



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

CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA Y NIVELES DE DEPENDENCIA FÍSICA DE LOS RESIDENTES DEL HOGAR ESPAÑOL

AUTORES:

Bardacosta, Carolina
Guimaraenz, Diana
Méndez, Patricia
Miranda, Luciane
Silvera, Laura

TUTOR:

Dr. Venegas, Jorge

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

Montevideo, 2003

AGRADECIMIENTOS

- *Al Dr. Jorge Venegas, nuestro tutor- guía por el tiempo, la dedicación y su contribución a nuestro desarrollo profesional.*
- *A la Cátedra de Adulto y Anciano por la propuesta de una tan enriquecedora Investigación.*
- *A la Institución Hogar Español por abrirnos sus puertas y permitirnos desarrollar nuestra Investigación final; en particular a la Dra. Alicia Menendez. Directora Técnica, a Sandra Sanchez. Asistente Social, a los residentes por su colaboración.*
- *Especialmente a nuestras familias y amigos por el apoyo, la comprensión, paciencia y fuerza que han sabido brindarnos a lo largo de nuestra carrera.*

*“ El cuidado responsable, significa realzar,
no solo mantener;
humanizar, no solo analizar;
cuidar, no solo curar ”*

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	pág. 5
TEMA.....	pág. 6
JUSTIFICACIÓN.....	pág. 6
OBJETIVOS.....	pág. 9
MARCO CONCEPTUAL.....	pág. 10
-Método Científico.....	pág. 11
-Diseño Descriptivo.....	pág. 11
-Gerontología y Geriatría.....	pág. 12
-Proceso de envejecimiento.....	pág. 12
-Transición demográfica.....	pág. 13
-Índice de Barthel.....	pág. 18
-Anciano institucionalizado.....	pág. 19
-Presentación de la Institución Hogar Español.....	pág. 22
METODOLOGÍA UTILIZADA.....	pág. 23
-Metodología de abordaje.....	pág. 24
-Plan de análisis.....	pág. 25
-Instrumento.....	pág. 26
-Entrevista.....	pág. 26
-Diseño metodológico.....	pág. 27
-Recursos.....	pág. 31
-Cronograma de Gantt.....	pág. 33

<i>PRESENTACION DE DATOS.....</i>	<i>pág. 34</i>
<i>-Caracterización de los residentes.....</i>	<i>pág. 35</i>
<i>-Dependencia física.....</i>	<i>pág. 56</i>
<i>ANALISIS.....</i>	<i>pág. 66</i>
<i>-General.....</i>	<i>pág. 66</i>
<i>-Específico.....</i>	<i>pág. 67</i>
<i>CONCLUSION Y SUGERENCIAS.....</i>	<i>pág. 69</i>
<i>BIBLIOGRAFIA.....</i>	<i>pág. 72</i>
<i>ANEXOS.....</i>	<i>pág. 73</i>
<i>Anexo I Pirámides demográficas del Uruguay.....</i>	<i>pág. 75</i>
<i>Anexo II Gráfico 1 Fases de la Transición demográfica</i>	<i>pág. 77</i>
<i>Anexo III Gráfico 2 Tasas de mortalidad, natalidad,</i>	
<i>migración y crecimiento (Uruguay).....</i>	<i>pág. 79</i>
<i>Anexo IV Cuadro 1 Esperanza de vida al nacer de la</i>	
<i>población mundial.....</i>	<i>pág. 81</i>
<i>Gráfico 3 Esperanza de vida al nacer para</i>	
<i>países seleccionados.....</i>	<i>pág. 82</i>
<i>Anexo V – VI Gráfico 4 Tasas de crecimiento y</i>	
<i>situación de los países de América Latina.....</i>	<i>pág. 84</i>
<i>V2 Tasa de crecimiento de la población según grupo de</i>	
<i>edades de América Latina.....</i>	<i>pág. 85</i>
<i>V3 Tasa global de fecundidad de la</i>	
<i>población mundial.....</i>	<i>pág. 86</i>
<i>Anexo VI Escala de Barthel.....</i>	<i>pág. 87</i>
<i>Anexo VII Protocolo.....</i>	<i>pág. 90</i>
<i>Anexo VIII Instrumento general.....</i>	<i>pág. 98</i>
<i>Anexo IX Instrumento específico.....</i>	<i>pág. 100</i>

INTRODUCCION

El siguiente trabajo ha sido realizado por cinco estudiantes pertenecientes al Instituto Nacional de Enfermería, Universidad de la República, en el marco de la experiencia de Investigación final correspondiente al Módulo I del cuarto ciclo del Plan de estudio 93.

El mismo se ha realizado empleando un Proyecto de Investigación en la Institución Hogar Español -Residencial para ancianos-; basado en las características sociodemográficas de la población de dicha área, en el periodo de tiempo comprendido entre abril-octubre 2003.

Este trabajo ha sido propuesto por la institución, anteriormente mencionada, hacia el Instituto Nacional de Enfermería con el objetivo de que estudiantes de este instituto pudieran conocer características de la población, dado que no existen estudios anteriores.

Es a partir de entonces que iniciamos esta propuesta tomando variables distintas para identificar la población. El desarrollo del estudio comprende una base de datos que se extrajo de las historias clínicas, del sistema informático de la institución y de entrevistas realizadas a los residentes.

Nos ha interesado conocer en particular los Niveles de dependencia física de los residentes de la institución, considerando a los ancianos como un grupo de riesgo que requiere una mayor demanda de los cuidados de enfermería.

Tema: *Caracterización sociodemográfica y niveles de dependencia física de la población del Hogar Español.*

Justificación: *Nuestro propósito es profundizar en gerontología como disciplina de enfermería especializada en la asistencia al anciano, de gran importancia en la actualidad dado por el aumento que ha presentado la población anciana en los últimos años.*

En nuestro país la teoría de la transición demográfica¹ indica, que a partir de la segunda mitad del siglo XIX, se destaca un marcado descenso de la mortalidad; mientras la natalidad se mantiene, se inicia así un crecimiento progresivamente acelerado de la población que se mantiene por varios años.

Décadas después de comenzado el descenso de la mortalidad, la natalidad inicia un descenso sostenido, determinando una disminución de la tasa de crecimiento.

Es así que, los índices de natalidad y mortalidad de nuestro país, conjuntamente con la expectativa media de vida (que ha aumentado en los últimos años), determinan modificaciones importantes de la estructura poblacional, alcanzando hoy un " Envejecimiento poblacional", determinado también por fuertes corrientes migratorias² que provocan cambios de importancia tanto en la estructura por edad y sexo de las poblaciones de origen como de destino. Estos cambios pueden tener importantes repercusiones en otros aspectos de la sociedad.

Asimismo, en los últimos cinco años se ha registrado un número importante de uruguayos que emigran hacia otros países, y esto es en

¹ Juan Veronelli; Aron Nowinski; Alvaro Harteche, Benito Roimán, " La salud de los uruguayos", cap. 2 p. 34-35, Uruguay, (1994).

² Susane Schkolnik, "El envejecimiento de la población en América Latina", pág. 130.

mayor proporción los jóvenes, es entonces que cada uno de estas características hacen de nuestro país un "País envejecido" por consiguiente, los profesionales de la salud nos enfrentamos al reto de tratar con un índice mas elevado de enfermedades que sufre este grupo, lo que influye en la dependencia física de los mismos.

El mundo del anciano está muy relacionado con el proceso de pérdidas³; que impactan y que en algunas ocasiones hacen entrar a la persona mayor en estado de crisis. Se han encontrado evidencias que las manifestaciones de la vejez son reflejo de enfermedades sufridas, pérdidas, depresión y efectos socioculturales.

Las pérdidas más significativas son:

- Pérdidas físicas sufridas por el anciano concomitantes con el proceso fisiológico del envejecimiento.*
- Las pérdidas sociales pueden ser de tipo familiar, laboral o social y los problemas más comunes que generan son: soledad, aislamiento, depresión, limitaciones de tipo económico, etc., lo cual genera frustración y sensación de malestar.*
- Las pérdidas psicológicas se sufren a consecuencia del efecto sumativo que sobre la persona generan las pérdidas ya mencionadas.*

Este trabajo se desarrolla en la Institución Hogar Español, siendo éste una residencia para ancianos, institución privada, destinada a españoles nativos mayores de 65 años. Recibiendo ayuda económica de España y priorizando la seguridad social de sus residentes, lo que lo hace de características particulares, diferentes del sector público de nuestro país. Esta Institución propone al Instituto Nacional de Enfermería llevar a cabo una Investigación; luego del diagnóstico realizado consideramos que el

³ Pamela Bobb, "Manual de enfermería gerontológica", pág. 29-32, México, (1998).

diseño descriptivo es el apropiado para su desarrollo lo que representaría una primera aproximación a la situación actual de la misma; para lograr esto se siguieron los pasos del Método Científico por ser un sistema confiable de obtención de conocimientos, que nos sirvió de base para la sistematización y el ordenamiento de la información.

Esta investigación constituye un desafío donde se ponen a prueba los conocimientos y destrezas adquiridos en el transcurso de nuestra carrera; está condicionada por el tiempo curricular y la ausencia total de antecedentes de estudios e investigaciones en el Hogar Español. Por lo tanto, creemos conveniente conocer las características sociodemográficas, y los niveles de dependencia física debido a la etapa etárea en que se encuentra esta población, y por las características (anteriormente mencionadas) que hacen de éste un grupo de riesgo que requiere una mayor demanda de los cuidados de enfermería para ayudar a mantener su dignidad y máxima autonomía.

Confiamos en que esta investigación pueda ser de gran utilidad y constituir el punto de partida para estudios posteriores que contribuyan a mejorar la organización de la Institución y la calidad asistencial.

OBJETIVOS

Objetivo General:

- ❖ *Conocer las características sociodemográficas de los residentes del Hogar Español.*

Objetivos Específicos:

- ❖ *Caracterizar a la población del Hogar Español.*
- ❖ *Conocer los niveles de Dependencia física de los residentes del Hogar Español.*
- ❖ *Definir los niveles de dependencia física.*
- ❖ *Analizar los diferentes niveles de dependencia de acuerdo a la Escala de Barthel.*

MARCO CONCEPTUAL

MARCO CONCEPTUAL

Para llevar a cabo esta investigación fue elaborado previamente un protocolo; el cual se basó en el método científico⁴. Este método orienta al investigador al rigor científico, la construcción de instrumentos, la precisión estadística y la observación de manifestaciones fenoménicas visibles que deben ser controladas.

Un método es un procedimiento para tratar un conjunto de problemas. Cada clase de problemas requiere un conjunto de métodos o técnicas especiales.

El enfoque científico combina características muy importantes de inducción y deducción. El método científico es el más avanzado que ha logrado el hombre para crear un sistema confiable de obtención de conocimientos. Se refiere al conjunto de postulados, principios, operaciones y reglas que orientan a la investigación para alcanzar el resultado propuesto; procura establecer firmemente los procedimientos que deben seguirse. En la medida en que se aplican estas definiciones a lo que es el método científico, este aparece considerado como un procedimiento que se utiliza en el ciclo completo de investigación para desarrollar la capacidad de autovaloración y para la búsqueda de soluciones a cada problema del conocimiento. Es un proceso que exige sistematización y el ordenamiento del pensamiento reflexivo y de la investigación.

El método científico es un rasgo característico de la ciencia, tanto de la pura como de la aplicada: donde no hay método científico no hay ciencia. Es fiable, puede perfeccionarse mediante la estimación de los resultados a los que lleva y mediante al análisis directo. Requiere además, de algún conocimiento previo que pueda reajustarse y elaborarse, tiene que complementarse mediante métodos especiales adaptados a las peculiaridades de cada tema.

Se ha definido preliminarmente el tipo de estudio de nuestra investigación; desde la etapa de identificación y formulación del problema, paso a paso, cada etapa del proceso nos fue dando elementos para su selección definitiva.

El estudio elegido para la investigación es el descriptivo partiendo de la base de la ausencia de estudios previos en el área a investigar.

Los estudios descriptivos⁵ buscan especificar las propiedades importantes de las personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea

⁴ F. H. Canales, "Metodología de la Investigación", p. 21-27, México (1986).

