta, puede hacerlo en cualquier momento durante su participación en el estudio, puede retirarse del estudio en cualquier momento sin que esto le genere ningún costo. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le causan inconvenientes, puede solicitar al investigador de inmediato saber el procedimiento a seguir.

Gracias por su participación en esta encuesta.

Acuerdo: El participante autoriza expresamente que toda la información suministrada por _____ sea utilizada para fines de investigación y no se hará pública. La encuesta es voluntaria y no genera ningún costo para el participante.

Me comprometo a participar en esta encuesta y responder a las preguntas en una entrevista de duración aproximadamente _____ minutos.

Entiendo que la información que se recopila en el estudio es confidencial y que la información que se recopila solo es utilizada y se usará para fines de investigación y no se hará pública. He autorizado expresamente al investigador a que pueda utilizar la información que se recopila en el estudio para fines de investigación y no se hará pública. He autorizado expresamente al investigador a que pueda utilizar la información que se recopila en el estudio para fines de investigación y no se hará pública.

Nombre del participante: _____ Fecha: _____ Hora: _____ Participante: _____

ANEXO 5

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación es conducida por _____, de la Universidad _____ . La meta de este estudio es la Situación Socio-demográfica y epidemiológica de la Vejez

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista. Esto tomará aproximadamente 30 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Las respuestas de la entrevista serán totalmente anónimas.

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

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por _____. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es la Situación Socio-demográfica y epidemiológica de la Vejez

Me han indicado también que tendré que responder preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 30 minutos.

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

Nombre del Participante
Fecha

Firma del Participante

ANEXO 6

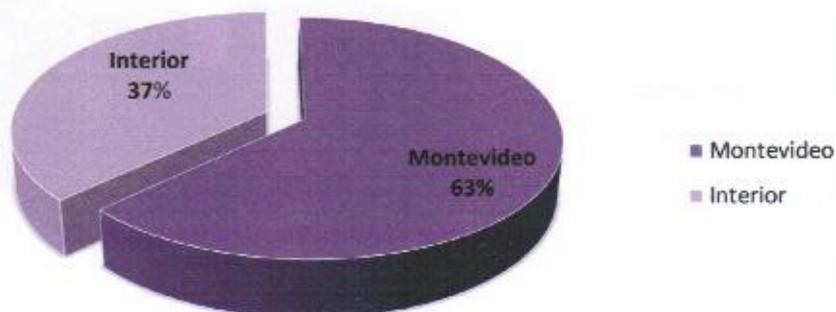
PRESENTACION DE LOS RESULTADOS

Tabla N° 1: Distribución de la población, teniendo en cuenta la Procedencia, de los adultos mayores de 65 años que residen en complejos habitacionales del BPS, periodo noviembre- diciembre 2012.

Procedencia	FA	FR	FR%
Montevideo	70	0.63	63
Interior	42	0.37	37
Total	112	1	100

Fuente: información obtenida a través del instrumento ETSA.

Grafico N° 1: Distribución de la población, según su Procedencia, de los adultos mayores de 65 años que residen en complejos habitacionales del BPS, periodo noviembre- diciembre de 2012.



De acuerdo a la distribución, por procedencia, de la población adulta mayor de 65 años que reside en los complejos habitacionales del BPS, en el periodo noviembre –diciembre de 2012, se obtuvo que el 63% es de Montevideo y un 37% del interior.

Tabla N° 2: Distribución de la población, según la variable Sexo, de los adultos mayores de 65 años que residen en complejos habitacionales del BPS, periodo noviembre- diciembre 2012.

Sexo	FA	FR	FR%
Femenino	93	0.83	83
Masculino	19	0.17	17
Total	112	1	100

Fuente: información obtenida a través del instrumento ETSA.



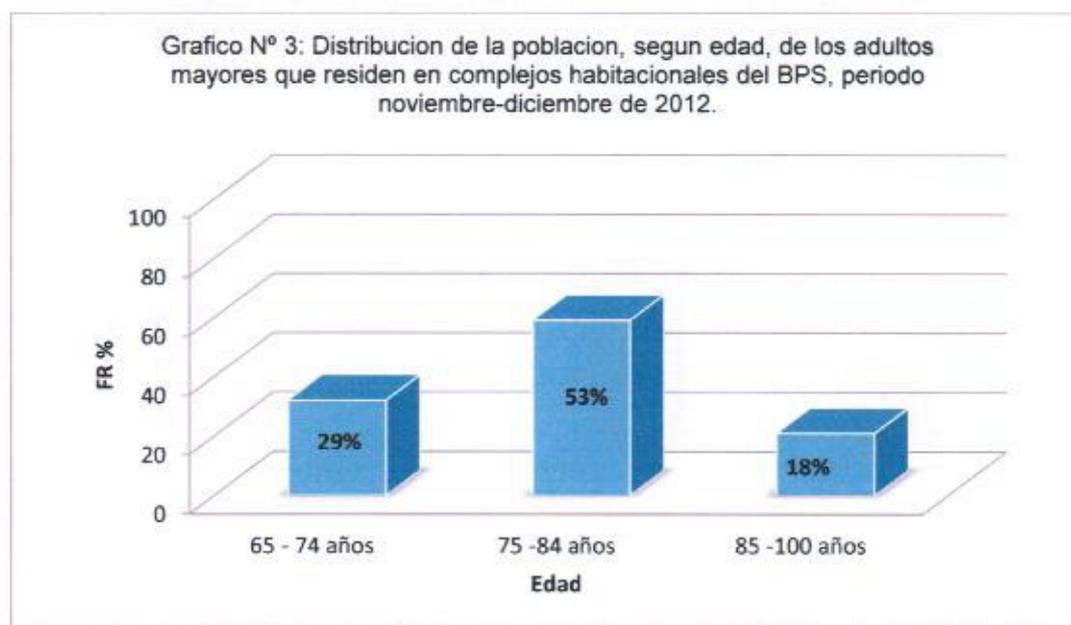
Según la distribución por sexo de la población se obtuvo que el 83% son mujeres y el 17% hombres.

Tabla N° 3: Distribución de la población, según Edad, de los adultos mayores de 65 años, que residen en complejos habitacionales del BPS, periodo noviembre- diciembre 2012.

Edad (años)	FA	FR	FR%
De 65 a 74	32	0.29	29
De 75 a 84	59	0.53	53
De 85 a 100	21	0.18	18
Total	112	1	100

Fuente: información obtenida a través del instrumento ETSA.

Media: 78.94≈ 79 años.

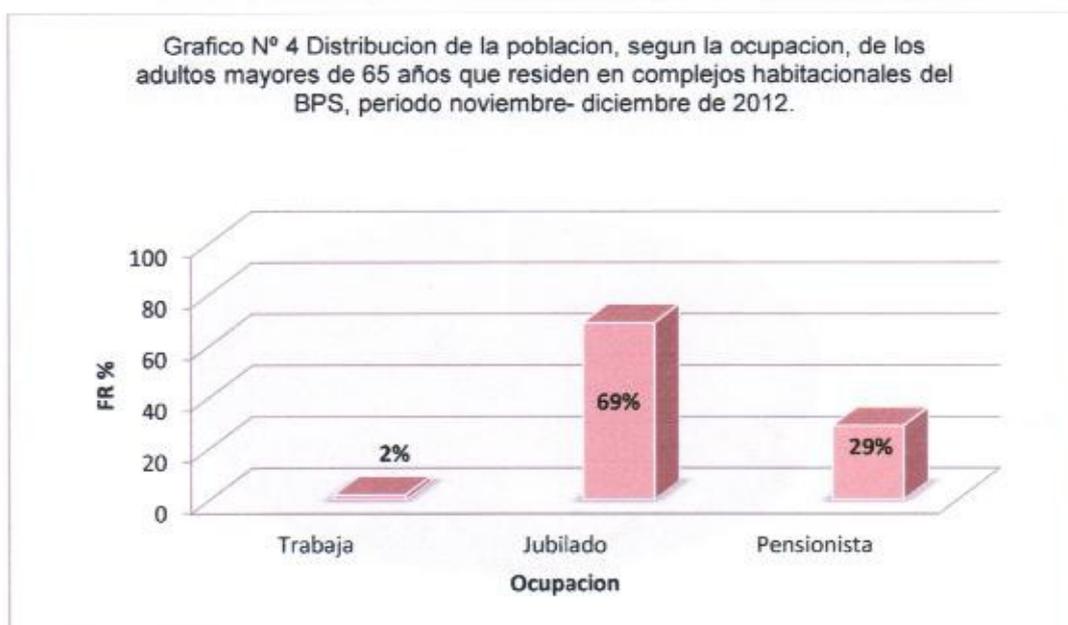


De acuerdo a la distribución por edad de la población se obtuvo que el 53% son adultos mayores entre 75 y 84 años, seguido de un 29% de adultos entre 65 y 74 años, y un 18% de adultos entre 85 y 100 años.

Tabla N° 4: Distribución de la población, según Ocupación, los adultos mayores de 65 años que residen en complejos habitacionales del BPS, periodo noviembre- diciembre 2012.

Ocupación	FA	FR	FR%
Trabaja	2	0.02	2
Jubilado	77	0.69	69
Pensionista	33	0.29	29
Total	112	1	100

Fuente: información obtenida a través del instrumento ETSA.



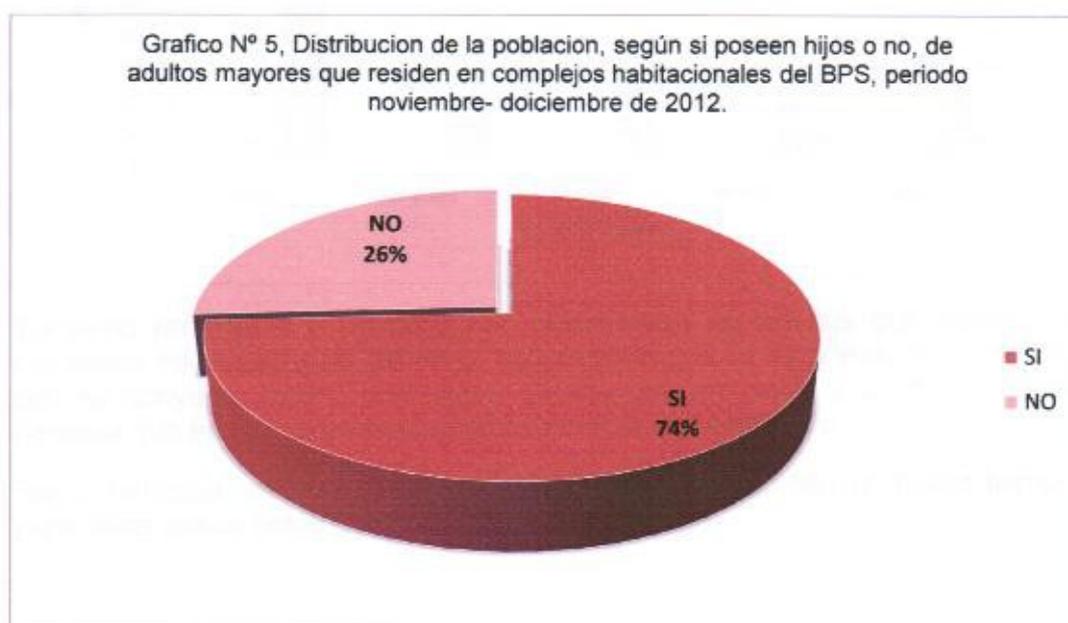
Teniendo en cuenta el tipo de ocupación de esta población se encontró que el 69% son jubilados, el 29% reciben pensión y un 2% trabaja.

Destacamos que al momento de la entrevista 8 participantes afirmaron ser jubilados y pensionista al mismo tiempo, en cuya situación optamos por una sola opción. Debemos tener en cuenta el bajo porcentaje de adultos mayores que trabajan, sabemos que sus ingresos no cubren sus necesidades, pero tampoco hay perspectiva y oferta de empleo para esta población, existe la estimulación para jubilarse ya que a los 60 años se puede comenzar el trámite jubilatorio, o a los 30 años de actividad laboral, si sos mujer tenes el beneficio de que te suman años por cada hijo.

Tabla N° 5: Distribución de la población, según si Poseen Hijos o no, de adultos mayores de 65 años que residen en complejos habitacionales del BPS, periodo noviembre- diciembre 2012.

Posee Hijos	FA	FR	FR%
SI	83	0.74	74
NO	29	0.26	26
Total	112	1	100

Fuente: información obtenida a través del instrumento ETSA.