⁵ F. H. Canales, op. cit. p. 82-83

sometido a un análisis. Miden o evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno o fenómenos a investigar. Desde el punto de vista científico, describir es observar, mostrar. Esto es, en un estudio descriptivo se selecciona una serie de cuestiones y se miden las variables cada una de ellas independientemente, para así, describir lo que se investiga.

Los estudios descriptivos miden de manera más bien independiente los conceptos o variables con los que tienen que ver.

Dentro de la ciencia podemos encontrar una de las ramas de la misma que trata los problemas de adaptación y las enfermedades de la población anciana y de la vejez, esta es, la gerontología⁶, siendo importante destacarla en el desarrollo de nuestra investigación.

La geriatría en cambio, es una rama de la medicina que se centra sobre las enfermedades e incapacidades asociadas a la población anciana, en lugar de hacerlo sobre su salud. Se dedica al estudio del diagnóstico y tratamiento de enfermedades propias frecuentes de la vejez.

La enfermería gerontológica se ocupa de la valoración de las necesidades de las personas ancianas, la planificación e implementación de los cuidados de enfermería para satisfacer esas necesidades; mientras que, la enfermería geriátrica está limitada al cuidado del anciano enfermo, en sí al proceso de atención al viejo enfermo. Tiene una fuerte orientación a la solución de estados de crisis o enfermedad aguda donde el enfoque está orientado al alivio de los síntomas o enfermedad.

El anciano sufre cambios en las células, tejidos y en los órganos, se cree que dichos cambios llamados proceso de envejecimiento, altamente complejo y variado se inicia por procesos internos, tales como una programación genética e influido por factores externos. Hay otro tipo de contribuyentes a este fenómeno, como son los estresores del medio ambiente, estilo de vida, capacidad de adaptación, existencia o falta de apoyo sociales y sensación de vitalidad y bienestar consigo mismo.

En los ancianos podemos encontrar otro proceso estereotipado y de discriminación sistemática contra las personas que son más viejas, denominado **ancianismo**; algunas culturas la ven como algo prometedor, puesto que con la edad se adquieren sabidurías, mientras que otras culturas sienten pavor por ella al considerarla como una edad menos respetada.

El problema surge cuando el hecho de envejecer se considera en términos perjudiciales de menor utilidad o de incapacidad funcional.

Si pasamos del envejecimiento del individuo al envejecimiento de la población, comprendemos los motivos que han determinado que la

⁶ Pamela Buhh, op. cit. p.2-4

gerontología y la geriatría hayan tenido cada vez mayor importancia desde el punto de vista médico y social⁷.

En las sociedades existen cambios que determinan las características de las mismas.

Entre estos cambios se encuentra la *transición demográfica* determinada por cambios inducidos por los factores demográficos (natalidad, mortalidad y migraciones) en la composición por edades (ver anexo 1).

En el caso particular de Uruguay el descenso de la mortalidad se desarrolló en forma sostenida desde la segunda mitad del siglo XIX teniendo como factores condicionantes los progresos de la higiene pública y la educación masiva. El descenso de la natalidad indujo un envejecimiento de la población que se tradujo, a su vez en modificaciones del nivel y estructura de la mortalidad (ver anexo 2).

La teoría de la transición demográfica supone que el proceso de modernización de las sociedades se acompaña de una sucesión de etapas que determinan la magnitud del crecimiento demográfico resultante de diferencias pequeñas entre la natalidad y mortalidad (a los que se agregaban periódicamente sobre mortalidades producidas por epidemias), el proceso se inicia con el descenso de la mortalidad y el mantenimiento de la natalidad (ver anexo 3). Se inicia así un crecimiento progresivamente acelerado de la población que se mantiene por varias décadas. En tanto el aumento de la expectativa media de vida depende de las ganancias obtenidas en los primeros años de vida, el efecto de esas reducciones de la mortalidad sobre la estructura por edades es el de ampliar la base de la pirámide. Si bien la mortalidad también descendió, lo cual pudo haber producido un cierto envejecimiento por la base, esto no fue suficiente para contrarrestar el decisivo impacto que sobre la estructura por edades tuvo el descenso de la fecundidad.

Décadas después de comenzado el descenso de la mortalidad, la natalidad inicia un descenso sostenido, lo cual determina una disminución de la tasa de crecimiento. El descenso de la natalidad (y el de la mortalidad cuando predomina en grupos de edad adulta o avanzada) determina modificaciones importantes en la estructura poblacional "envejecimiento poblacional"⁸.

En nuestro país la transición demográfica ha sido fuertemente marcada por movimientos migratorios, se consolidan así una serie de hechos, entre estos una inmigración importante de europeos sobre todo españoles e italianos que vienen a América a encontrar un lugar donde no sean

⁷ Pietro De Nicola, "Fundamentos de gerontología y geriatría", p. 18, Barcelona (1978).

⁸ Juan Veronelli; Aron Nowinski; Alvaro Harteche; Benito Roitman, op.cit., cap.2, p. 34-35

perseguidos por razones político-ideológicas y con expectativas de mejorar su situación económica y desarrollo personal.

Éstos con fuertes hábitos de trabajo van a desarrollar un sector de pequeñas empresas sobre todo de carácter familiar o individual: panaderos, zapateros, herreros, etc., que además de sus hábitos laborales vienen cargados de una ideología (motivo por el cual muchos debieron emigrar de su país) con un profundo sentido de defensa de los intereses de los trabajadores y de los más humildes.

Este caso tiene de especial, además, el hecho de que la migración internacional, con saldo positivo en las dos postguerra, contribuyó en forma importante a acentuar el peso de los grupos de edades adultas y avanzadas, como consecuencia del envejecimiento de esta población migrante. Así mismo la gran emigración que afectó a este país en la década de 1970 produjo un descenso del peso relativo de la población en edades activas y, conjuntamente con el descenso de la fecundidad disminuyó también la proporción de población en edades jóvenes, observándose como consecuencia, un aumento de la población de 60 y más años, que se proyecta hasta la actualidad⁹. Por estos factores se ve el gradual aumento de la expectativa media de vida que en la actualidad es 74,2 años para nuestro país (ver anexo 4).

En esta etapa del ciclo vital se pueden definir dos franjas etáreas, una comprendida entre 60 y 74 años denominada 3ª edad correspondiente al adulto mayor activo y participativo; la otra comprendida entre 75 y más años denominada 4ª edad, etapa de senescencia, donde se comprometen seriamente las facultades de las personas¹⁰.

Se han considerado las tasas brutas de natalidad y mortalidad¹¹. Aunque ellas no expresan fielmente los niveles de fecundidad y mortalidad, determinan el crecimiento de la población.

Uruguay presenta en la actualidad tasas menores de crecimiento que el resto de los países de América.

Se pueden clasificar los siguientes grupos:

GRUPO I: Bolivia y Haití. Son países de alta natalidad y mortalidad (crecimiento medio natural moderado del orden del 2% en 2000-2005) considerándose transición incipiente.

⁹ Juan Veronelli; Aron Nowinski; Alvaro Harteche; Benito Roitman, *op.cit.*, cap.2, p. 34-35

¹⁰ CEPAL, CELADE, 2001

¹¹ Juan Veronelli; Aron Nowinski; Alvaro Harteche; Benito Roitman, *ibidem*.

GRUPO II: El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Paraguay. Son países de alta natalidad y mortalidad moderada (crecimiento medio natural alto, superior al 2%) considerándose transición moderada.

GRUPO III: Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, México, Panamá, Perú, República Dominicana y Venezuela. Son países de natalidad moderada y mortalidad moderada y baja (crecimiento medio natural moderado, entre 1,3 y 1,8) considerándose en plena transición.

GRUPO IV: Argentina, Chile, Cuba y Uruguay. Son países de natalidad baja y mortalidad moderada y baja (crecimiento medio natural bajo, inferior al 1,2%) considerándose transición avanzada.

En estos se distinguen dos subgrupos de países. Los que han tenido baja fecundidad y mortalidad desde hace mucho tiempo Argentina, Uruguay y en menor medida Cuba y que tienen un crecimiento y estructura por edades cercanos a los países mas desarrollados. Argentina y Uruguay tienen tasas brutas de mortalidad mayores, por tener una estructura etárea envejecida, producto de su baja fecundidad histórica. Por otro lado están aquellos países que han logrado, en años recientes, descensos importantes de su fecundidad y mortalidad pero que por su población relativamente joven, los conduce a un elevado potencial de crecimiento; aun tienen tasas de crecimiento más altas (ver anexo 5).

A este respecto cabe insistir en que en las condiciones de subdesarrollo característico de los países de América Latina, cuando la población en edades avanzadas se concentra en las ciudades se produce una mayor presión sobre el mercado de trabajo tanto directa, en el caso en que ellos mismos necesiten desarrollar alguna actividad laboral, como indirecta a través de sus familiares de los cuales ellos pueden depender. También ejercen una mayor presión sobre los servicios, en especial los servicios de salud que ya son por lo general insuficientes para atender las necesidades de la población. Es sin embargo en las ciudades donde se concentran las mayores facilidades de transporte y servicios lo que hace que aún en condiciones económicas restringidas, sean mayores sus posibilidades de recibir atención médica y acceder a otro tipo de servicios que los que tendrían viviendo en zonas más aisladas¹².

Uruguay es el país en que una mayor proporción de ancianos viven solos, quizás debido al hecho de que el sistema de seguridad social del país es el mas avanzado de la región. En Uruguay el 68% de los ancianos viven en hogares unipersonales o como parejas sin hijos en comparación con el promedio latinoamericano de un 48% y Estados Unidos un 85%.

¹² Susane Scholnik, op. cit. p.130

*Alrededor del 20% del ingreso total declarado corresponde a pensiones y pagos de seguridad social; en los ancianos uruguayos las pensiones constituyen un factor clave en las decisiones adoptadas*¹³.

*Si bien el envejecimiento es en sí mismo un producto del desarrollo se requiere a su vez de un mayor desarrollo para satisfacer estas nuevas necesidades en un nivel aceptable y decoroso. Pero en la mayoría de los casos no es suficiente que se genere un mayor ingreso sino que es imprescindible que este se redistribuya equitativamente tomando en cuenta las necesidades de la población y, en particular los de este grupo de edades, cuyas características especiales (dificultad o imposibilidad de generar ingresos, jubilaciones o pensiones insuficientes, mayor riesgo de enfermedad y muerte, etc.) lo convierten en uno de los grupos de mayor vulnerabilidad social*¹⁵.

*Así se explica el derrumbamiento psicológico que se observa especialmente entre los pensionistas, que ya no tiene ningún interés por la vida, y que además pierden gran parte del prestigio derivado de su posición económica y social. En las antiguas familias patriarcales el patriarca anciano seguía siendo el mismo centro familiar de varias generaciones, era respetado y ayudado por los hijos, los sobrinos y los nietos, y también hacía pequeños servicios domésticos. En la sociedad moderna, contrariamente, el anciano se encuentra aislado y marginado desde el punto de vista psicológico, económico y social. A ello contribuye la tendencia de los hijos a formar núcleos familiares propios, con fragmentación del núcleo familiar, y además, la tendencia de las poblaciones campesinas a trasladarse a las ciudades. Pero tienen especialmente gran importancia las diferencias y la incompreensión entre la vieja y la nueva generación, la incompatibilidad de carácter y las distintas formas de vida. Estos y otros factores permiten explicar el porque actualmente han aumentado las necesidades de ayuda al anciano, no solo desde el punto de vista médico, sino también desde el punto de vista psicológico, social y económico*¹⁵.

Este aumento de los costos de las personas de mayor edad impone, a su vez, un peso sobre las familias que es tanto económico como social, en un período histórico en que ésta, por el contrario tiende a delegar funciones en la sociedad y en el que sus miembros reclaman una mayor independencia y libertad personal. La mayor sobrevivencia de los ancianos

¹³ Programa de las Naciones Unidas Para el Desarrollo, "Desarrollo Humano en Uruguay, 1999".

¹⁴ Susane Scholnik, op. cit. p.133

¹⁵ Pietro Du Nicola, op. cit. p. 22-23

*supone mayores gastos de mantenimiento pero, sobre todo a hacer frente a gastos de salud crecientes*¹⁶.

*En la moderna sociedad de consumo los factores que han contribuido a aumentar la expectativa media de vida han sido, sobre todo, los progresos de la medicina, con la disminución de las enfermedades infecciosas y de la mortalidad infantil y también un mejoramiento de las condiciones de higiene, de ambiente y de alimentación. El perfil epidemiológico de nuestro país muestra que la principal causa de muerte son las enfermedades cardiovasculares, en segundo lugar los tumores malignos, seguido por los tumores benignos no especificados, enfermedades del sistema respiratorio y trastornos mentales respectivamente*¹⁷.