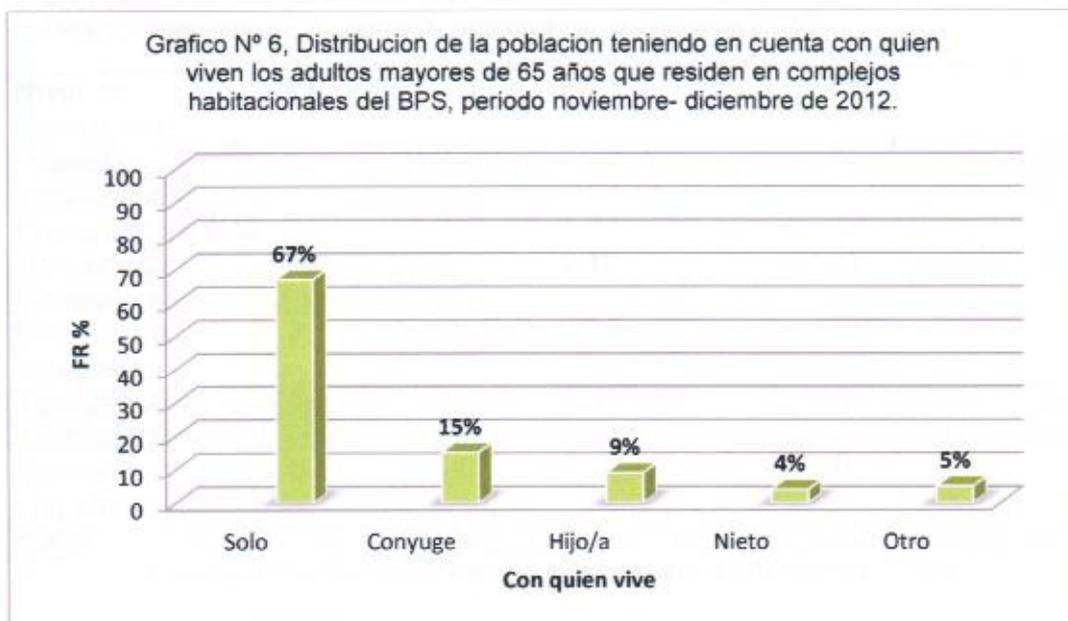


Según la variable si posee hijos o no, se obtuvo que el 74% de la población participante posee hijos y que el 26% no.

Tabla N° 6: Distribución de la población, teniendo en cuenta Con quien viven, los adultos mayores de 65 años que residen en complejos habitacionales del BPS, periodo noviembre- diciembre 2012.

Con quien vive	FA	FR	FR%
Solo	75	0.67	67
Cónyuge	17	0.15	15
Hijo/a	10	0.09	9
Nieto	4	0.04	4
Otro	6	0.05	5
Total	112	1	100

Fuente: información obtenida a través del instrumento ETSA.



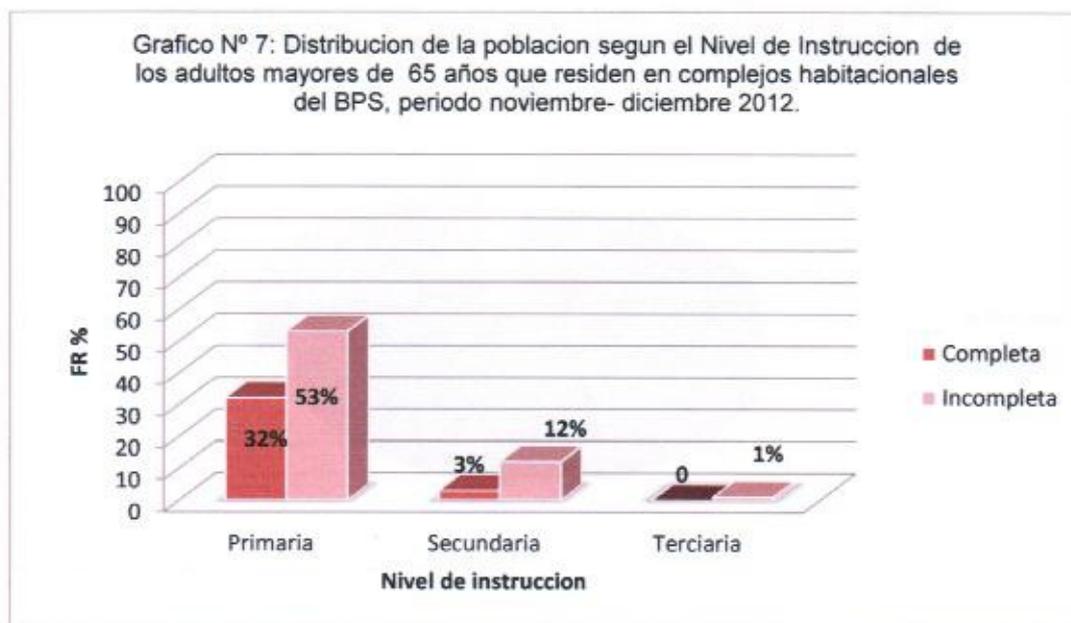
Teniendo en cuenta la variable con quien viven los adultos que residen en complejos habitacionales del BPS, se encontró que el 67% vive solo, un 15% con su cónyuge, el 9% con hijo/a, un 4% con un nieto, y un 5% con otra persona que en todos los casos corresponde a un hermano/o.

Hay 2 participantes que viven con el cónyuge y con un hijo al mismo tiempo, para estos casos optamos por la opción de cónyuge.

Tabla N° 7: Distribución de la población, teniendo en cuenta el Nivel de Instrucción, de los adultos mayores de 65 años que residen en complejos habitacionales del BPS, periodo noviembre- diciembre 2012.

Nivel de Instrucción	FA	FR	FR%
Primaria incompleta	59	0.53	53
Primaria completa	36	0.32	32
Secundaria incompleta	13	0.12	12
Secundaria completa	3	0.03	3
Terciaria incompleta	1	0.01	1
Terciaria completa	0	0	0
Total	112	1	100

Fuente: información obtenida a través del instrumento ETSA.



En cuanto a la distribución por nivel de instrucción destacamos que solo el 32% posee primaria completa, mientras que el 53% no. Con respecto a la educación secundaria solo el 3% la tiene completa y un 12% no, solamente el 1% llegó al

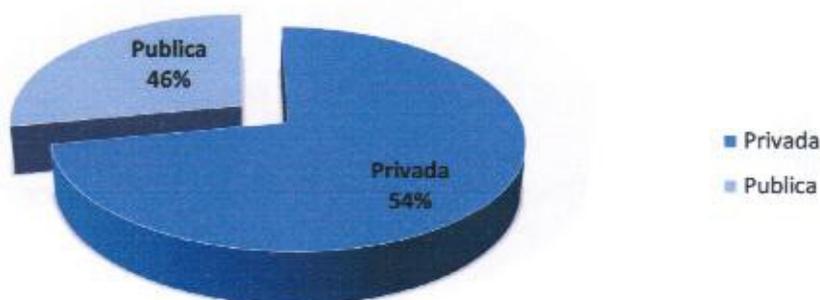
nivel terciario incompleto. Junto con Chile somos uno de los países en los que los adultos mayores poseen muy bajos niveles educativos.¹

Tabla N° 8: Distribución de la población, teniendo en cuenta si posee Cobertura Médica pública o privada, de los adultos mayores de 65 años que residen en Complejos Habitacionales del BPS, periodo noviembre- diciembre 2012.

Cobertura Médica	FA	FR	FR%
Privada	61	0.54	54
Publica	51	0.46	46
Total	112	1	100

Fuente: información obtenida a través del instrumento ETSA

Grafico N° 8: Distribución de la población, según si poseen cobertura médica pública o privada, de los adultos mayores de 65 años que residen en complejos habitacionales del BPS, periodo noviembre- diciembre de 2012.



En cuanto a la distribución de la población teniendo en cuenta el tipo de cobertura de salud se obtuvo que el 54% se asiste en servicios privados, mientras que el 46% lo hace en la asistencia pública. El porcentaje de adultos

¹ SISE, Ronda de Censos de la década del 2000 (CEPAL/CELADE,2007)

mayores sin cobertura es 0 ya que desde el año 2008 se encuentra vigente el Sistema Nacional Integrado de Salud que prevé cobertura a toda la población.

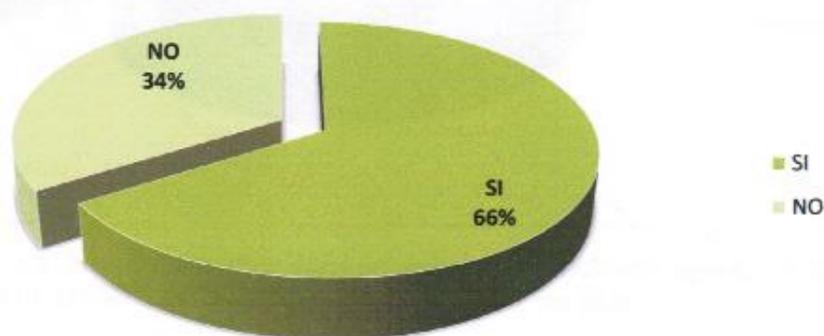
Esta variable es importante conocer ya que nos permite conocer que tipos de beneficios poseen los adultos mayores, el acceso a órdenes, ticket, medicamentos, si son gratuitos o no, realización de tratamientos o estudios según costos.

Tabla N° 9: Distribución de la población, teniendo en cuenta si presenta o no Servicio de emergencia móvil, de los adultos mayores de 65 años que residen en Complejos Habitacionales del BPS, periodo noviembre- diciembre 2012.

Emergencia Móvil	FA	FR	FR%
SI	74	0.66	66
NO	38	0.34	34
Total	112	1	100

Fuente: información obtenida a través del instrumento ETSA

Grafico N° 9: Distribución, teniendo en cuenta si presenta o no Servicio de emergencia móvil, de los adultos mayores de 65 años que residen en Complejos Habitacionales del BPS, periodo noviembre- diciembre 2012.

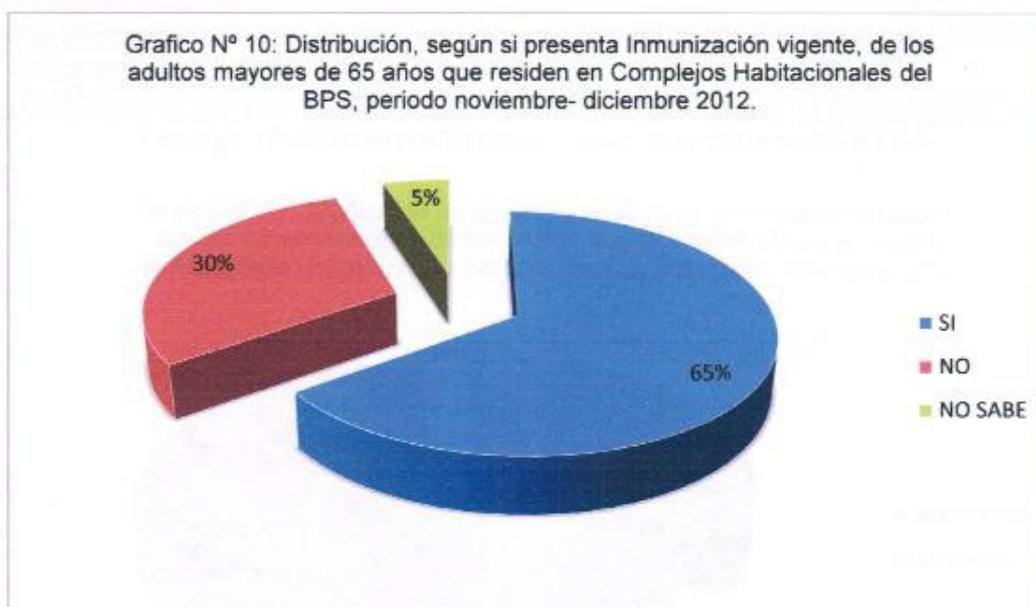


Según la variable si cuenta o no con cobertura de emergencia móvil el 66% de la población afirma que si y un 34% no.

Tabla N° 10: Distribución de la población, según si presentan Inmunización vigente, de los adultos mayores de 65 años que residen en complejos habitacionales del BPS, periodo noviembre- diciembre 2012.