*Debido al envejecimiento poblacional y al aumento de la expectativa media de vida han evolucionado todas aquellas enfermedades, como la arteriosclerosis, las artrosis, y las enfermedades degenerativas, enfermedades que antes, con una duración de la vida media más corta, no se observaban con tanta frecuencia porque no llegaban a desarrollarse. Este es un fenómeno de gran interés para explicar el desarrollo actual de la geriatría. Precisamente estas enfermedades degenerativas, que actualmente tienen una gran difusión, son las que ocasionan los estados de invalidez, especialmente a nivel del aparato locomotor. Esto se comprueba, por ejemplo, con las afecciones osteoarticulares de la edad avanzada, pero especialmente con las vasculopatías cerebrales, que en su mayor parte tienen una causa arteriosclerótica o trombótica, y que constituyen uno de los más frecuentes motivos de invalidez del anciano. Invalidez significa falta de autosuficiencia, es decir, necesidad de ayuda. Un sujeto autosuficiente es capaz de levantarse de la cama por sí solo, lavarse solo, vestirse solo, prepararse comidas, ocuparse de la organización y de la limpieza doméstica, y salir de la casa solo, sin necesidad de ayuda. La falta de autosuficiencia se empieza a manifestar a través de una disminución de la eficacia de todas estas, y de otras, actividades de la vida cotidiana, y determina secundariamente la necesidad de ayudas diversas que caracterizan, de modo variable, los diversos estados de invalidez. Estas necesidades han aumentado como consecuencia del aumento de los estados de invalidez entre la población anciana, y las necesidades de asistencia médica psicológica y socioeconómica*¹⁸.

¹⁶ Susane Scholnik. *op.cit.* p. 133-134

¹⁷ Dirección General de la Salud, Dpto. de Estadísticas, Proyecto de fortalecimiento institucional del Sector Salud, BIRF, "La Salud del Uruguay en cifras", edición 2002.

¹⁸ Pietro De Nicola, *op. cit.* p. 22

Para medir la capacidad física de los ancianos utilizamos la *Escala de Barthel*¹⁹ (ver anexo 6) con el fin de poder observar los diferentes niveles de dependencia de los mismos, y poder caracterizarlos para llevar a cabo un adecuado plan de cuidados, involucrando al personal de enfermería capacitado para un cuidado integral óptimo, acorde a las necesidades individuales de cada anciano.

El índice de Barthel es un instrumento ampliamente utilizado para medir la capacidad de la persona para la realización de diez actividades básicas de la vida diaria, obteniéndose una estimación cuantitativa del grado de dependencia del sujeto. Es una medida fácil de aplicar, con alto grado de fiabilidad y validez capaz de detectar cambios, fácil de interpretar y de aplicar.

Las actividades se valoran de forma diferente, pudiéndose asignar 0, 5, 10 ó 15 puntos.

El rango global puede variar entre 0 (completamente dependiente) y 100 (completamente independiente).

El Índice de Barthel aporta información tanto a partir de la puntuación global como de cada una de las puntuaciones parciales para cada actividad. Esto ayuda a conocer mejor cuales son las deficiencias específicas de la persona y facilita la valoración de su evolución temporal.

La interpretación sobre la puntuación del Índice de Barthel es:

- 0-20 Dependencia total.
- 21-60 Dependencia severa.
- 61-90 Dependencia moderada.
- 91-99 Dependencia escasa.
- 100 Independencia.

Consideramos como nivel **Independiente** a toda aquella persona capaz de cubrir sus necesidades básicas (Alimentación, lavado, arreglarse, vestirse, deposición, micción, uso de retrete, traslado, deambulación, escalones) por sí solo.

Dependencia Escasa a aquella persona capaz de cubrir gran parte de las actividades ya mencionadas.

Dependencia Moderada indica la capacidad de alcanzar dichas actividades por sí mismo, pero con algún grado de limitaciones por lo que necesita ayuda.

Dependencia Severa es aquel donde el usuario, limitado por una capacidad funcional importante, necesita ayuda, aunque de cierta manera, con esta ayuda, es capaz de ejecutar sus actividades de forma extremadamente limitada.

¹⁹ www.msc.es/salud/epidemiologia/res/199702/barthel.htm

Finalmente, el nivel conocido como Dependencia Total, se refiere a todos aquellos individuos que tienen un grado considerable de discapacidad funcional, que los hace incapaces de realizar las actividades básicas mencionadas, aún con ayuda.

La asistencia del anciano puede realizarse de las siguientes formas: asistencia hospitalaria, que por definición, casi está reservado al anciano enfermo, asistencia en casas de reposo, que debería comprender especialmente al anciano sano; y otras formas de asistencia como la asistencia domiciliaria y la asistencia intermedia entre la hospitalaria y la domiciliaria, bajo la forma de centro diurno.

En las casa de reposo debe existir la posibilidad de dar al anciano institucionalizado una asistencia médica regular, bajo la forma de un control periódico y de tratamiento adecuados, tratamientos que sólo son cuantitativamente, pero no cualitativamente, distintos de los que se hacen en las instituciones hospitalarias.

Es importante precisar, para las casas de reposo, otro concepto, derivado del actual desarrollo de la asistencia al anciano. Antes los ancianos estaban efectivamente abandonados, como relegados en verdaderos depósitos, como eran los antiguos asilos para incurables, hospicios y establecimientos análogos, que además todavía existen, y que en realidad son verdaderos precementerios.

En esas condiciones se favorece el derrumbamiento del anciano, no solo por la falta de los cuidados adecuados, sino también por el abandono psicológico y por el estado de ánimo del que se ve condenado a pasar el resto de su vida en una especie de prisión, aunque se trate de una prisión dorada.

Hoy en las casas de reposo, además de la asistencia médica son imprescindibles la asistencia psicológica y social que son de extraordinaria importancia, especialmente para el anciano sano. Además y con el propósito de no dar la sensación de que su familia les ha abandonado, se usa la denominación de residencias, y el atender en ellas a los ancianos por períodos, con la idea, de poder regresar un día a su casa. Los servicios de asistencia geriátrica deben procurar seguir las normas de la geriatría activa y de la rehabilitación. Se ha insistido, en los medios que permiten al anciano desplazarse solo por los pasillos y las salas del establecimiento, con el fin de darle seguridad en sí mismo y de confirmarle su autosuficiencia. Se trata de medios que se pueden llevar a la práctica y de poco costo que son de gran importancia para el anciano: por ejemplo, pasamanos a lo largo de los pasillos, agarraderas laterales en los aseos, en los lavabos y en el baño, las bañeras situadas en el centro de la habitación, de modo que permitan ayudarles, asiento en el baño, para dar

la completa seguridad al anciano, y permitir de este modo que pueda bañarse solo. También deben considerarse las camas, como son las barandas laterales para los ancianos agitados, o simplemente evitar las caídas del lecho, arcos para las sábanas y cubrecamas, además apoyos para levantarse de la cama. Tampoco deberán faltar los dispositivos sencillos tales como aros y trapecios que ayudan a que el anciano recupere gradualmente la autosuficiencia. Todos estos detalles contribuyen a dar seguridad al anciano y hacer agradable su vida ²⁰.

La internación en un hogar supone cambios en el estilo de vida lo que constituye una amenaza inminente al bienestar general. El anciano deberá adaptarse a un nuevo lugar, donde deberá compartir el espacio físico con otras personas, estará sujeto a sus normas, tendrá nuevos horarios para el almuerzo la cena el baño o el descanso; seguramente diferentes a los que estaba acostumbrado en su antiguo hogar los cuales constituían una rutina que lo hacía sentir seguro.

Esto se suma como efecto sociocultural al proceso de pérdidas (biológicas, psicológicas y sociales) que sufre la persona anciana: pérdida de roles, pérdida en el manejo de la toma de decisiones o control sobre su vida, cambio en el estilo de vida, pérdida de posesiones, cambio en el continuo independencia-interdependencia-dependencia, pérdida o disminución en la autoestima y autosuficiencia.

Los ancianos prefieren vivir en forma independiente, aún cuando les resulta difícil hacerlo; necesitan un espacio personal que les brinde seguridad, comodidad e intimidad. Este importante "territorio personal" puede ser un cuarto o una parte de éste último. Ahí están los tesoros y recuerdos de toda su vida. El surgimiento de confusión es algo comprensible si el espacio es reducido y los objetos son numerosos. En algunos asilos se juzga de forma negativa el atesoramiento y colección de objetos; se debe ayudar a que conserven ese espacio así le resultará más fácil ajustarse al nuevo hogar si tiene una nueva área personal ²¹.

Como principio de enfermería en la atención del anciano hay que reconocer la individualidad de la persona. Esto es, que él o ella, siendo mayores que nosotros y habiendo hecho las cosas, bien o mal, le han funcionado de tal manera que ha logrado alcanzar su presente edad, y por ello, no tenemos ni debemos esperar que cambie o altere conductas, actitudes o forma de hacer las cosas, por que así se lo indiquen. Esto implica el darle opciones, pero permitirle que sea él quien decida lo que es mejor para sí mismo, siempre y cuando esté consciente y sea responsable de sus actos ²². Los enfermeros y trabajadores sociales como defensores de los derechos del paciente deben insistir en este punto y fomentar la

²⁰ Pietro De Nicola, op. cit. p. 29, 39-40.

²¹ Brunner y Suddarth; "Enfermería médicoquirúrgica", p. 170, México (1997).

²² Pamela Babb, op. cit. p. 7.

participación del anciano en las decisiones familiares. En el caso de la internación en una casa para ancianos, él seleccionará el sitio de su preferencia y llegará a este con una actitud mental positiva y una sensación de control de su vida.

La internación de una persona en una casa para ancianos contra su voluntad debe tomarse solo como último recurso, cuando no se dispone de otra opción.

Para poder otorgar atención de enfermería al anciano es necesario mencionar que las actitudes de la enfermera requieren de cambios importantes, esto es, que el énfasis esté en la calidad de las interacciones y que al realizarlas, es preciso considerar las necesidades del anciano, dentro de las cuales, las más comunes son las siguientes:

- a) Necesidad de más tiempo para percibir la información llegada a través de otros o de su entorno.*
- b) Necesidad de más tiempo para identificar, sortear y procesar dicha información.*
- c) Necesidad de más tiempo para movilizar respuestas físicas y psicológicas adecuadas.*
- d) Necesidad de más tiempo para responder a la información recibida en forma oportuna.*

Asimismo, al efectuar cualquier tipo de interacción, hay que reconocer otros factores que de una u otra forma tienen su impacto:

- 1) La individualidad de la persona.*
- 2) Las pérdidas sufridas. El proceso de envejecimiento conlleva pérdidas en casi todas las esferas de la persona: biológicas, psicológicas y sociales.*
- 3) El proceso de disminución en el funcionamiento general en lo físico, psíquico y social de la persona.*
- 4) La capacidad de adaptación a todos éstos cambios, también se ve influida, sobre todo cuando éstos son súbitos, como en el caso de viudez.*

Por tanto, es muy importante hacer hincapié en que la enfermería debe procurar elevar al máximo las funciones y recursos del anciano, para mantener en lo posible su nivel de autosuficiencia²³.

²³ Pamela Babb., op. cit p 7-8.

PRESENTACION DE LA INSTITUCION HOGAR ESPAÑOL

El Hogar Español se constituye como una asociación civil beneficiaria en mayo de 1963, destinada a los españoles nativos, ancianos, desamparados de familiares, que no necesitan indispensablemente ser atendidos en establecimientos sanitarios.

Está ubicado en Instrucciones N° 981 Montevideo, Uruguay. Propiedad del Gobierno Español. Es neutral en materia política.

Está regido y administrado por un consejo directivo.

El patrimonio de la institución está constituido por

- *Sus bienes actuales*
- *Importe de las cuotas abonadas por los socios*
- *Donaciones y legados hechos a la institución y aceptados por la misma*
- *Productos de colectas, sorteos y festivales organizados en su beneficio*
- *Rentas provenientes de su patrimonio*

Los fines son:

- *Asilar ancianos españoles de ambos sexos, no menores de 65 años, imposibilitados para el trabajo, carentes de medios de subsistencia y de parientes obligados que puedan mantenerlo. Salvo casos excepcionales, interpretación del Consejo Directivo y Comisión Fiscal.*
- *Resolver los problemas de la ancianidad entre los españoles nativos con la contemplación, orientación y tolerancia que las circunstancias requieran, de acuerdo con la Gerontología y Geriátrica.*
- *Prestar todos los servicios necesarios como son : 1- visitas a los internados. 2- organización de actos de orientación culturales y recreativos. 3- ocuparse de las gestiones y tramitaciones que necesiten, así como velar porque no sean despojados indebidamente de sus intereses. 4- ocuparse de la obtención de jubilaciones, pensiones y subsidio a que tuvieran derecho, prestándole toda la ayuda posible. 5- tender a facilitarles hogares de co-provincianos u otros españoles que les puedan tener, atender, tolerar y comprender de modo familiar, verificando las condiciones en que se encuentran por comisiones visitadoras. 6- procurar mejorar el Hogar Español con vistas a llevar presentes y futuras necesidades colectivas de los españoles, en la forma más adecuada y moderna posible. 7- realizar todos los actos y hechos necesarios, para cumplir las finalidades enumeradas.²⁴*

²⁴ Fuente: Administración del Hogar Español, "Estatutos del Hogar Español".

METODOLOGIA UTILIZADA

METODOLOGIA UTILIZADA

TEMA: *Caracterización sociodemográfica y niveles de dependencia física de la población del Hogar Español.*

El estudio seleccionado para llevar a cabo esta Investigación es el Descriptivo, considerándolo el más adecuado para abordar nuestro tema.

Metodología de abordaje:

- *Visita y presentación a la Institución Hogar Español con personal del mismo y docentes.*
- *Trabajos en pequeños seminarios.*
- *Discusión sobre posibles fuente de datos y selección de éstas.*
- *Selección y tipo de variables.*
- *Elaboración del protocolo(ver anexo 7).*
- *Definición y codificación de variables.*
- *Formulación del instrumento general(ver anexo 8).*
- *Formulación del instrumentos específico (valoración de Barthel, ver anexo 9).*

En la formulación de éste, se elaboraron planillas basadas en la escala de Barthel, utilizando como única fuente de datos la Historia Clínica de los residentes. Tomando además como único criterio de inclusión la existencia de ésta Escala en las historias, sin tomar en cuenta la antigüedad de su valoración, ni otros aspectos.

Se logra la obtención de datos de 74 residentes lo cual constituye nuestro N para la variable Dependencia Física, ya que una de las limitaciones encontradas es la ausencia de dicha valoración en las demás historias clínicas. Este N se toma por conveniencia siendo representativo para nuestro estudio.

- *Prueba Piloto, para medir la credibilidad y especificidad de los instrumentos elaborados.*
- *Reformulación del instrumento general.*
- *Definición de la población diana (207) y aplicación de ambos instrumentos.*
- *Simultáneamente realización de entrevista a los residentes y datos aportados por la Asistente Social, con la finalidad de completar la información.*
- *Obtención de datos. Los datos obtenidos se trabajarán mediante un sistema computarizado de digitación.*
- *Codificación de datos.*
- *Elaboración de planilla electrónica que incluya variables de estudio, en donde se digitarán los datos obtenidos con los códigos previamente establecidos.*
- *Ordenamiento y agrupación de los datos.*
- *Construcción de archivos para base de datos en programa Excel.*

Plan de análisis:

El manejo de la información , es decir de los datos obtenidos, ha sido realizado de la siguiente manera:

- *Ordenamiento y agrupación de datos.*
- *Construcción de tablas y gráficas.*
- *Análisis univariado de variables.*
- *Medidas de resumen: Análisis general*

Análisis específico

Una variable (como su nombre lo indica), es algo que cambia, de las cuales existen diferentes tipos:

- *Variables continuas.*
- *Variables discretas.*

- *Variables categóricas.*
- *Variables activas.*
- *Variables de atributo.*
- *Variables dependientes.*
- *Variables independientes.*

Éstas son incluidas dentro de un instrumento, elaborado para la recolección de datos, mecanismo que utiliza el investigador para recolectar y registrar la información, entre estos se encuentran: los formularios, las pruebas psicológicas, las escalas de opinión y actividades, las listas u hojas de control y entrevistas entre otros.

Como se mencionó anteriormente, la entrevista fue la técnica utilizada para la recopilación de datos; la cual consiste en una conversación entre dos personas por lo menos, en la cual uno es el entrevistador y otro u otros son los entrevistados; estas personas dialogan con arreglo a ciertos esquemas o pautas acerca de un problema o cuestión determinada, teniendo un propósito profesional. Presupone, pues, la existencia de personas y la posibilidad de interacción verbal dentro de un proceso de acción recíproca.

Si tenemos en cuenta la forma o procedimiento de realizar las entrevistas la modalidad utilizada fue la Entrevista estructurada llamada también formal o estandarizada. Ésta se realiza sobre la base de un formulario previamente preparado y estrictamente normalizado, a través de una lista de preguntas establecidas con anterioridad. En el cuestionario se anotan las respuestas, de manera textual y en otros de forma codificada.

Diseño Metodológico

- *Población de Estudio: Residentes del Hogar Español.*
- *N= 207*

VARIABLES

Definición

- ✦ ***Edad: Conceptual:*** *Tiempo en años transcurrido desde el nacimiento hasta el día de hoy.*

Valores (años):

- *<65*
- *65-69*
- *70-74*
- *75-79*
- *80-84*
- *85-89*
- *90-94*
- *>=95*

Nivel de medición: *Cuantitativa continua.*

- ✦ ***Sexo: Conceptual:*** *Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer.*

Categorías:

- *M*
- *F*

Nivel de medición: *Variable dicotómica*
Cualitativa nominal

- ✦ **Estado Civil:** Conceptual: Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles.

Categorías:

- Soltero
- Casado
- Viudo
- Divorciado
- Unión Libre
- Otro

Nivel de Medición: Cualitativa nominal.

- ✦ **Procedencia:** Conceptual: Lugar de origen

Categorías:

Galicia, Andalucía, Islas Canarias, Madrid, Castilla León, Asturias, Cataluña, Cantabria, La Habana, Navarra, Islas Baleares, Aragón, País Vasco, Comunidad Valén, Frosimone, Montevideo, Durazno, Paysandú, Canelones.

Nivel de Medición: Cualitativa nominal

- ✦ **Nivel de Instrucción:** Conceptual: Caudal de conocimientos adquiridos formalmente.

Categorías:

- Analfabeto
- Primaria incompleta
- Primaria completa

- *Secundaria incompleta*
- *Secundaria completa*
- *Estudios terciarios*
- *Universidad incompleta*
- *Universidad completa*
- *Carrera militar o policial*

Nivel de Medición: *Cualitativa ordinal*

✦ **Ocupación:** Conceptual: *Desempeño social que el individuo ejerció.*

Categorías:

- *Patrón con obreros a cargo o empleados*
- *Obrero o empleado público*
- *Obrero o empleado privado*
- *Trabajador por cuenta propia*
- *Trabajador familiar no remunerado*
- *Otros*

Nivel de Medición: *Cualitativa nominal.*

✦ **Fecha de Ingreso:** Conceptual: *Tiempo cronológico que el residente ingresa a la institución.*

Nivel de Medición: *Cuantitativa continua.*

✦ **Cobertura Médica:** Conceptual: *Lugar de asistencia médica en que se atiende el residente.*

Categorías:

- *Público*
- *Privado*
- *Casa de Galicia*
- *Asociación Española*
- *Casmu*
- *Círculo Católico*
- *Ipam*
- *Médica Uruguaya*
- *Cobertura por Hogar Español*

Nivel de Medición: *Cualitativa continua.*

- ✦ *Niveles de Dependencia Física: Conceptual: Capacidad del individuo para cubrir sus necesidades básicas.*

Categorías: (Basadas en la Escala de Barthel)

- *0-20 Dependencia total.*
- *21-60 Dependencia severa.*
- *61-90 Dependencia moderada.*
- *91-99 Dependencia escasa.*
- *100 Independencia.*

Nivel de medición: *Cualitativa ordinal.*

RECURSOS

Humanos

Autores:

- *Principales: 3 est. Lic. Enf.*
- *Asistentes: 2 est. Lic. Enf.*

Asesores:

- *Dr. Jorge Venegas.*
- *Lic. en Enf. Pilar del Pino.*

Tutor:

- *Dr. Jorge Venegas.*

Colaboradores:

- *Directora Técnica.*
- *Asistente Social de la Institución Hogar Español.*

Institucionales

- *Hogar Español*

Área topográfica:

Ubicado en Avenida Instrucciones entre Bulevar Batlle y Ordóñez, Avenida Millán, Coronel Raíz.

Materiales

- *Material de registro.*
- *Fichero*

- *Historia Clínica*
- *Espacio Físico (mesa, silla, etc.)*
- *Computadora, teléfono, calculadora, impresora.*

Financieros

- *Material bibliográfico* \$ 400
- *Boletos* \$ 1200
- *Viáticos* \$ 1500
- *Impresión y papelería* \$ 900

CRONOGRAMA

Diagrama de Gannt.

ACTIVIDADES	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO
<u>Planificación</u>					
Ejecución del tema					
Consulta de Asesoramiento					
Búsqueda y Revisión Bibliográfica					
Definición de Objetivos					
Elaboración de un Protocolo					
<u>Ejecución</u>					
Dx. de situación					
Características de la población.					
Búsqueda de diferentes fuentes					
Recolección de datos					
Procesamiento y análisis de la Inf.					
Tabulación de Datos					
Redacción de Material Científico Informar Adm.de la tarea realizada Comunicar el Tjo. En una reunion científica					

PRESENTACION DE DATOS

**CARACTERIZACIÓN DE LOS RESIDENTES DEL HOGAR
ESPAÑOL EN EL PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE ABRIL-
JUNIO 2003**

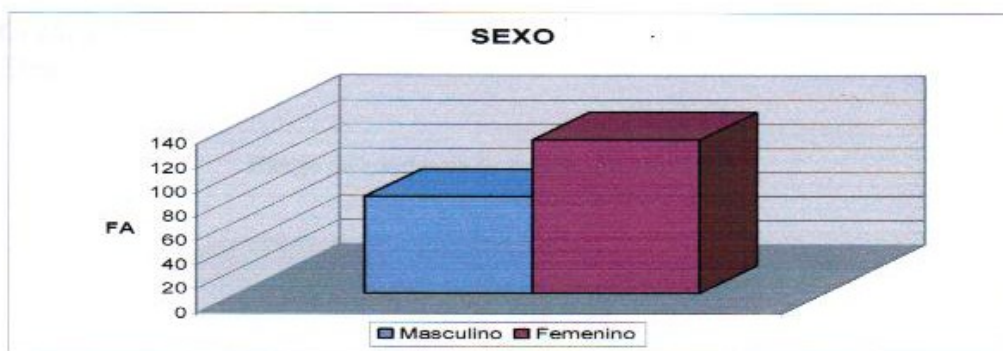
DISTRIBUCIÓN POR SEXO

Tabla N° 1

<i>Sexo</i>	<i>FA</i>	<i>FR%</i>
<i>Masculino</i>	80	38,64
<i>Femenino</i>	127	61,35
TOTAL	207	100

Fuente: Historias clínicas de los residentes.

Gráfico N° 1 Correspondiente al sexo de los residentes del Hogar Español



ANÁLISIS correspondiente a tabla y gráfico N° 1: Según los datos obtenidos de dicha caracterización del Hogar Español, referente a la variable sexo, concluimos que, un 61,35% corresponde al sexo femenino, y un 38,64% equivale a la población masculina.