Inmunización vigente	FA	FR	FR%
SI	72	0.65	65
NO	34	0.30	30
No sabe	6	0.05	5
Total	112	1	100

Fuente: información obtenida a través del instrumento ETSA



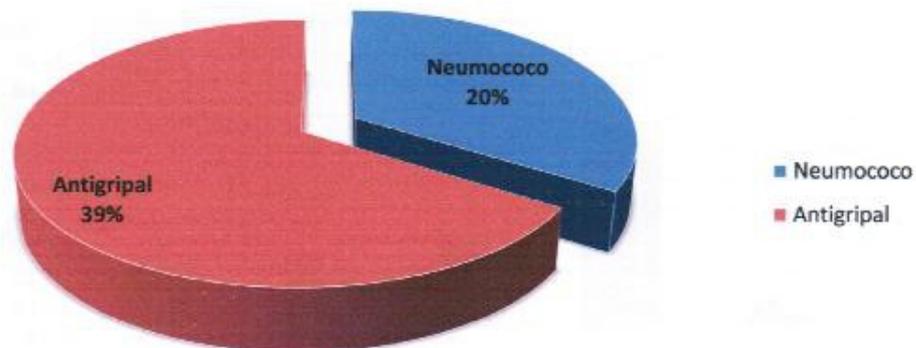
Con respecto a si los participantes poseen vacuna antitetánica vigente el 65% respondió que sí, un 30% no las tiene vigente y un 5% no sabe.

Tabla N° 11: Distribución de la población, según si presenta Inmunización complementaria, de los adultos mayores de 65 años que residen en complejos habitacionales del BPS, periodo noviembre- diciembre 2012.

Inmunización Complementaria	FA	FR	FR%
SI	66	0.59	59
NO	46	0.41	41
Total	112	1	100
Recibieron inmunización complementaria	FA	FR	FR%
Neumococo	22	0.20	20
Antigripal	44	0.39	39
Total	66	0.59	59

Fuente: información obtenida a través del instrumento ETSA

Grafico N° 11: Distribución de la población, según si presenta Inmunización vigente complementaria, de los adultos mayores de 65 años que residen en Complejos Habitacionales del BPS, periodo noviembre- diciembre 2012.



Esta variable hace referencia a si los participantes recibieron en el último año vacuna antigripal o neumococo. Solamente el 59% de la población total recibió inmunización complementaria, de los cuales el 39% recibió vacuna antigripal y el 20% vacuna para neumococo.

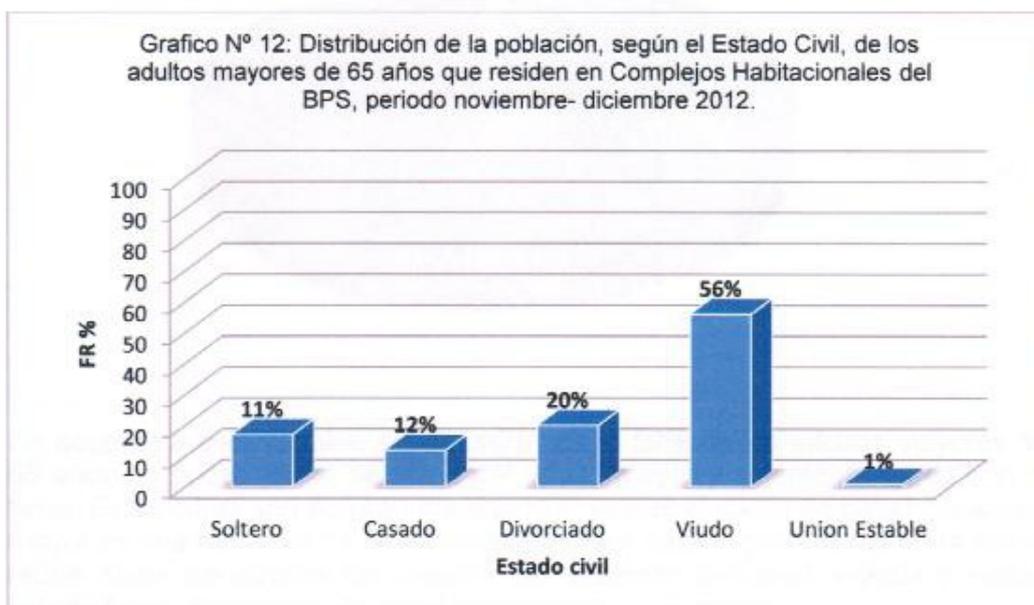
Es significativa la población que no recibe inmunización complementaria ya que representa el 41%, cifra que cobra importancia si tenemos en cuenta que son población de riesgo, y estas vacunas son para prevenir la gripe estacionaria y las enfermedades neumococcicas que generan costos elevados en la salud y

son unas de las causas más frecuentes de internación de los adultos mayores en épocas de frío.

Tabla N° 12: Distribución de la población, según el Estado Civil, de los adultos mayores de 65 años que residen en Complejos Habitacionales del BPS, periodo noviembre- diciembre 2012.

Estado Civil	FA	FR	FR%
Soltero	12	0.11	11
Casado	14	0.12	12
Divorciado	22	0.20	20
Viudo	63	0.56	56
Unión Libre	1	0.01	1
Total	112	1	100

Fuente: información obtenida a través del instrumento ETSA



En cuanto al estado civil de los participantes se encontró que el 56% es viudo, un 20% divorciado, un 12% está casado, el 11% es soltero y un 1% posee unión estable.

Tabla N° 13: Distribución de la población, según si presentan o no Carne de Salud del Adulto mayor, de los adultos mayores de 65 años que residen en Complejos Habitacionales del BPS, periodo noviembre- diciembre 2012.

Carne de salud del adulto mayor	FA	FR	FR%
SI	46	0.41	41
NO	66	0.59	59
Total	112	1	100

Fuente: información obtenida a través del instrumento ETSA



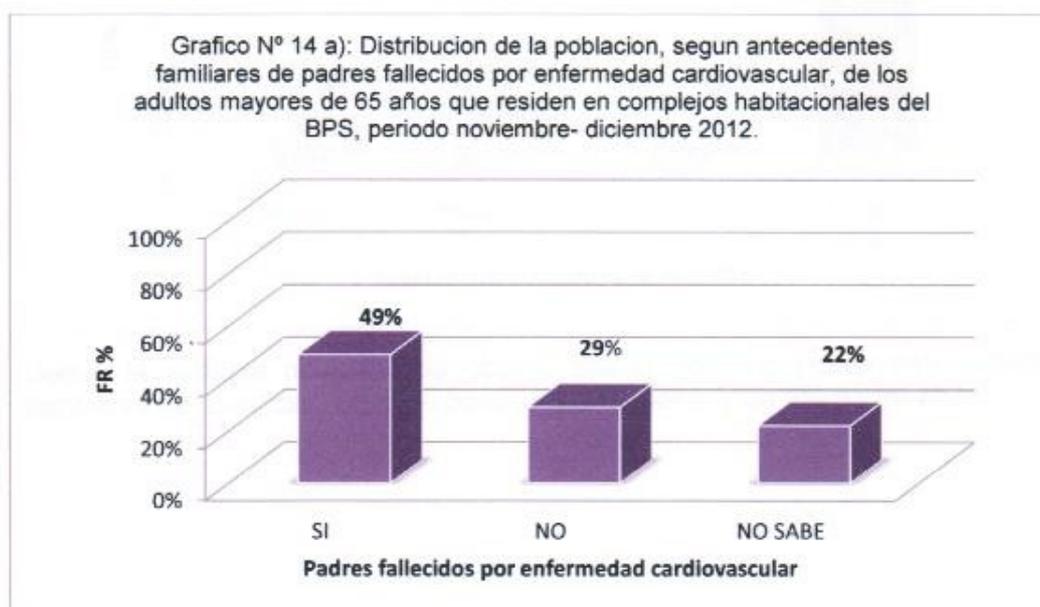
De acuerdo a esta variable se encontró que el 59% de los adultos mayores de 65 años no posee carne de salud del adulto mayor y solamente un 41% si lo tiene. Estas cifras son de gran importancia, ya que el carne de salud del adulto mayor es una herramienta de información clave para el profesional de la salud, reúne datos personales del usuario, su situación funcional, mental y social, estado físico, problemas de salud y medicación que recibe.

Tabla N° 14: Antecedentes Familiares

A. Distribución de la población, según Antecedentes Familiares de padres fallecidos por enfermedad cardiovascular, de los adultos mayores de 65 años que residen en complejos habitacionales del BPS, periodo noviembre- diciembre 2012.

AF: Padres fallecidos por enfermedad cardiovascular	FA	FR	FR%
SI	55	0.49	49
NO	32	0.29	29
NO SABE	25	0.22	22
TOTAL	112	1	100

Fuente: información obtenida a través del instrumento ETSA

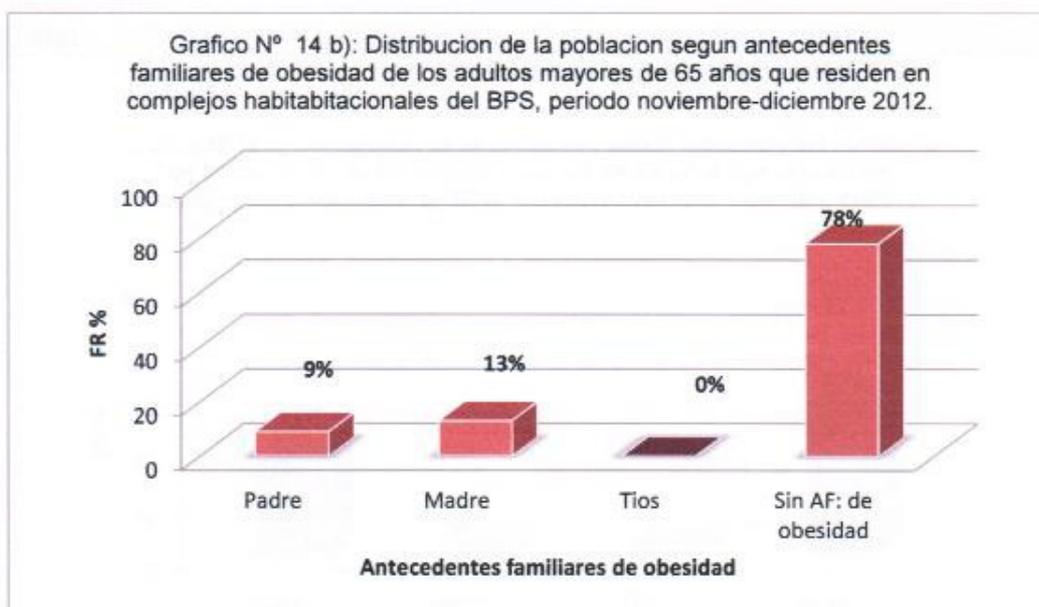


De acuerdo a los antecedentes familiares, el 49% afirma que tuvo padre, madre o algún tío fallecido por enfermedad cardiovascular, el 29% respondió que no, y un 22% respondió no saber o no recordar por que fallecieron sus padres.

B. Distribución de la población, según Antecedentes Familiares de Obesidad, de los adultos mayores de 65 años que residen en complejos habitacionales del BPS, periodo noviembre- diciembre 2012.

AF: Obesidad	FA	FR	FR%
En Padre	10	0.09	9
En Madre	15	0.13	13
En Tíos	0	0	0
Sin AF. de obesidad	87	0.78	78
Total	112	1	100

Fuente: información obtenida a través del instrumento ETSA

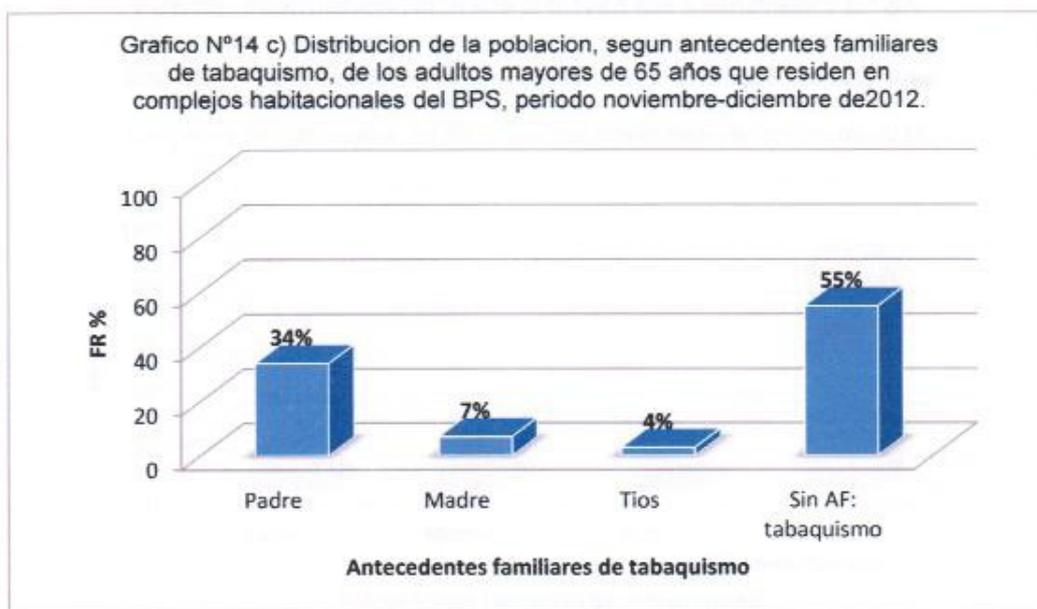


Según la variable obesidad se obtuvo que el 78% no posee antecedentes familiares de obesidad, un 13% posee madre obesa, y un 9% padre obeso.