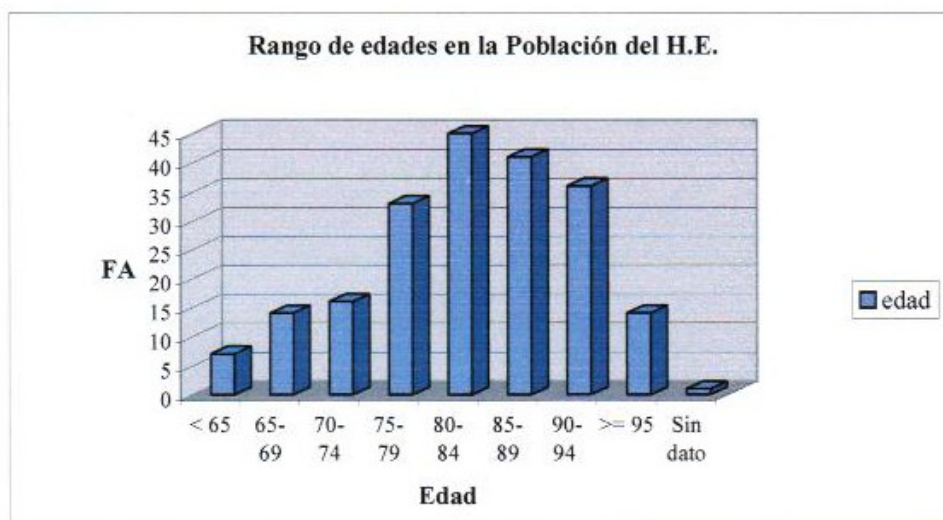
DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD

Tabla N° 2

Edad	FA	FR%
< 65	7	3,39
65- 69	14	6,79
70- 74	16	7,76
75- 79	33	16,01
80- 84	45	21,84
85- 89	41	19,9
90- 94	36	17,47
>= 95	14	6,79
Sin dato	1	0,48
TOTAL	207	100

Fuente: Historias clínicas de los residentes.

Gráfico N° 2 Correspondiente a las edades de los residentes del Hogar Español



ANÁLISIS correspondiente a tabla y gráfico N° 2: se analizan los diferentes rangos de edades en ambos sexos de los residentes del Hogar Español, donde se identifica que el mayor rango de edades corresponde a 80- 84 con un 21,84%, seguido por el rango de 85- 89 con un 19,9%, posteriormente seguido por el rango de 90- 94 con un 17,47%, 75- 79 correspondiente a 16,01%, los siguientes datos se correspondieron a los rangos de: 70- 74 con un 7,76%, el de 65- 69 equivalente al 6,79%, el

rango de mayor o igual a 95 con un 6,79%, el rango correspondiente a los menores de 65 años con un 3,39% y para finalizar se destaca que un usuario se desconoció su dato correspondiente al 0,48%.

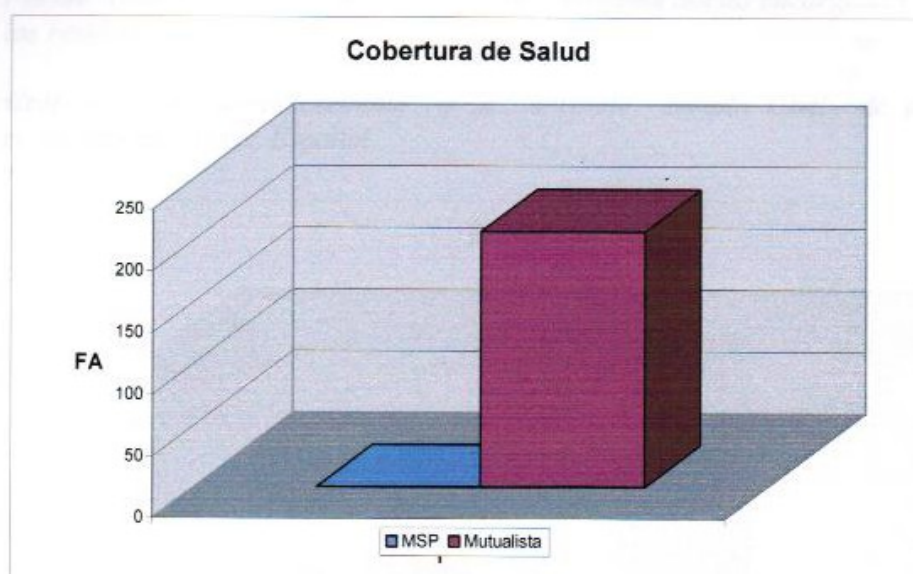
DISTRIBUCIÓN SEGÚN COBERTURA DE SALUD

Tabla N° 3

	FA	FR%
MSP	0	0
Mutualista	207	100
TOTAL	207	100

Fuente: Historias clínicas de los residentes

Gráfico N° 3 Correspondiente a la variable Cobertura de Salud de los residentes del Hogar Español.



ANÁLISIS correspondiente a tabla y gráfico N° 3.; se destaca que el 100% de la población del Hogar Español tienen cobertura de salud en Mutualistas .

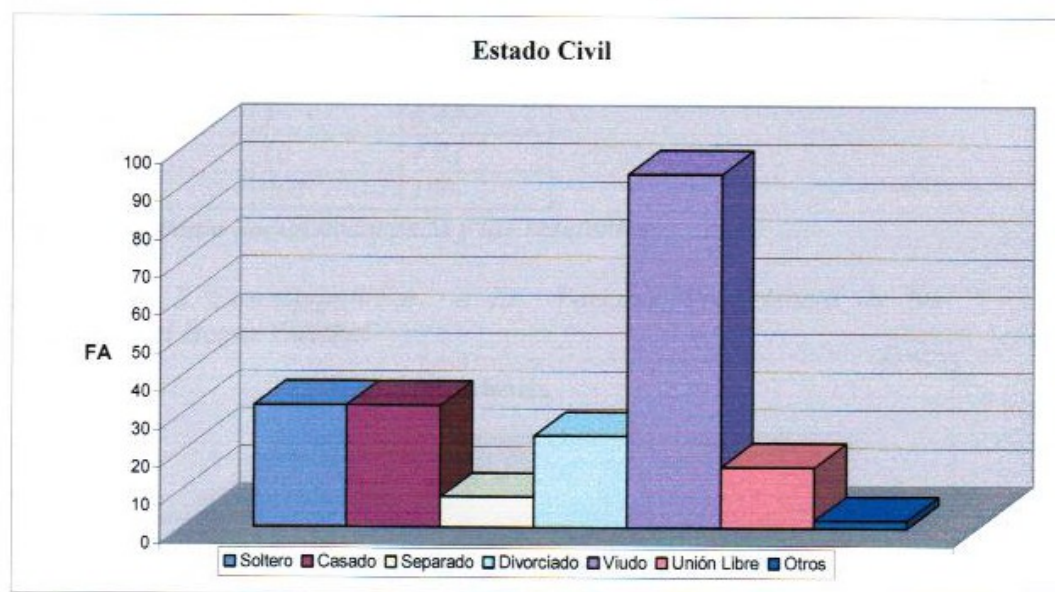
DISTRIBUCIÓN SEGÚN ESTADO CIVIL

Tabla N° 4

	FA	FR%
Soltero	32	15,45
Casado	32	15,45
Separado	8	3,86
Divorciado	24	11,59
Viudo	93	44,92
Unión Libre	16	7,72
Sin dato	2	0,96
TOTAL	207	100

Fuente: Historias clínicas de los residentes, Asistente Social encargada y los residentes.

Gráfico N° 4 Correspondiente a la variable Estado Civil de los residentes del Hogar Español.



ANÁLISIS correspondiente a tabla y gráfico N° 4: en este gráfico se destaca que el 44,92% de la población total corresponde al estado de viudez, representando aproximadamente la mitad de los residentes, seguido por aquellos que son casados y solteros en igual proporción con un 15,45%, son divorciados el 11,59%, en cuanto al estado de separado, unión libre y sin dato corresponden al 3,86%; 7,72% y 0,96% respectivamente.

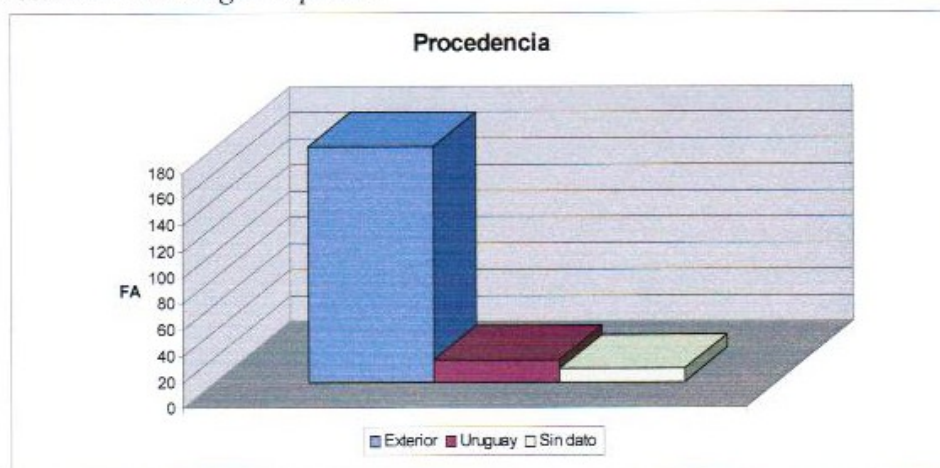
DISTRIBUCIÓN SEGÚN **PROCEDENCIA**

Tabla N° 5

	FA	FR %		FA	FR %
<i>Galicia</i>	141	68,1	<i>Exterior</i>	180	86,9
<i>I. Canarias</i>	1	0,48	<i>Uruguay</i>	17	8,21
<i>Asturias</i>	9	4,34	<i>Sin Datos</i>	10	4,83
<i>Navarra</i>	4	1,93	TOTAL	207	100
<i>Madrid</i>	4	1,93			
<i>Cataluña</i>	4	1,93			
<i>Castilla</i>	4	1,93			
<i>País Vasco</i>	3	1,44			
<i>Aragón</i>	3	1,44			
<i>Andalucía</i>	3	1,44			
<i>Cantabria</i>	2	0,96			
<i>I. Baleares</i>	1	0,48			
<i>Comunidad Valén</i>	1	0,48			
<i>Montevideo</i>	14	6,76			
<i>Lavalleja</i>	1	0,48			
<i>Durazno</i>	1	0,48			
<i>Canelones</i>	1	0,48			
<i>Sin datos</i>	10	4,83			
TOTAL	207	100			

Fuente: Asistente Social encargada y los residentes.

Gráfico N° 5 Correspondiente a la Variable Procedencia de los residentes del Hogar Español.



ANÁLISIS correspondiente a tabla y gráfico N° 5: Analizando la variable Procedencia, se observa que los residentes del Hogar Español son predominantemente provenientes de España en un 86,9%, de éstos la mayoría de la provincia de Galicia, un 8,21% provenientes de Uruguay y un 4,83% no se obtienen datos.

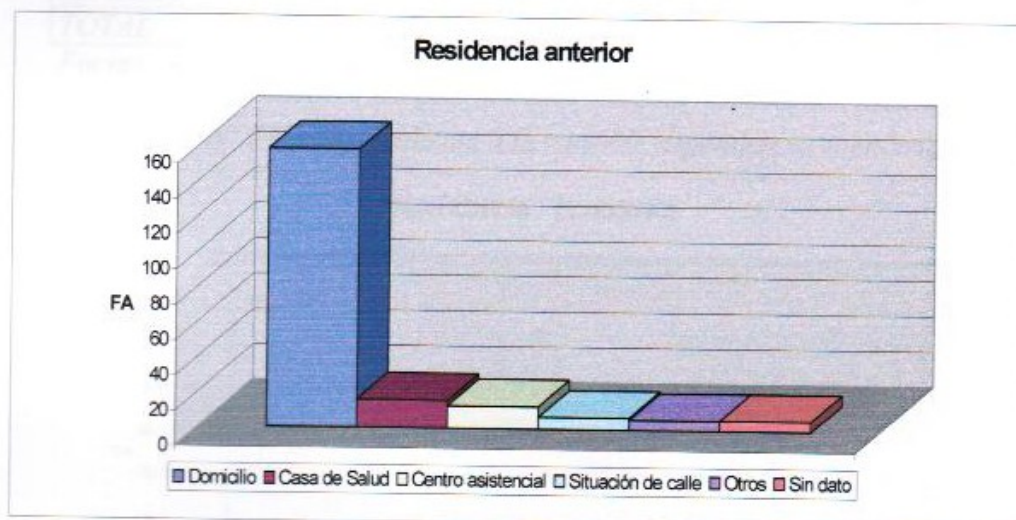
DISTRIBUCIÓN SEGÚN RESIDENCIA ANTERIOR

Tabla N° 6

	FA	FR %
Domicilio	158	76,3
Casa de Salud	16	8,73
Centro asistencial	13	6,28
Situación de calle	7	3,38
Otros	6	2,89
Sin Datos	6	2,89
TOTAL	207	100

Fuente: Asistente Social.

Gráfico N° 6 Correspondiente a la variable residencia anterior.



ANÁLISIS correspondiente a tabla y gráfico N° 6: Podemos destacar que el 76,3 % de los ancianos antes de ingresar a la institución residían en domicilio, seguido por un 8,73 % provenientes de casa de salud y de centros asistenciales en un 6,28% y con un 3,38% ancianos en situación de calle, en iguales proporciones con un 2,89% están aquellos sin datos, y otros.

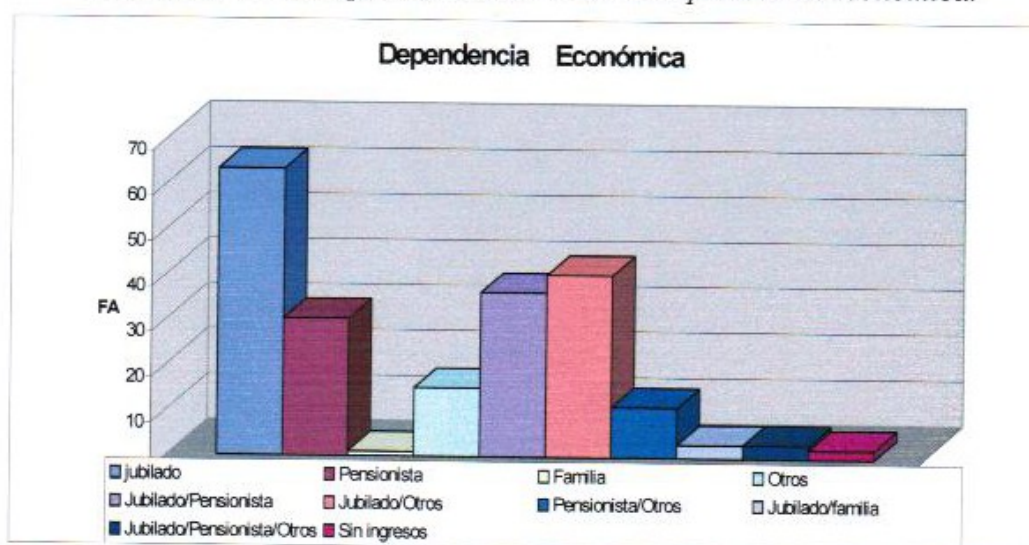
DISTRIBUCIÓN SEGÚN **DEPENDENCIA ECONÓMICA**

Tabla N° 7

	<i>FA</i>	<i>FR %</i>
Jubilado	63	30,4
Pensionista	30	14,4
Familia	1	0,48
Otros	15	7,24
Jubilado/Pensionista	36	17,3
Jubilado/Otros	40	19,3
Pensionista/Otros	11	5,3
Jubilado/Familia	3	1,44
Jubilado/Pens./Otros	3	1,44
Sin Ingresos	2	0,96
Sin Datos	3	1,44
TOTAL	207	100

Fuente: Asistente Social

Gráfico N° 7 Correspondiente a la variable dependencia económica.



ANÁLISIS correspondiente a tabla y gráfico N° 7: En este cuadro se observa que el 30,4% de los residentes son jubilados, el 19,3% son jubilados y reciben otro ingreso, el 17,3% son jubilados y pensionistas, el 14,4% son pensionistas, el 7,24% reciben otros ingresos, el 5,3% reciben pensión y otro ingreso, en igual proporción con el 1,44% encontramos a los jubilados que reciben a la vez apoyo de la familia, a los jubilados/pensionistas que reciben otro ingreso y sin datos. Luego están

los que no reciben ningún tipo de ingresos con el 0,96%. Con 0,48% a los residentes que reciben ingresos solamente de la familia.

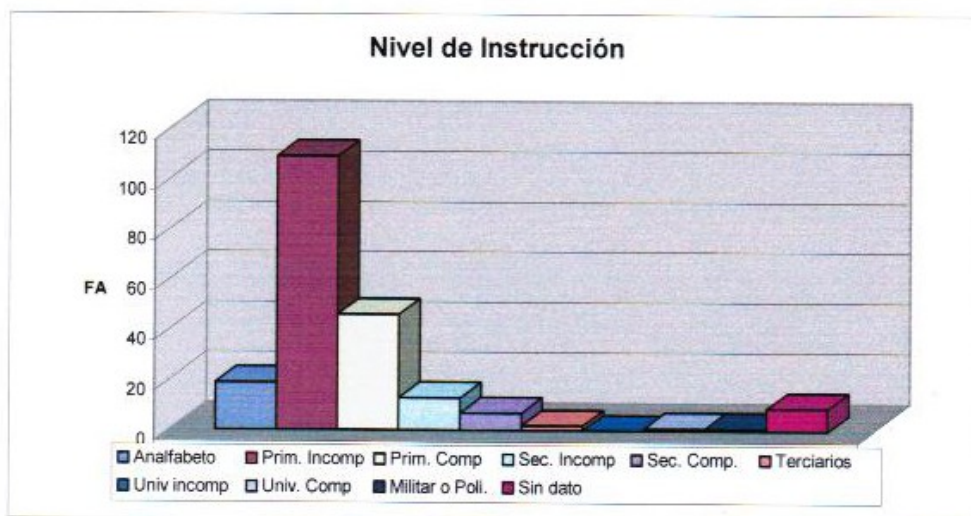
DISTRIBUCIÓN SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN

Tabla N° 8

	FA	FR%
Analfabeto	19	9,17
Prim. Incomp	109	52,65
Prim. Comp	46	22,22
Sec. Incomp	13	6,28
Sec. Comp.	7	3,38
Terciarios	2	0,96
Univ incomp	0	0
Univ. Comp.	1	0,48
Militar o Poli.	1	0,48
Sin dato	9	4,34
TOTAL	207	100

Fuente: Asistente Social encargada y los residentes.

Gráfico N° 8 Correspondiente a la Variable Nivel de Instrucción de los residentes del Hogar Español.



ANÁLISIS correspondiente a tabla y gráfico N° 8: Analizando la variable nivel de Instrucción observamos que un alto porcentaje de los residentes, 52,65% , corresponde al indicador Primaria incompleta, seguido por aquellos con Primaria completa en un 22,22%; Analfabetos en una proporción del 9,17%; individuos con Secundaria incompleta correspondiente a 6, 28%; en cuanto a Secundaria Completa, Nivel terciario, carrera militar o policial y Universidad completa representan

3,38%; 0,96%; 0,48% y 0,48% respectivamente, se menciona que el 4,34% se desconocen los datos.

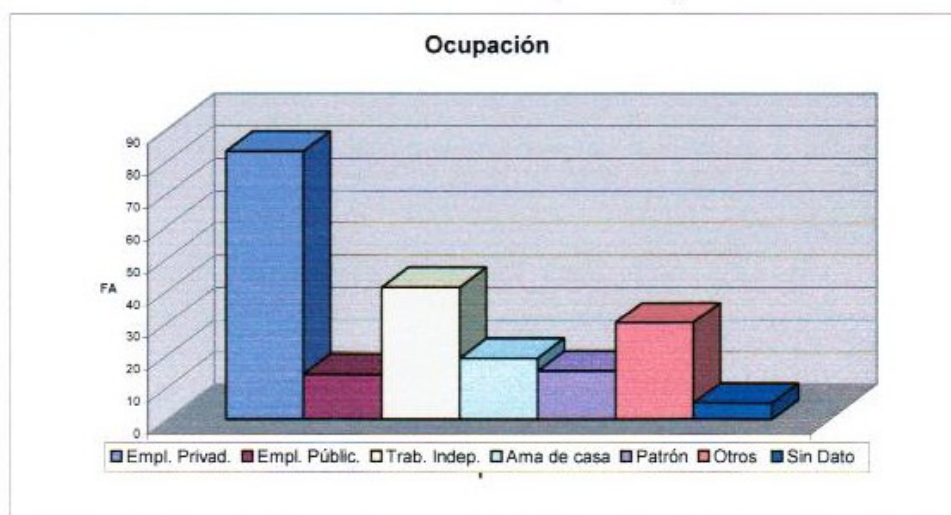
DISTRIBUCIÓN SEGÚN OCUPACIÓN EJERCIDA

Tabla N°9

	FA	FR %
Empl. Privado	83	40,09
Empl. Público	14	6,76
Trab. Indep.	41	19,8
Ama de casa	19	9,17
Patrón	15	7,24
Otros	30	14,5
Sin Dato	5	2,41
TOTAL	207	100

Fuente: Historias clínicas de los residentes, Asistente Social encargada y los residentes.

Gráfico N° 9 Correspondiente a la variable Ocupación ejercida durante su etapa Laboral



ANÁLISIS correspondiente a tabla y gráfico N° 9: Analizando la variable Ocupación observamos que la gran mayoría de los residentes se desempeñaban laboralmente como empleado privado representado por un 40,09%;seguido por trabajadores independientes con un 19,80%; en cuanto a las Amas de casa correspondió a un 9,17%; el desempeño como patrón equivale a un 7,24%; a continuación con un 6,76% a los empleados públicos; en la variable otros que la misma se corresponde a las diferentes profesiones ejercidas en ese momento ya sea como privado o trabajador independiente, los mismos son: chapista, marinero, trabajador del campo,

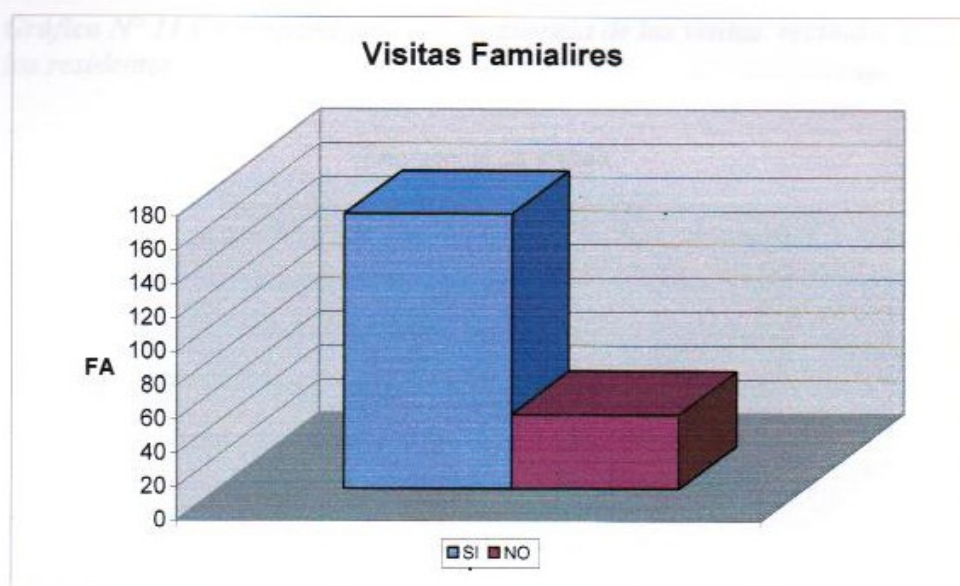
trabajo no remunerado, constructor y carpintero, correspondieron a un 14,5%, se destaca que un 2,41% correspondió a residentes sin datos.

DISTRIBUCIÓN SEGÚN VISITAS FAMILIARES DE LOS RESIDENTES
Tabla N° 10

	FA	FR%
SI	163	78,74
NO	44	21,25
TOTAL	207	100

Fuente: Asistente Social encargada y los residentes.

Gráfico N° 10 Correspondiente a la variable Visitas Familiares de los residentes.



ANÁLISIS correspondiente a tabla y gráfico N° 10: de esta variable debemos destacar que un número importante de residentes son visitados (familia, amigos, vecinos, etc.) representando el 78,74%, mientras que la minoría el 21,25% no recibe visitas.