C. Distribución de la población, según Antecedentes Familiares de Tabaquismo, de los adultos mayores de 65 años que residen en Complejos Habitacionales del BPS, periodo noviembre- diciembre 2012.

AF: Tabaquismo	FA	FR	FR%
En Padre	38	0.34	34
En Madre	8	0.07	7
En Tíos	4	0.04	4
Sin AF: de tabaquismo	62	0.55	55
Total	112	1	100

Fuente: información obtenida a través del instrumento ETSA

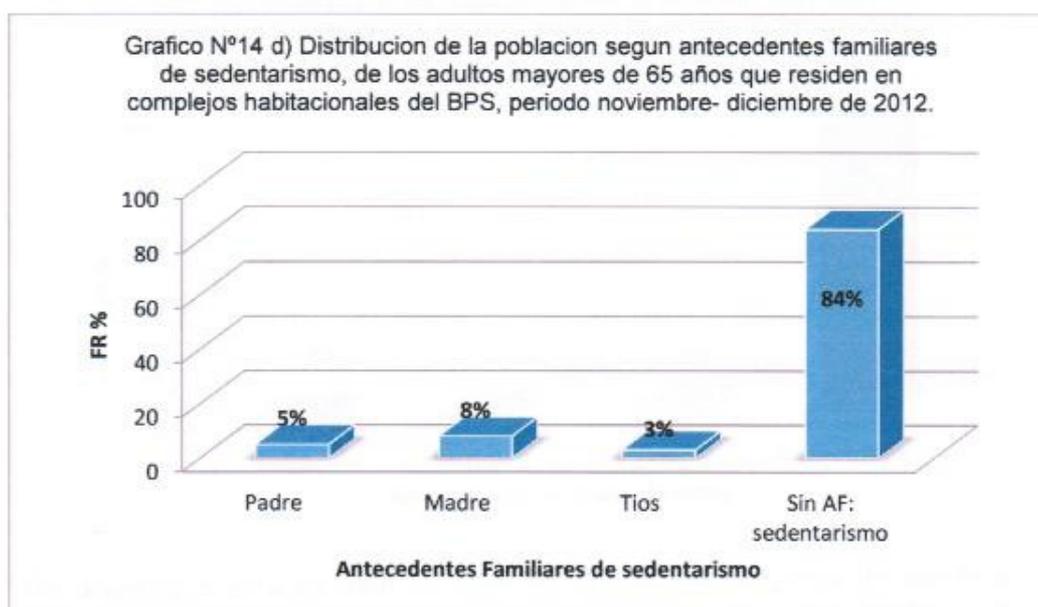


De acuerdo a la variable tabaquismo un 55% no posee antecedentes familiares de tabaquismo, mientras que un 34% afirma que tiene padre tabaquista, un 7% la madre y un 4% los tíos.

D. Distribución de la población, según Antecedentes Familiares de Sedentarismo, de los adultos mayores de 65 años que residen en Complejos Habitacionales del BPS, periodo noviembre- diciembre 2012.

AF:	FA	FR	FR%
Sedentarismo			
En Padre	6	0.05	5
En Madre	9	0.08	8
En Tíos	3	0.03	3
Sin AF: de sedentarismo	94	0.84	84
Total	112	1	100

Fuente: información obtenida a través del instrumento ETSA

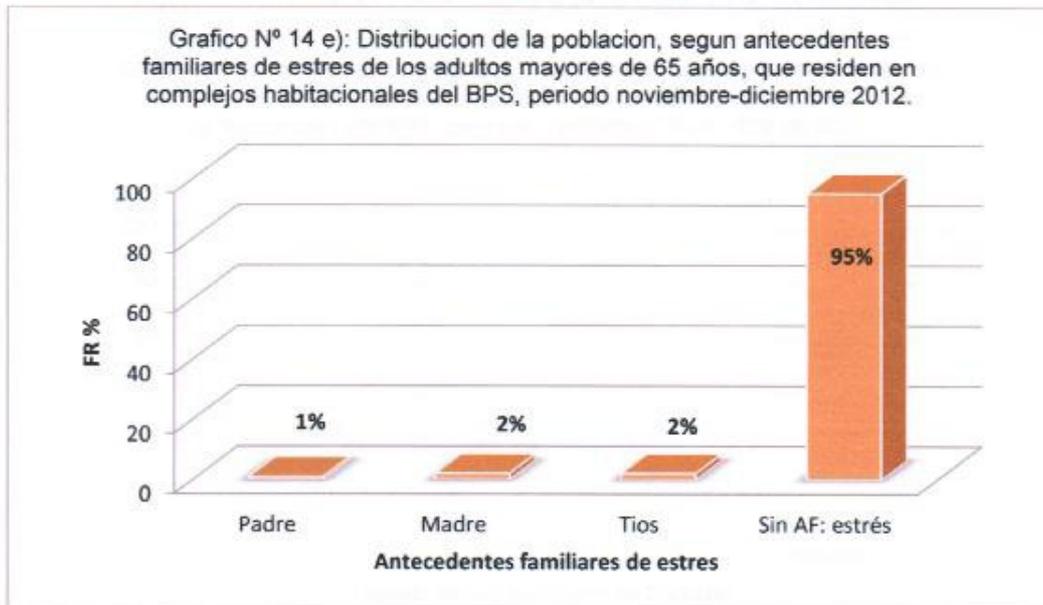


Un 84% de la población refiere no tener antecedentes familiares de sedentarismo, solamente el 8% presenta madre sedentaria, un 5% padre y un 3% tíos sedentarios.

E. Distribución de la población, según Antecedentes Familiares de Estrés de los adultos mayores de 65 años que residen en Complejos Habitacionales del BPS, periodo noviembre- diciembre 2012.

AF: Estrés	FA	FR	FR%
En Padre	1	0.01	1
En Madre	2	0.02	2
En Tíos	2	0.02	2
Sin AF: de estrés	107	0.95	95
Total	112	1	100

Fuente: información obtenida a través del instrumento ETSA

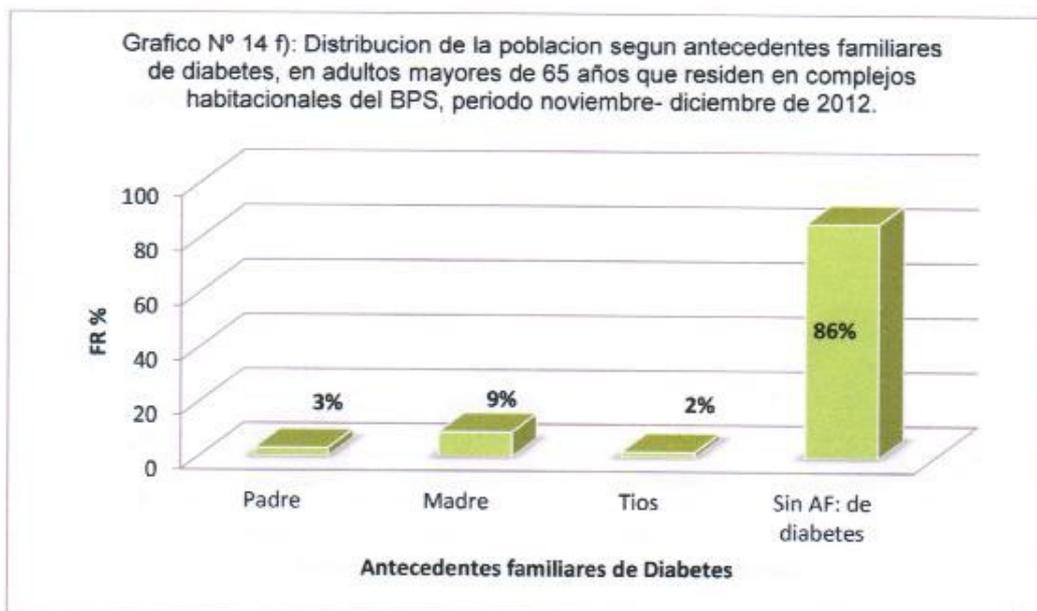


De acuerdo a esta variable un 85% no posee antecedentes de estrés en la familia, el resto se divide en 2% para tíos, igual porcentaje para madre, y un 1% para padres.

F. Distribución de la población, según Antecedentes Familiares de Diabetes, de los adultos mayores de 65 años que residen en Complejos Habitacionales del BPS, periodo noviembre- diciembre 2012.

AF: Diabetes	FA	FR	FR%
En Padre	3	0.03	3
En Madre	11	0.09	9
En Tíos	2	0.02	2
Sin AF: de Diabetes	96	0.86	86
Total	112	1	100

Fuente: información obtenida a través del instrumento ETSA

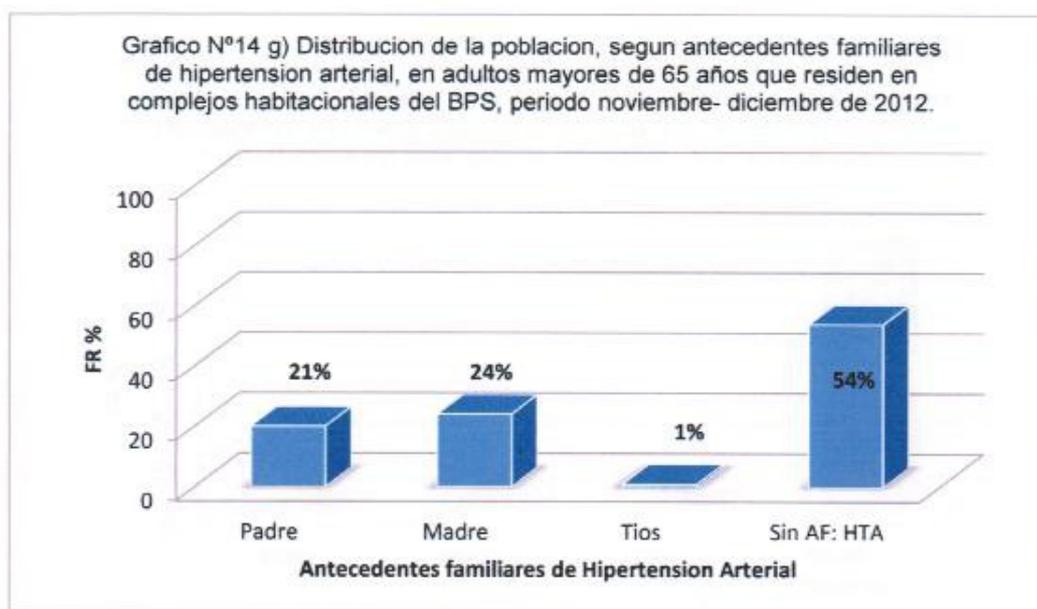


Según la variable diabetes el 86% de la población no posee antecedentes familiares de dicha patología, un 9% afirma tener madre diabética, un 3% padre y un 2% tíos.

G. Distribución de la población, según Antecedentes Familiares de Hipertensión Arterial de los adultos mayores de 65 años que residen en complejos habitacionales del BPS, periodo noviembre- diciembre 2012.