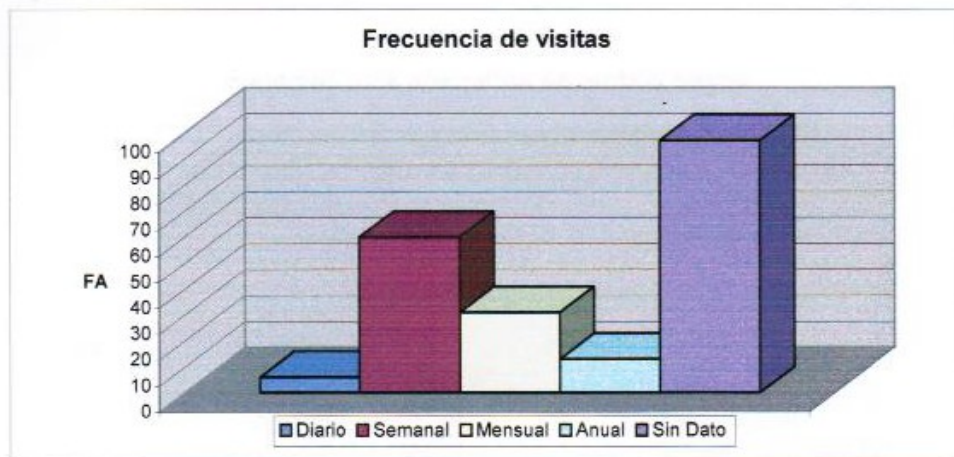
DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA FRECUENCIA DE VISITAS

Tabla N° 11

	FA	FR%
Diario	6	2,9
Semanal	60	29
Mensual	31	14,97
Anual	13	6,28
Sin Dato	97	46,85
TOTAL	207	100

Fuente: Asistente Social encargada y los residentes.

Gráfico N° 11 Correspondiente a la frecuencia de las visitas recibidas por los residentes.



ANÁLISIS correspondiente a tabla y gráfico N° 11: Observamos en los indicadores utilizados (diario, semanal, mensual, anual) para esta variable, que del total de la población que recibe visitas son en mayor proporción en frecuencia semanal correspondiendo al 29%, seguido por visitas mensuales con un 14,97% , visitas anuales 6,28%, solo reciben visitas diarias el 2,9% de la población. Cabe destacar que de un número importante de residentes no se obtuvieron datos, estos últimos corresponden a un 46,85%.

DISTRIBUCIÓN SEGÚN PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

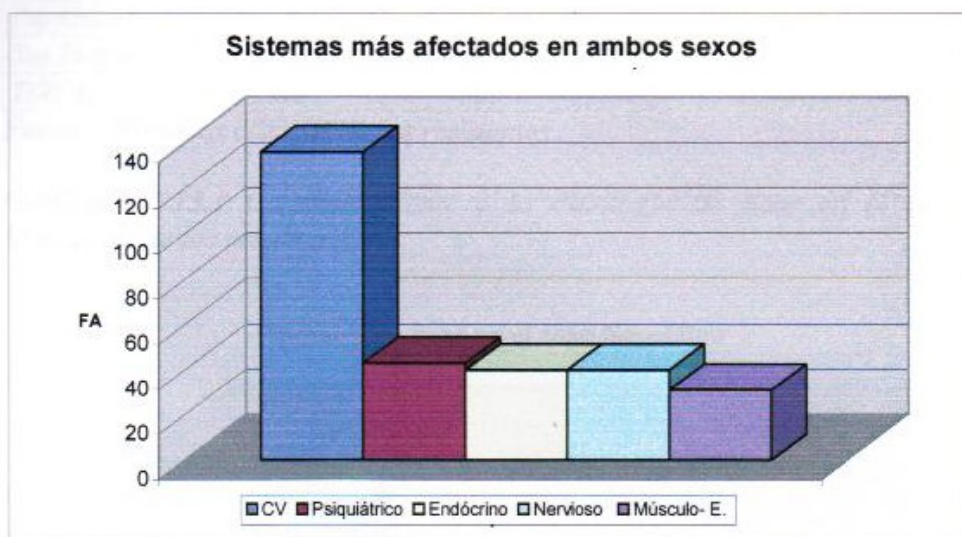
Tabla N° 12

Sistemas más afectados en ambos sexos según patología de base

	FA	FR%
CV	136	46,89
Psiquiátrico	43	14,82
Endócrino	40	13,79
Nervioso	40	13,79
Músculo- E.	31	10,68
TOTAL	290	100

Fuente: Historias clínicas de los residentes.

Gráfico N° 12 Correspondiente a los Sistemas más afectados en cuanto a su patología de base en ambos sexos.



ANÁLISIS correspondiente a tabla y gráfico N° 12: Se destaca que la mayor parte de la población tiene como principal sistema afectado el Cardiovascular en un 46,89%, seguido por afecciones psiquiátricas, en un 14,82% luego y en igual proporción con un 13,79% los sistemas Endocrino y Nervioso, continuado por el Músculo- Esquelético en un 10,68%.

DISTRIBUCIÓN SEGÚN **PATOLOGÍA DE BASE**

En esta variable consideramos a la patología de base como enfermedad crónica adquirida en un tiempo mayor a los últimos seis meses (Enero-Junio 2003).

Tabla N° 13.1

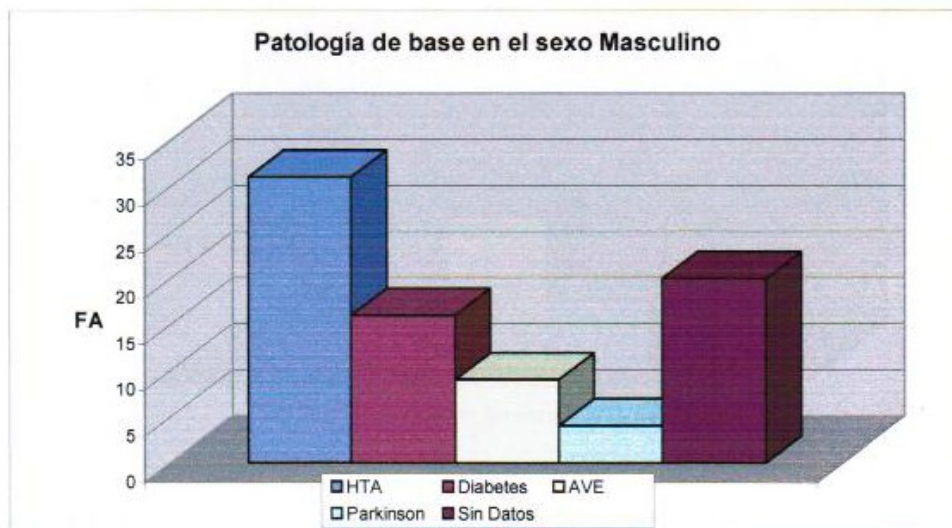
SEXO MASCULINO

Tabla N° 13.1

	<i>FA</i>	<i>FR%</i>
<i>HTA</i>	31	38,75
<i>Diabetes</i>	16	20
<i>AVE</i>	9	11,25
<i>Parkinson</i>	4	5
<i>Sin Datos</i>	20	25
TOTAL	80	100

Fuente: Historias clínicas de los residentes.

Gráfico N° 13.1 *Correspondiente a la Patología de Base en el sexo Masculino de los residentes.*



ANÁLISIS *correspondiente a tabla y gráfico N° 13.1: Se destaca como enfermedad más frecuente la HTA en 38,75%, en segundo lugar la Diabetes con un 20%, luego AVE con un 11,25%, seguido por*

Enfermedad de Parkinson en una proporción de 5%; cabe destacar que el 25% de la población masculina no se obtuvieron datos.

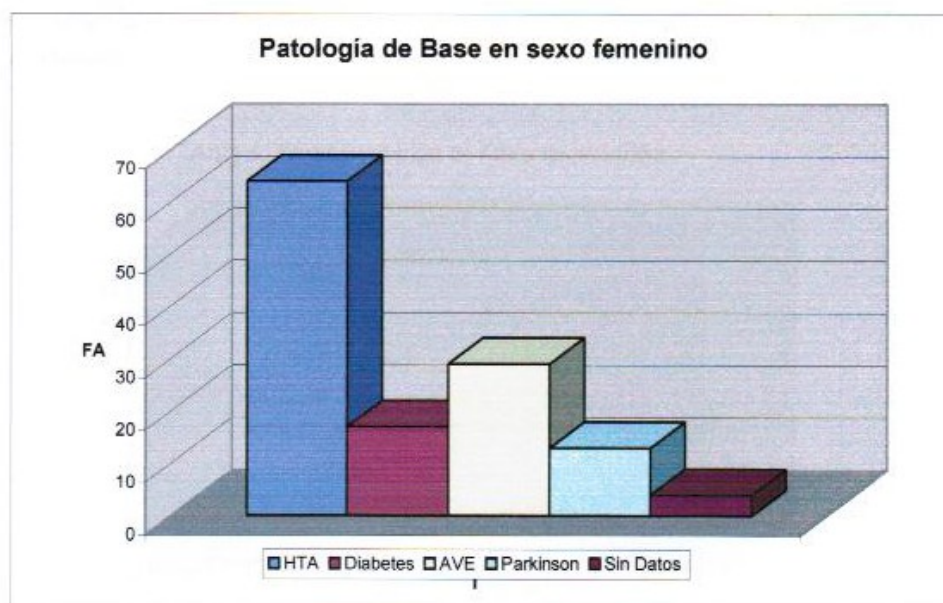
SEXO FEMENINO

Tabla N° 13.2

	FA	FR%
HTA	64	50,4
Diabetes	17	13,4
AVE	29	22,8
Parkinson	13	10,23
Sin Datos	4	3,15
TOTAL	127	100

Fuente: Historias clínicas de los residentes.

Gráfico N° 13.2 Correspondiente a la Patología de Base en el sexo Femenino.



ANÁLISIS correspondiente a tabla y gráfico N° 13.2: Observamos que un 50,4% de la población femenina tienen como patología predominante la HTA, seguido por AVE en un 22,8%, luego Diabetes con un 13,4%, continuando con un 10,23% Enfermedad de Parkinson y un 3,15% no se obtuvieron datos.

DISTRIBUCIÓN SEGÚN ANTECEDENTES PERSONALES

Esta variable corresponde a los antecedentes personales ocurridos en los últimos seis meses.

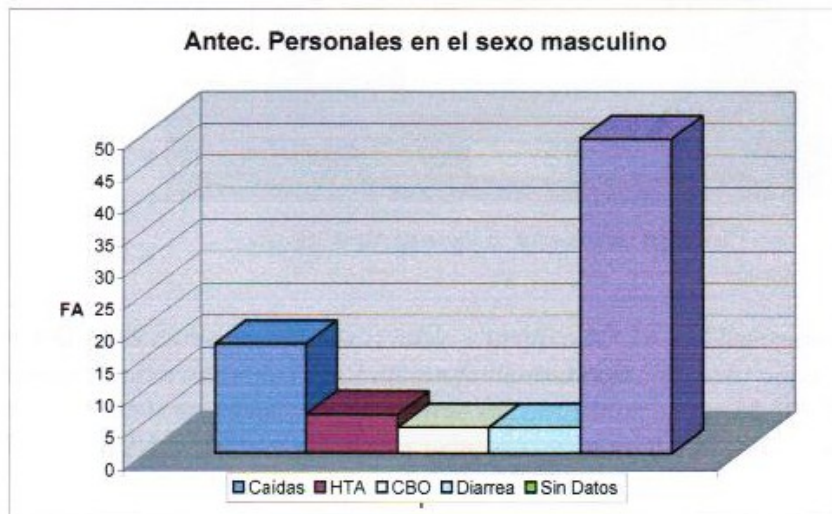
SEXO MASCULINO

Tabla N° 14.1

	FA	FR%
Caídas	17	21,25
HTA	6	7,05
CBO	4	5
Diarrea	4	5
Sin Datos	49	61,25%
TOTAL	80	100

Fuente: Historias clínicas de los residentes.

Gráfico N° 14.1 Correspondiente a los Antecedentes Personales (acontecidos en los meses de enero- junio) de los residentes del sexo Masculino.



ANÁLISIS correspondiente a tabla y gráfico N° 14.1 : Debemos destacar que más de la mitad de la población, un 61,2% no se obtuvieron datos. En un 21,25% encontramos las caídas, un 7,05% HTA y en igual proporción con un 5% CBO y Diarrea.