AF: Hipertensión Arterial	FA	FR	FR%
En Padre	23	0.21	21
En Madre	27	0.24	24
En Tíos	1	0.01	1
Sin AF: de HTA	61	0.54	54
Total	112	1	100

Fuente: información obtenida a través del instrumento ETSA

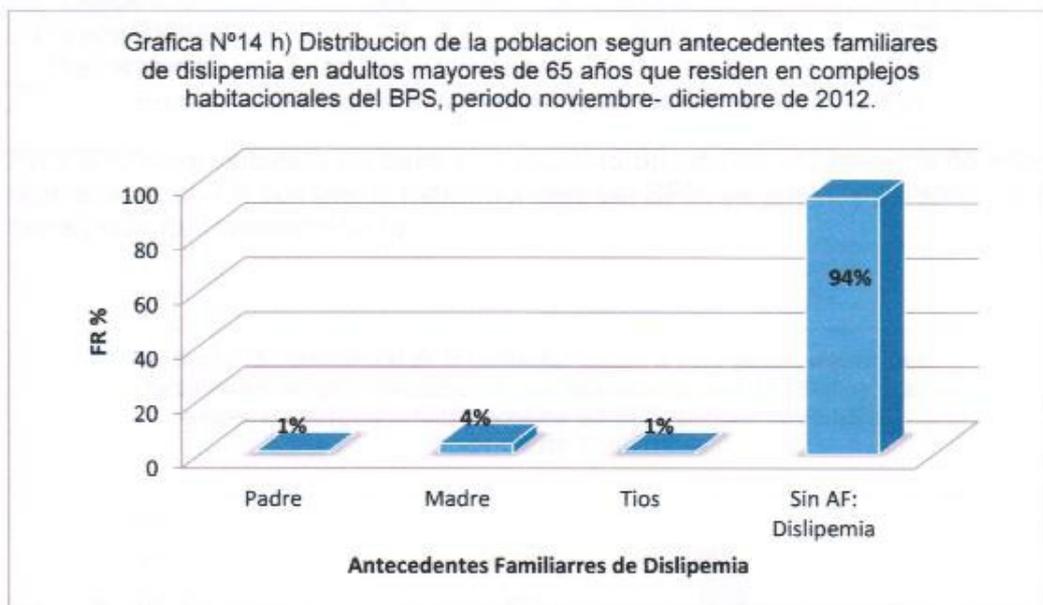


El 24% de la población posee madre hipertensa, un 21% padre y un 1% tíos, el resto 54% no posee antecedentes familiares de hipertensión arterial.

H. Distribución de la población, según Antecedentes Familiares de Dislipemia de los adultos mayores de 65 años que residen en Complejos Habitacionales del BPS, periodo noviembre- diciembre 2012.

AF: Dislipemia	FA	FR	FR%
En Padre	1	0.01	1
En Madre	5	0.04	4
En Tíos	1	0.01	1
Sin AF de Dislipemia	105	0.94	94
Total	112	1	100

Fuente: información obtenida a través del instrumento ETSA



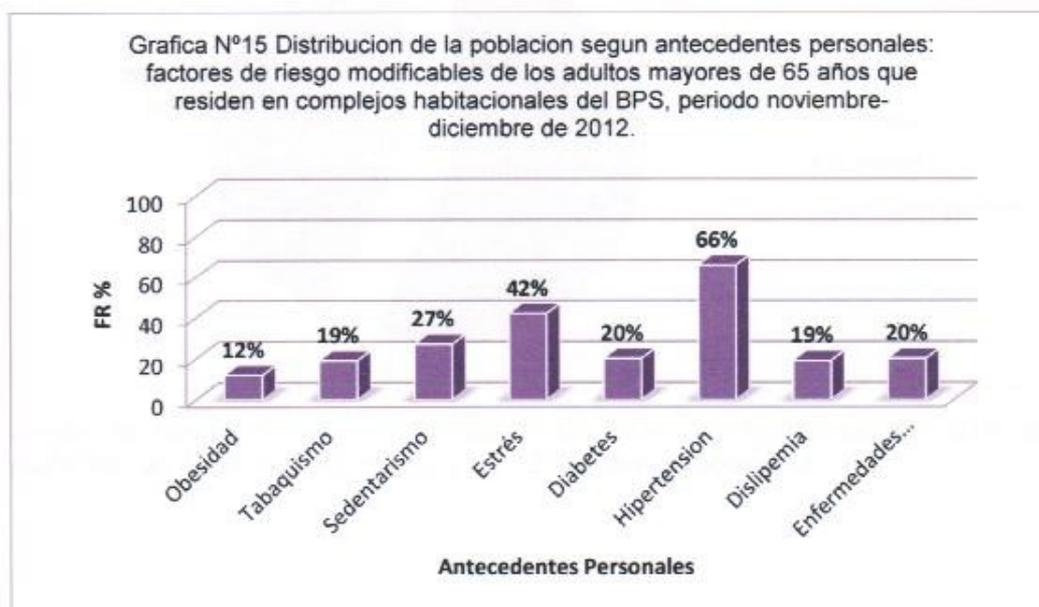
Solamente el 4% posee madre con Dislipemia, un 1% tiene padre y tío respectivamente con igual antecedentes, y un 94% no tiene antecedentes de dicha patología en la familia.

Tabla N° 15 Distribución de la población, según Antecedentes Personales Factores de Riesgo Modificables, de los adultos mayores de 65 años que residen en complejos habitacionales del BPS, periodo noviembre- diciembre 2012.

Antecedentes Personales	FA	FR*	FR%*
Obesidad	14	0.12	12
Tabaquismo	21	0.19	19
Sedentarismo	30	0.27	27
Estrés	47	0.42	42
Diabetes	22	0.20	20
HTA	74	0.66	66
Dislipemia	21	0.19	19
Enfermedades Respiratoria	22	0.20	20

Fuente: información obtenida a través del instrumento ETSA

FR*FR%*Valor obtenido en base a la totalidad de adultos mayores de 65 años que residen en los complejos habitacionales del BPS, ya que hay personas que tienen más de un antecedente.



Según la distribución de la población un 66% es hipertensa, el 42% sufre de estrés, el 27% de sedentarismo, un 20% de diabetes e igual porcentaje para las

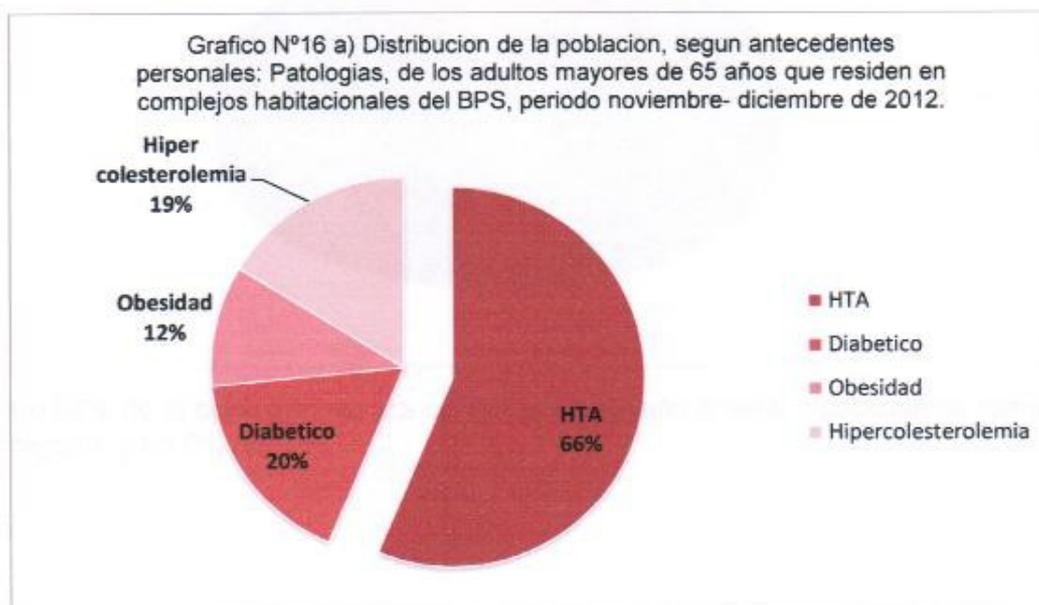
enfermedades respiratorias, un 19% son tabaquista y dislipemico respectivamente, y un 12% sufre de obesidad.

Tabla N° 16: Antecedentes Personales: Factores de Riesgo Enfermedades del Sistema Cardiovascular.

a) Distribución de la población, según antecedentes personales de patologías de los adultos mayores de 65 años que residen en complejos habitacionales del BPS, periodo noviembre- diciembre 2012.

Antecedentes Personales	FA	FR	FR%
HTA	74	0.66	66
Diabético	22	0.20	20
Obesidad	14	0.12	12
Hipercolesterolemia	21	0.19	19

Fuente: información obtenida a través del instrumento ETSA



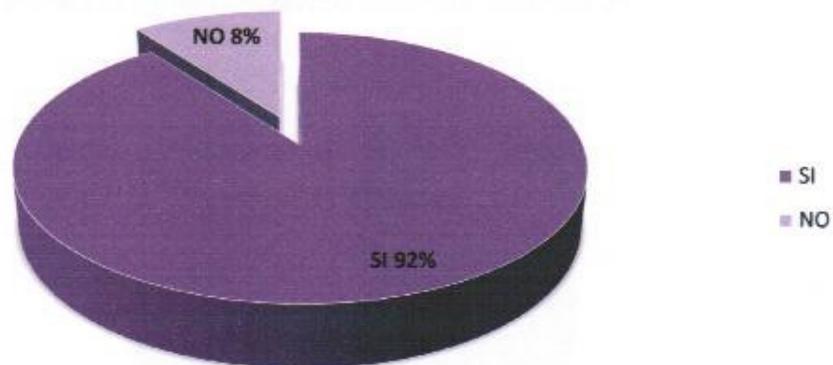
Según la distribución de la población un 66% es hipertensa, un 20% de diabetes, un 19% es dislipemico, y un 12% sufre de obesidad.

b) Distribución de la población, según controles de patologías, de los adultos mayores de 65 años que residen en complejos habitacionales del BPS, periodo noviembre- diciembre 2012.

Controles	FA	FR	FR%
SI	103	0.92	92
NO	9	0.08	8
Total	112	1	100

Fuente: información obtenida a través del instrumento ETSA.

Grafico N° 16 b) Distribución de la población, según controles de patologías, de los adultos mayores de 65 años que residen en complejos habitacionales del BPS, periodo noviembre- diciembre 2012.



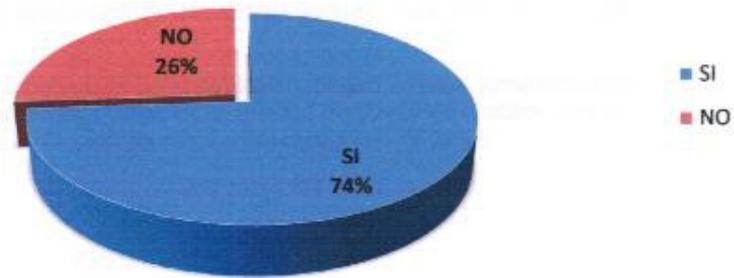
Un 92% de la población realiza controles de presión arterial o glicemia de forma regular, y un 8% no.

c) Distribución de la población, según si toman medicación, de los adultos mayores de 65 años que residen en complejos habitacionales del BPS, periodo noviembre- diciembre 2012.

Toma Medicación	FA	FR	FR%
SI	83	0.74	74
NO	29	0.26	26
Total	112	1	100

Fuente: información obtenida a través del instrumento ETSA.

Grafico N°16 c) Distribución de la población, según si toman medicación, de los adultos mayores de 65 años que residen en complejos habitacionales del BPS, periodo noviembre- diciembre 2012.



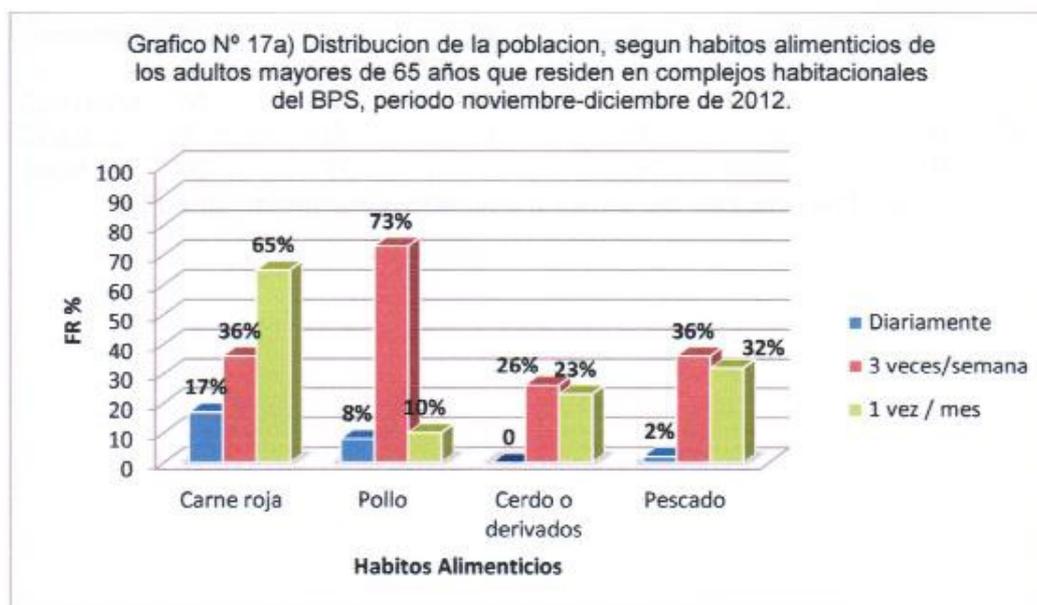
En cuanto a la medicación el 74% afirma que toma medicamentos, y un 26% que no.

Tabla N° 17: Factores de Riesgo Modificables del Sistema Cardiovascular

a) Distribución de la población, según Hábitos Alimenticios de los adultos mayores de 65 años que residen en complejos habitacionales del BPS, periodo noviembre- diciembre 2012.

Hábitos Alimenticios	Diariamente		3 Veces/ Semana		1 Vez/ Semana	
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
Consume carne roja	19	17	40	36	73	65
Consume pollo	9	8	82	73	11	10
Consume cerdo o derivados	0	0	4	4	26	23
Consume pescado	2	2	34	30	36	32

Fuente: información obtenida a través del instrumento ETSA



De acuerdo a hábitos alimenticios se obtuvo que un 17% consume carnes rojas diariamente, un 36% 3 veces por semana y un 65% una vez al mes; en cuanto al consumo de pollo el 8% lo hace diariamente, un 73% 3 veces por semana y un 10% 1 vez al mes; un 26% consume carne de cerdo o derivados 3 veces por

semana y 23% 1 vez al mes; solamente un 2% consume pescado a diario, el 36% lo hace 3 veces por semana y un 32% una vez al mes.

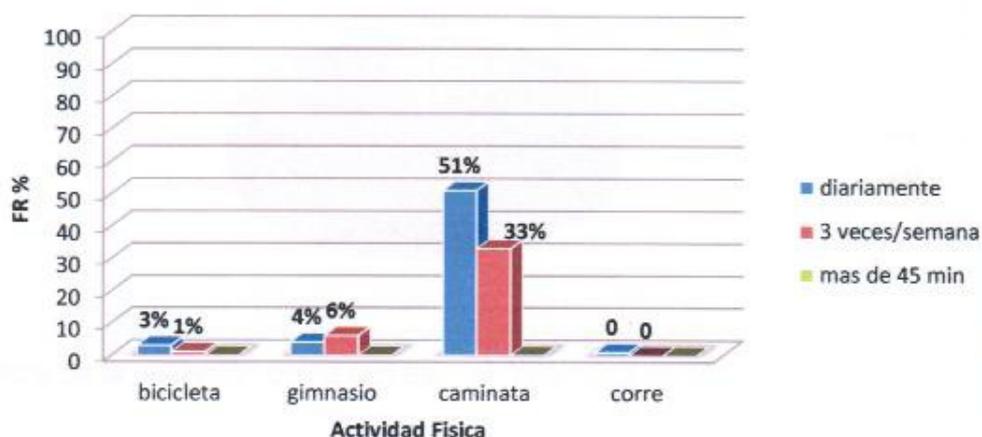
b) Distribución de la población, teniendo en cuenta si realizan o no Actividad Física los adultos mayores de 65 años que residen en Complejos Habitacionales del BPS, periodo noviembre- diciembre 2012.

Realiza Actividad Física	FA	FR	FR%
SI	67	0.60	60
NO	45	0.40	40
Total	112	1	100

Actividad Física que Realiza	Diaria mente		3 veces/ semana		Más de 45 min.	
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
Bicicleta	2	3	1	1	0	0
Gimnasio	3	4	4	6	0	0
Caminata	34	51	22	33	0	0
Corre	0	0	0	0	0	0
Total	40	60	27	40	0	0

Fuente: información obtenida a través del instrumento ETSA.

Grafica N°17 b) Distribucion de la poblacion teniendo en cuenta si realizan o no ejercicios, los adultos mayores de 65 años que residen en complejos habitacionales del BPS, periodo noviembre-diciembre de 2012.



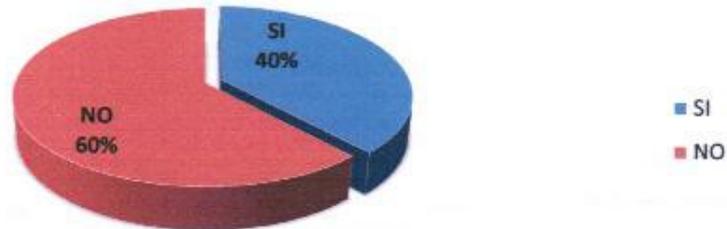
En cuanto a la actividad física se obtuvo que un 3% realiza bicicleta a diario, un 1% 3 veces por semana; el 4% va al gimnasio diariamente, y un 6% 3 veces por semana; el 51% realiza caminatas a diario y un 33% 3 veces por semana; pero en ninguna de estas actividades supera los 45 minutos.

c) Distribución de la población, según si Comen con Sal o no, los adultos mayores de 65 años que residen en Complejos Habitacionales del BPS, periodo noviembre- diciembre 2012.

Come con sal	FA	FR	FR%
Si	45	0.40	40
No	67	0.60	60
Total	112	1	100

Fuente: información obtenida a través del instrumento ETSA

Grafica N°17 c) Distribucion de la poblacion, segun si comen con sal, adulta mayor de 65 años que reside en complejos habitacionales del BPS, periodo noviembre-diciembre de 2012.



El 40% de la población come con sal y el 60% restante no.

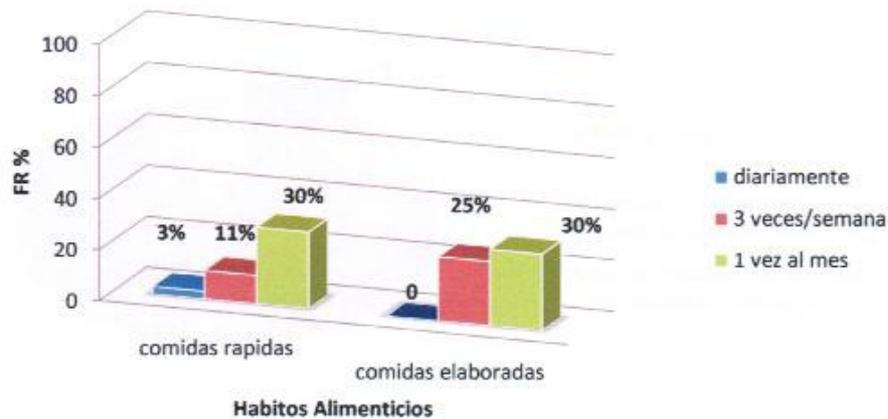
d) Distribución de la población, según Hábitos Alimenticios, de adultos mayores de 65 años que residen en Complejos Habitacionales del BPS, periodo noviembre- diciembre 2012.

Consumo comidas rápidas o elaboradas	FA	FR	FR%
SI	63	0.56	56
NO	49	0.44	44
Total	112	1	100

	Diaria FA	mente FR%	3 veces/ FA	semana FR%	1 vez/ FA	mes FR%
Consumo comidas rápidas	2	3	7	11	19	30
Consumo comidas elaboradas	0	0	16	25	19	30
Total	2	3	23	36	38	60

Fuente: información obtenida a través del instrumento ETSA

Grafico N° 17 d) Distribucion de la poblacion, según hábitos alimenticios, de adultos mayores de 65 años que residen en complejos habitacionales del BPS, periodo noviembre-diciembre de 2012.



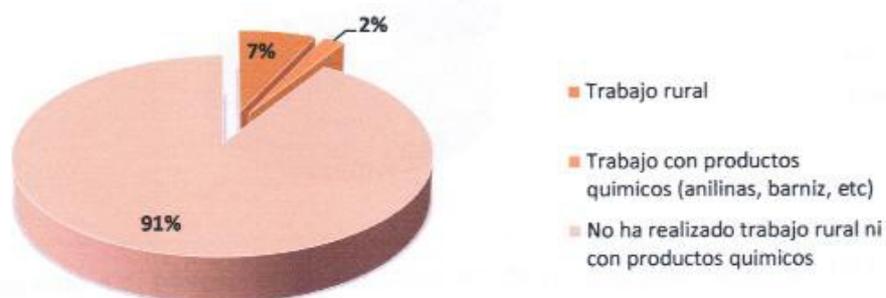
De acuerdo a esta variable el 56% de la totalidad de la población consume comidas rápidas y elaboradas. Un 3% consume comidas rápidas diariamente, un 11% 3 veces a la semana y un 30% 1 vez al mes; un 25% consume comidas elaboradas 3 veces por semana y un 30% 1 vez al mes.

e) Distribución de la población, según Factor de Riesgo Actividad Laboral, de los adultos mayores de 65 años que residen en Complejos Habitacionales del BPS, periodo noviembre- diciembre 2012.

Factor de Riesgo	FA	FR	FR%
Actividad laboral			
Trabajo rural	8	0.07	7
Trabajo con productos químicos	2	0.02	2
No ha realizado trabajo rural ni con productos químicos	102	0.91	91
Total	112	1	100

Fuente: información obtenida a través del instrumento ETSA

Grafico N°17 e): Distribucion de la poblacion, según factor de riesgo actividad laboral, de adultos mayores de 65 años que residen en complejos habitacionales del BPS, periodo noviembre-diciembre 2012.



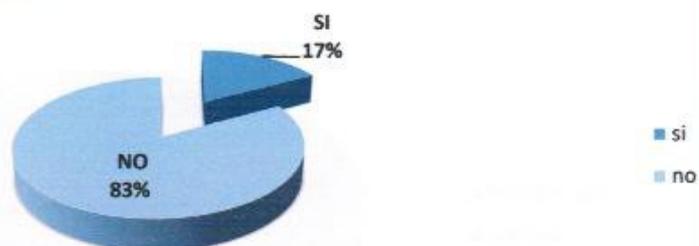
Un 2% de la población refirió haber trabajado con productos químicos, y un 7% desempeño tareas en el medio rural.

Tabla N° 18: Distribución de la población, según si Poseen Carne de Salud vigente, de adultos mayores de 65 años que residen en Complejos Habitacionales del BPS, periodo noviembre- diciembre 2012.

Posee Carne de Salud Vigente	FA	FR	FR%
SI	19	0.17	17
NO	93	0.83	83
Total	112	1	100

Fuente: información obtenida a través del instrumento ETSA

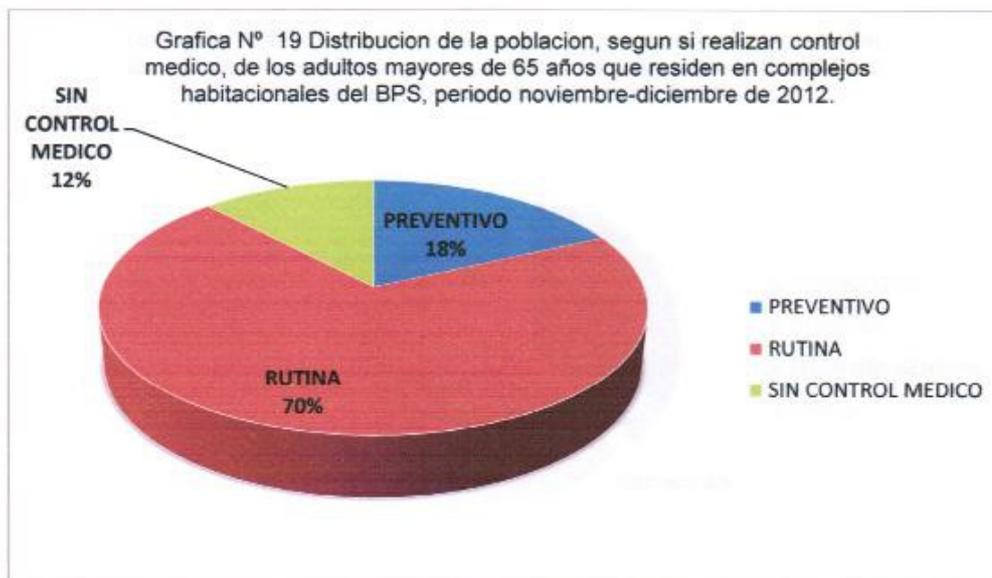
Grafica N°18 Distribucion de la poblacion, segun si poseen carne de salud vigente, de adultos mayores que residen en complejos habitacionales del BPS, periodo noviembre-diciembre de 2012.



Con respecto a si poseen carne de salud se obtuvo que solamente un 17% lo tiene vigente y un 83% no.

Tabla N° 19: Distribución de la población, según Controles Médicos, adultos mayores de 65 años que residen en complejos habitacionales del BPS, periodo noviembre- diciembre 2012.

Control Medico	FA	FR	FR%
Preventivo	20	0.18	18
Rutina	79	0.70	70
Sin control medico	13	0.12	12
Total	112	1	100



En cuanto al control médico un 12% no se controla, un 18% lo hace de forma preventiva y un 70% lo hace de rutina.

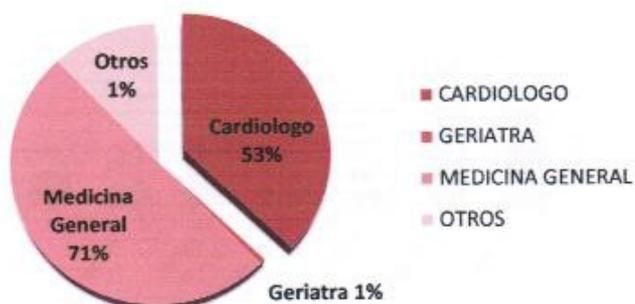
Tabla N° 20: Distribución de la población, según Control con Especialista, de adultos mayores de 65 años que residen en Complejos Habitacionales del BPS, periodo noviembre- diciembre 2012.

Control con Especialista	FA	FR	FR%
Cardiólogo	59	0.53	53
Geriatra	1	0.01	1
Medicina General	80	0.71	71
Otros	19	0.17	17

Fuente: información obtenida a través del instrumento ETSA

**Valores hallados teniendo en cuenta que algunos participantes se controlan con más de un especialista.

Grafico N°20 Distribucion de la poblacion, segun control con especialista, de adultos mayores de 65 años que residen en complejos habitacionales del BPS, periodo noviembre-diciembre de 2012.



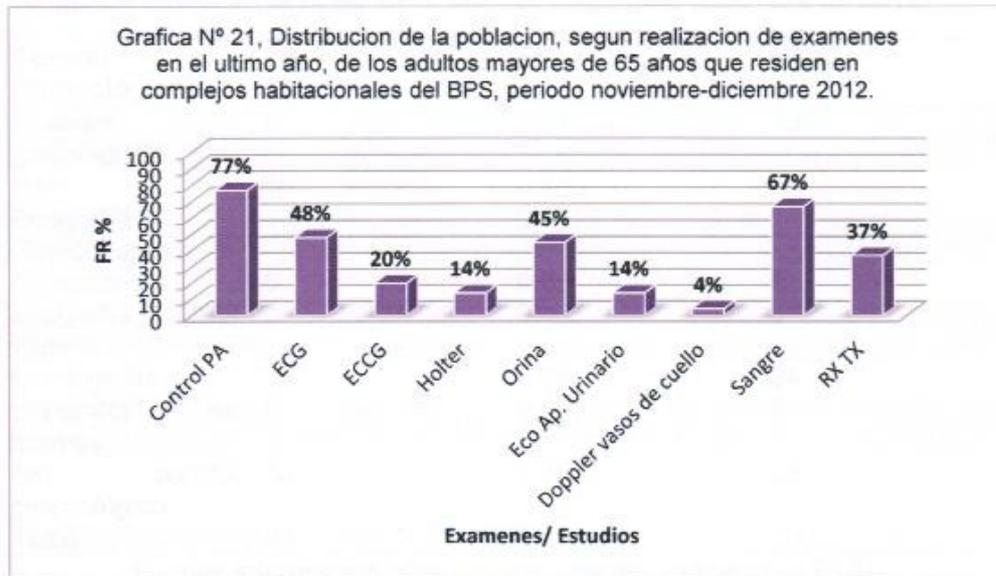
Teniendo en cuenta la variable control con especialista un 1% realizan control con geriatra y otros especialistas respectivamente, un 53% se controlan con cardiólogo y un 71% consultan a medicina general.

Tabla N° 21: Distribución de la población, según realización de exámenes en el último año, de los adultos mayores de 65 años que residen en Complejos Habitacionales del BPS, periodo noviembre- diciembre 2012.

Realización de Exámenes	FA	FR	FR%
Control de PA	86	0.77	77
ECG	54	0.48	48
ECCG	23	0.20	20
Holter	16	0.14	14
Orina	50	0.45	45
Ecografía de aparato urinario	16	0.14	14
Doppler de vasos de cuello	5	0.04	4
Sangre	75	0.67	67
RX TX	42	0.37	37

Fuente: información obtenida a través del instrumento ETSA

****valores hallados teniendo en cuenta que algunos participantes se realizaron más de un estudio en el último año.**

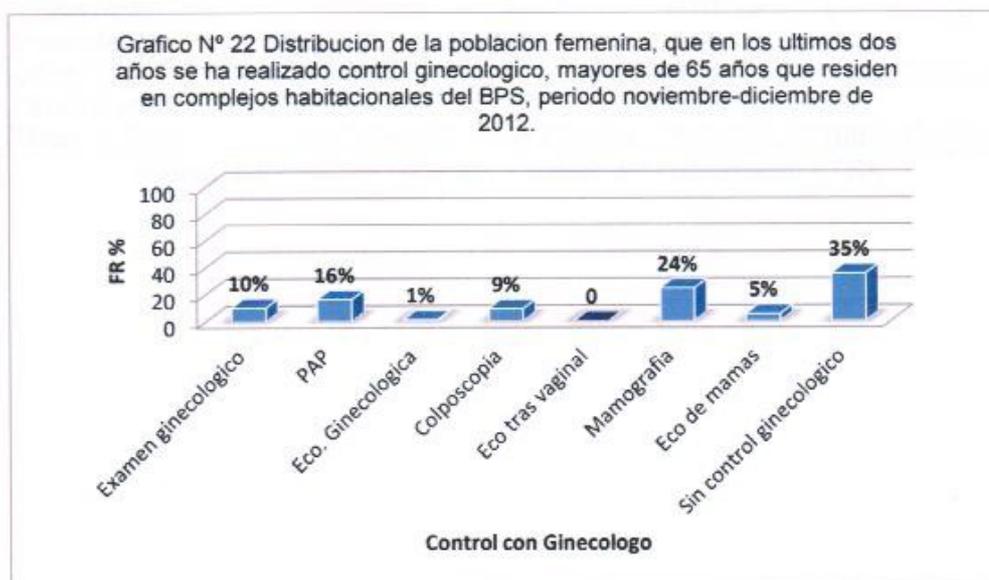


Dentro de los exámenes y/o estudios realizados en el último año los de mayor frecuencia fueron 77% control de presión arterial, un 67% exámenes de sangre, 48% ECG, 45% examen de orina, un 37% RXTX, 20% ECGG, un 14% Holter y ecografía de aparato urinario, y un 4% doppler de vasos de cuello.

Tabla N° 22: Distribución de la población femenina, según Control con Ginecólogo en los últimos dos años, mayor de 65 años que reside en complejos habitacionales del BPS, periodo noviembre-diciembre de 2012.

Control Ginecológico	FA	FR	FR%
Examen ginecológico	9	0.01	10
PAP	15	0.16	16
Ecografía Ginecológica	1	0.01	1
Colposcopia	8	0.09	9
Ecografía tras vaginal	0	0	0
Mamografía	22	0.24	24
Ecografía de mamas	5	0.05	5
Sin control ginecológico	33	0.35	35
Total	93	1	100

Fuente: información obtenida a través del instrumento ETSA



Según el control ginecológico en los dos últimos de la población femenina se obtuvo que el 10% se realizó examen ginecológico, un 16% PAP, 1% se realizó

ecografía ginecológica, un 9% colposcopia, un 24% mamografías y un 5% ecografía de mamas. El 35% de la población femenina no se ha realizado control ginecológico en los últimos 2 años.

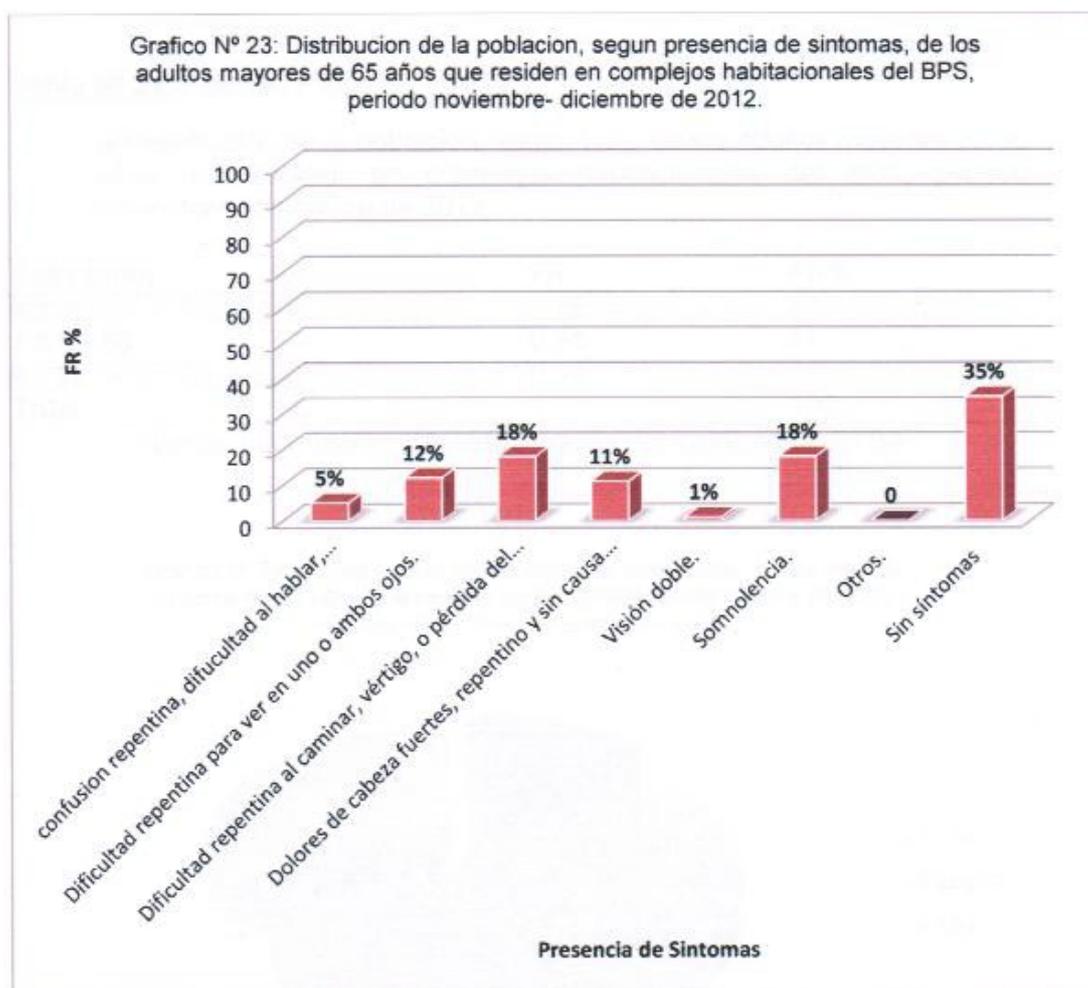
Tabla N° 23: Distribución de la población, según Presencia de Síntomas, de los adultos mayor de 65 años que reside en complejos habitacionales del BPS, periodo noviembre-diciembre de 2012.

Presencia de Síntomas	FA	FR	FR%
Confusión repentina, dificultad al hablar del entendimiento del habla.	6	0.05	5
Dificultad repentina para ver en uno o ambos ojos.	14	0.12	12
Dificultad repentina al caminar, vértigo, o pérdida del equilibrio o de la coordinación.	20	0.18	18
Dolores de cabeza fuertes, repentino y sin causa conocida.	12	0.11	11
Visión doble.	1	0.01	1
Somnolencia.	20	0.18	18
Otros.	0	0	0
Sin síntomas	39	0.35	35
Total.	112	1	100

Fuente: información obtenida a través del instrumento ETSA

Un 35% de la población controló su presencia de síntomas, un 18% refirió dificultad repentina al caminar, vértigo, o pérdida del equilibrio o de la coordinación, en igual porcentaje refirió somnolencia, un 12% refirió dificultad repentina para ver en uno o ambos ojos, un 11% refirió dolores de cabeza fuertes repentinos y sin causa conocida, un 5% refirió confusión repentina, dificultad al hablar o entendimiento del habla, y un 1% visión doble.

Grafico N° 23: Distribucion de la poblacion, segun presencia de sintomas, de los adultos mayores de 65 años que residen en complejos habitacionales del BPS, periodo noviembre- diciembre de 2012.



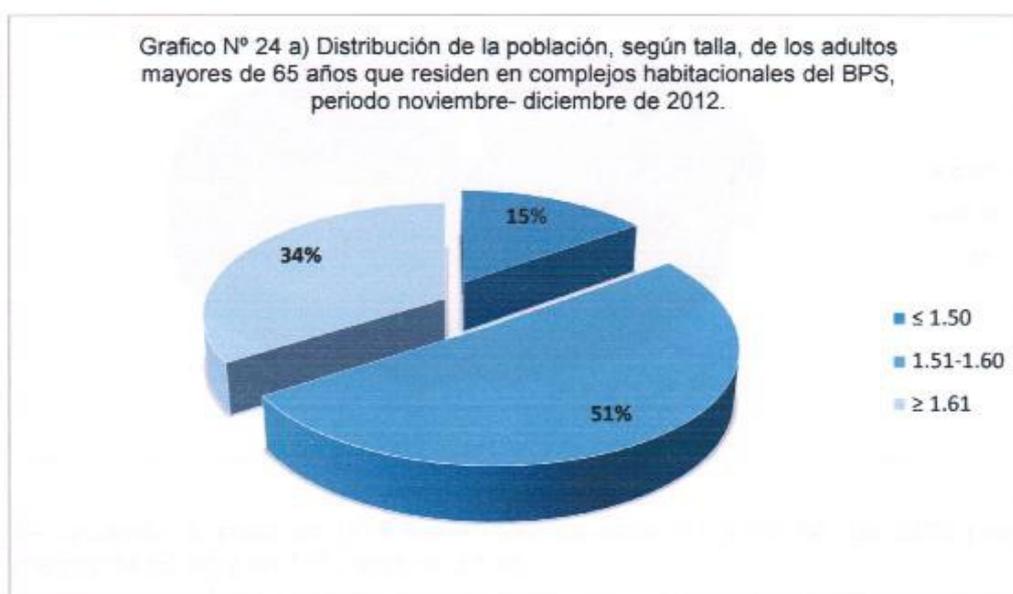
Un 35% de la población refirió no presentar síntomas, un 18% refiere dificultad repentina al caminar, vértigo, o pérdida del equilibrio o de la coordinación, en igual porcentaje refirió somnolencia, un 12% refirió dificultad repentina para ver en uno o ambos ojos, un 11% refirió dolores de cabeza fuertes repentinos y sin causa conocida, un 5% refirió confusión repentina, dificultad al hablar, o entendimiento del habla, y un 1% visión doble.

Tabla N° 24: Examen Físico

A) Distribución de la población, según talla, de los adultos mayores de 65 años que residen en complejos habitacionales del BPS, periodo noviembre- diciembre de 2012.

Talla (mts)	FA	FR	FR%
≤ 1.50	17	0.15	15
1.51-1.60	57	0.51	51
≥1.61	38	0.34	34
Total	112	1	100

Fuente: información obtenida a través del instrumento ETSA



De acuerdo a la distribución de la población según la talla un 15% mide menos de 1.50 mts, un 34% más de 1.61 mts y un 51% posee una estatura entre 1.51 y 1.60 mts.

B) Distribución de la población, según el peso, de los adultos mayores de 65 años que residen en complejos habitacionales del BPS, periodo noviembre- diciembre de 2012.

Peso (Kg)	FA	FR	FR%
≤ 60	33	0.29	29
61-80	67	0.60	60
≥81	12	0.11	11
Total	112	1	100

Fuente: información obtenida a través del instrumento ETSA



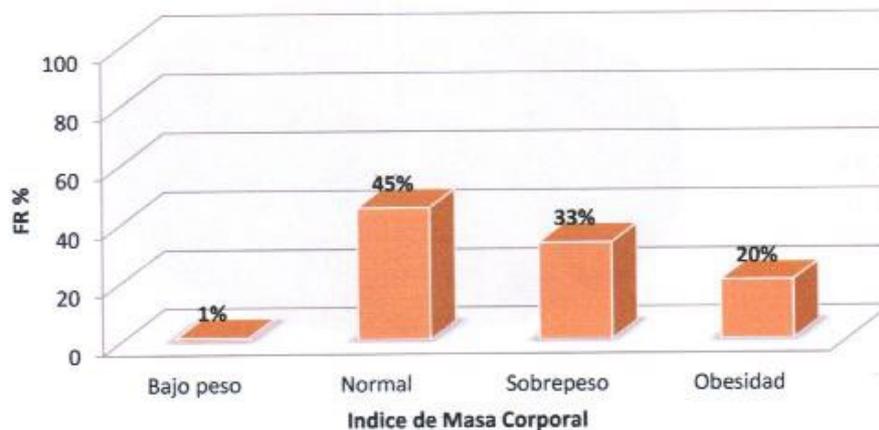
De acuerdo al peso un 60% se encuentra entre 61 y 80 kg, un 29% pesa menos de 60 kg y un 11% más de 81 kg.

C) Distribución de la población, según el índice de masa corporal, de los adultos mayores de 65 años que residen en complejos habitacionales del BPS, periodo noviembre- diciembre de 2012.

IMC	FA	FR	FR%
Bajo peso	1	0.01	1
Normal	51	0.45	45
Sobre peso	37	0.33	33
Obesidad	23	0.20	20
Total	112	1	100

Fuente: información obtenida a través del instrumento ETSA

Grafico N° 24 c) Distribución de la población, según el índice de masa corporal, de los adultos mayores de 65 años que residen en complejos habitacionales del BPS, periodo noviembre- diciembre de 2012.



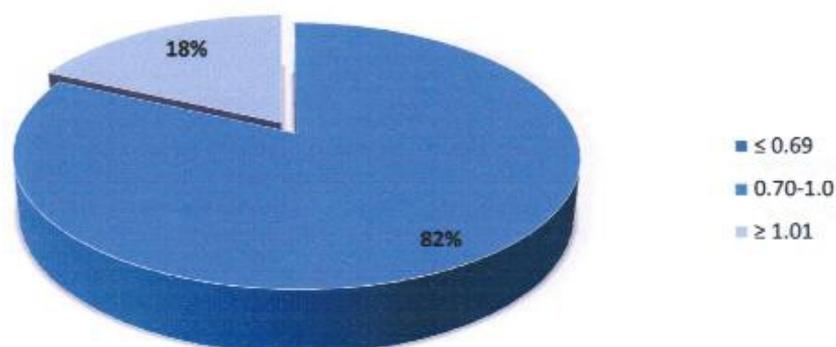
Según el IMC el 45% es normal, un 33% está en sobrepeso, un 20% es obeso y un 1% posee bajo peso.

D) Distribución de la población, según cifras de glicemia, de los adultos mayores de 65 años que residen en complejos habitacionales del BPS, periodo noviembre- diciembre de 2012.

Glicemia	FA	FR	FR%
≤0.69	0	0	0
0.70-1.00	92	0.82	82
≥1.01	20	0.18	18
Total	112	1	100

Fuente: información obtenida a través del instrumento ETSA

Grafica N° 24 d) Distribución de la población, según cifras de glicemia, de los adultos mayores de 65 años que residen en complejos habitacionales del BPS, periodo noviembre- diciembre de 2012.



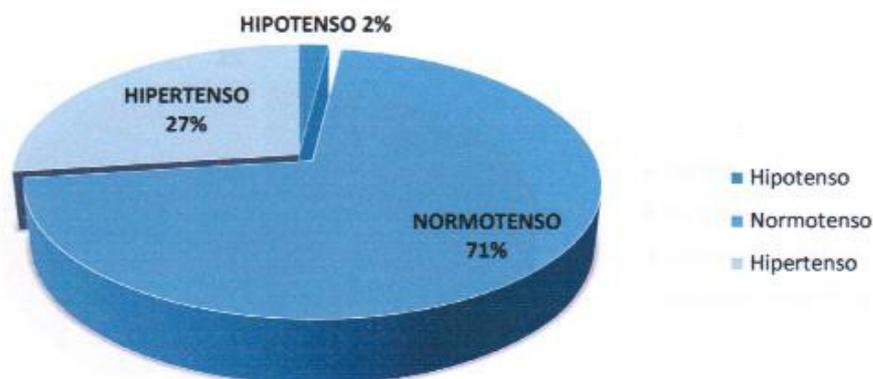
De acuerdo a las cifras de glicemia el 82% tenían valores dentro de los parámetros normales, y el 18% estaban por encima de 1.01 mg/dl.

E) Distribución de la población, según cifras Colesterolemia, de los adultos mayores de 65 años que residen en complejos habitacionales del BPS, periodo noviembre- diciembre de 2012.

Colesterolemia (mg/dl)	FA	FR	FR%
≤ 200	88	0.79	79
≥ 200	24	0.21	21
Total	112	1	100

Fuente: información obtenida a través del instrumento ETSA

Grafica N° 24 f) Distribución de la población, según valor de presión arterial, de los adultos mayores de 65 años que residen en complejos habitacionales del BPS, periodo noviembre- diciembre de 2012.



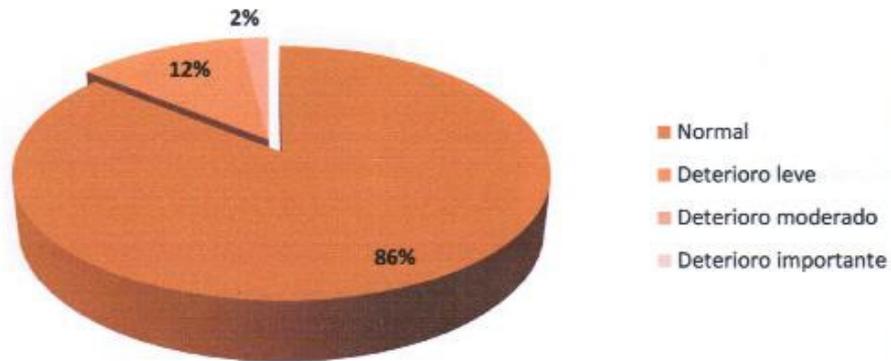
De acuerdo al control de presión arterial durante la entrevista se obtuvo que el 71% era normo tenso, el 27% hipertenso y el 2% hipotenso.

G) Distribución de la población, según estado de deterioro cognitivo a través de la Escala de Pfeiffer, de los adultos mayores de 65 años que residen en complejos habitacionales del BPS, periodo noviembre-diciembre de 2012.

Escala Pfeiffer	FA	FR	FR%
Normal	96	0.86	86
Deterioro cognitivo leve	14	0.12	12
Deterioro cognitivo moderado	2	0.02	2
Deterioro cognitivo importante	0	0	0
Total	112	1	100

Fuente: información obtenida a través del instrumento ETSA

Grafico N° 24 g) Distribución de la población, según estado de deterioro cognitivo a través de la Escala de Pfeiffer, de los adultos mayores de 65 años que residen en complejos habitacionales del BPS, periodo noviembre- diciembre de 2012.



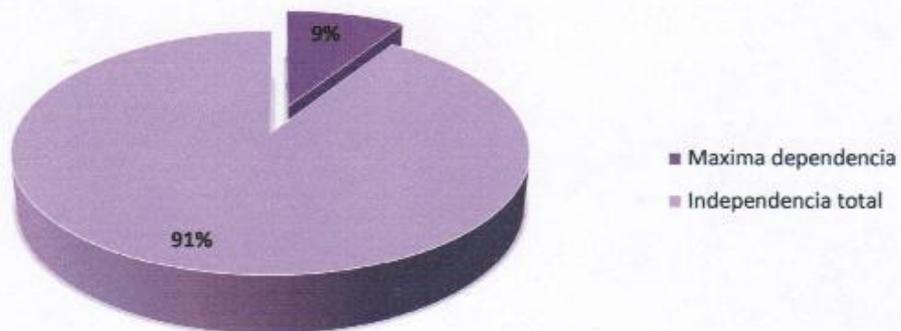
Teniendo en cuenta la escala de Pfeiffer se obtuvo que el 86% es normal, el 12% presenta deterioro cognitivo leve y el 2% deterioro cognitivo moderado.

J) Distribución de la población, según la Escala de Lawton y Brody para las actividades instrumentales de la vida diaria, de los adultos mayores de 65 años que residen en complejos habitacionales del BPS, periodo noviembre- diciembre de 2012.

Escala Lawton y Brody	FA	FR	FR%
Máxima dependencia	10	0.9	9
Independencia total	102	0.91	91
Total	112	1	100

Fuente: información obtenida a través del instrumento ETSA

Grafica N° 24 h) Distribución de la población, según la Escala de Lawton y Brody para las actividades instrumentales de la vida diaria, de los adultos mayores de 65 años que residen en complejos habitacionales del BPS, periodo noviembre- diciembre de 2012



Según la escala de Lawton y Brody el 9% presenta máxima dependencia y el 91% es independiente total.