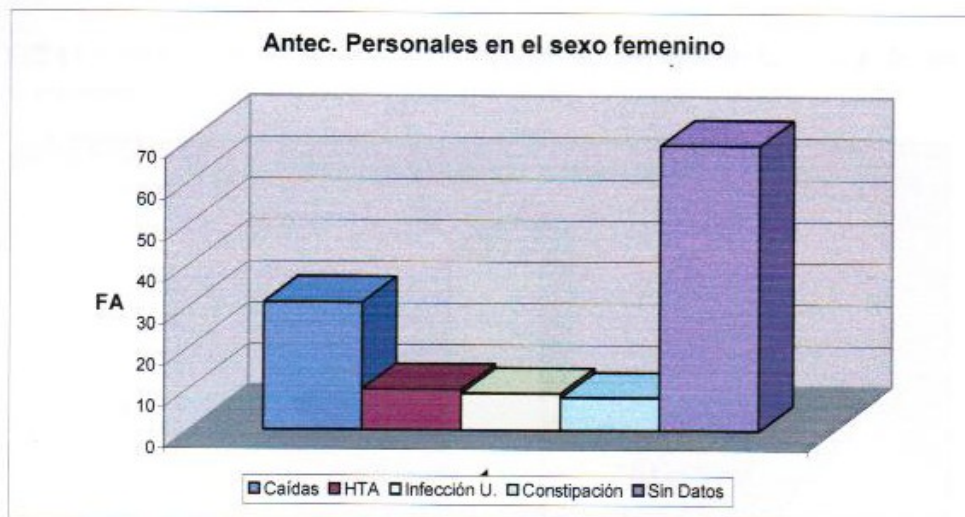
SEXO FEMENINO

Tabla N° 14.2

	FA	FR%
Caídas	31	24,4
HTA	10	7,87
Infección U.	9	7,08
Constipación	8	6,3
Sin Dato	69	54,33
TOTAL	127	100

Fuente: Historias clínicas de los residentes.

Gráfico N° 14.2 Correspondiente a los Antecedentes Personales (acontecidos en los meses de enero- junio) de los residentes del sexo Femenino del Hogar Español.



ANÁLISIS correspondiente a tabla y gráfico N° 14.2: Observamos que un número importante de la población femenina representado por el 54,33% no se obtuvieron datos; mientras que encontramos en un 24,4% las caídas, 7,87% ,HTA , 7,08% infecciones urinarias y en un 6,3% constipación.

NIVELES DE DEPENDENCIA FÍSICA

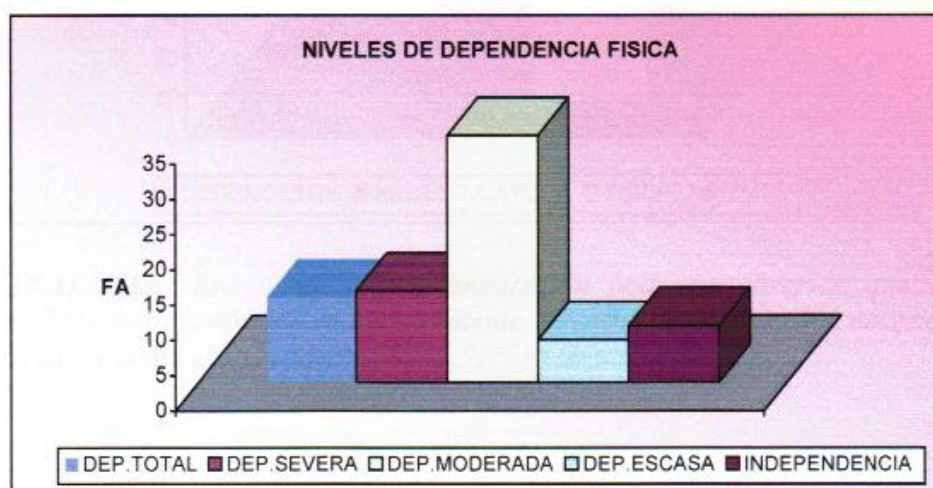
Debemos aclarar que solo se obtuvieron datos de **74** residentes del Hogar Español, tomando este número como el **N** de nuestro estudio, par esta categoría de estudio específico.

TABLA I

	FA	FR%
DEPENDENCIA TOTAL	12	16,21
DEPENDENCIA SEVERA	13	17,56
DEPENDENCIA MODERADA	35	47,29
DEPENDENCIA ESCASA	6	8,10
INDEPENDENCIA	8	10,81
TOTAL	74	100

Fuente: Historias Clínicas de los residentes.

GRAFICO I Correspondiente a los Niveles de Dependencia Física de los residentes.



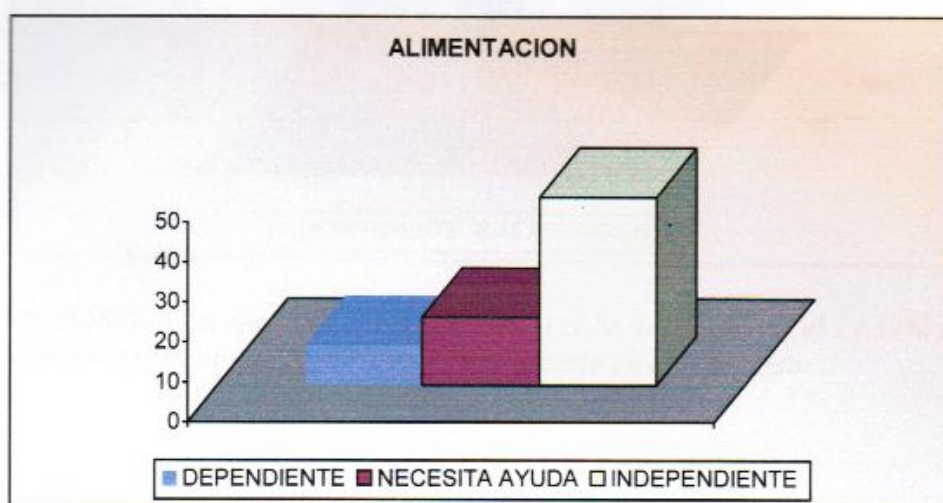
ANÁLISIS correspondiente a tabla y gráfico I: Se destaca que un 47,29% de la población estudiada correspondiente a dependencia moderada seguido por un 17,56% con dependencia severa, el 16,21% representa aquellos con dependencia total; luego observamos con un 10,81% de los residentes independientes y finalmente con un 8,10% aquellos con dependencia escasa.

TABLA II

ALIMENTACIÓN	FA	FR%
Dependiente	10	13,51
Necesita ayuda	17	22,97
Independiente	47	63,51
TOTAL	74	100

Fuente: Historias Clínicas de los usuarios.

GRAFICA II. Correspondiente a la actividad básica *alimentación*.



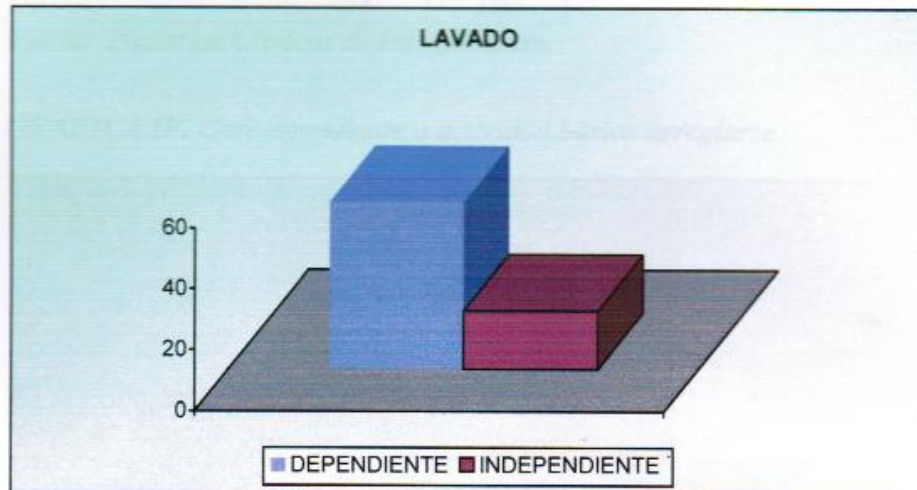
ANALISIS: En cuanto a la *alimentación* podemos observar que el 63,51% de la población es independiente, mientras que el 22,97% necesita ayuda, y en menor proporción el 13,51% es dependiente.

TABLA III

LAVADO	FA	FR%
<i>Dependiente</i>	55	74,32
<i>Independiente</i>	19	25,67
TOTAL	74	100

Fuente: Historias Clínicas de los residentes.

GRAFICA III. *Correspondiente a la actividad básica lavado (baño).*



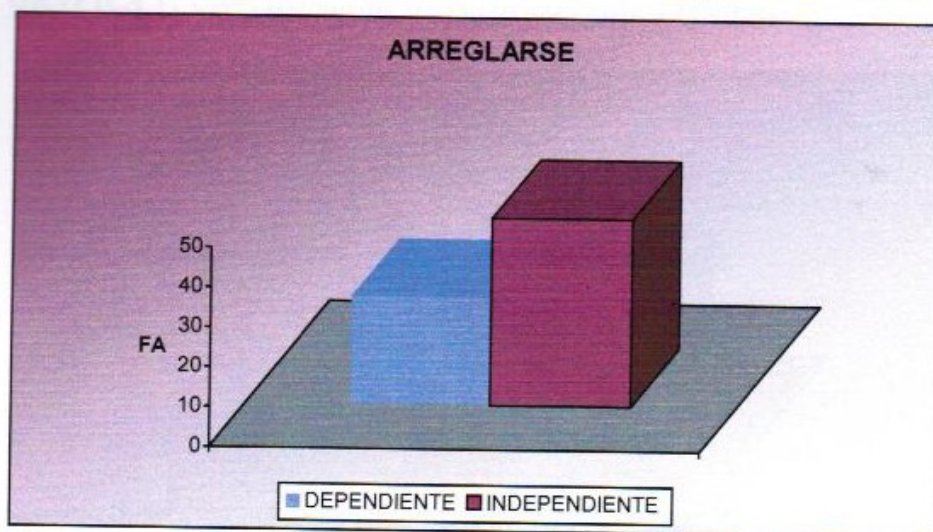
ANALISIS: *Con respecto al lavado (baño) cabe destacar que el 74,32% es dependiente y solo un 25,67% es independiente en este aspecto.*

TABLA IV

ARREGLARSE	FA	FR%
<i>Dependiente</i>	27	63,51
<i>Independiente</i>	47	36,48
TOTAL	74	100

Fuente: Historias Clínicas de los residentes.

GRAFICA IV. Correspondiente a actividad básica **arreglarse**.



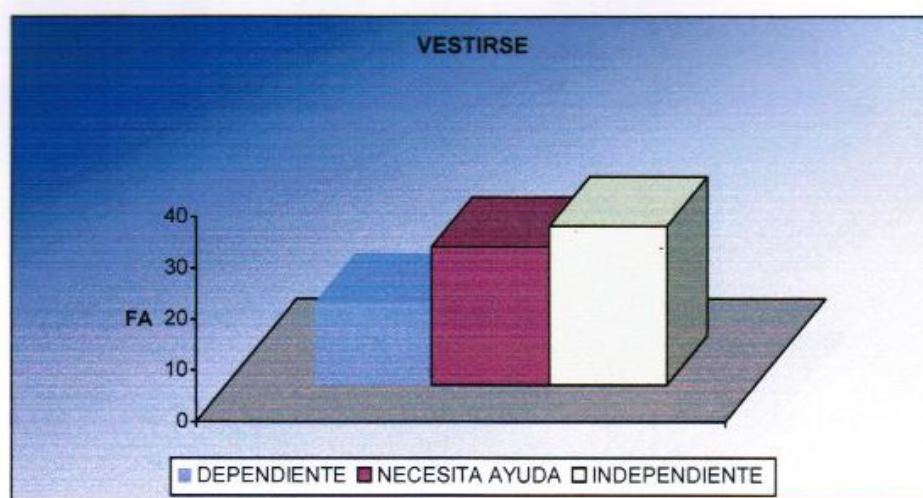
ANALISIS: Con respecto a este actividad podemos decir que en mayor proporción encontramos a aquellos residentes que son independientes con un 63,51% y un 36,48% que son dependientes.

TABLA V

VESTIRSE	FA	FR%
Dependiente	16	21,62
Necesita ayuda	27	36,48
Independiente	31	41,89
TOTAL	74	100

Fuente: Historias Clínicas de los residentes.

GRAFICA V. Correspondiente a la actividad básica *vestirse*.



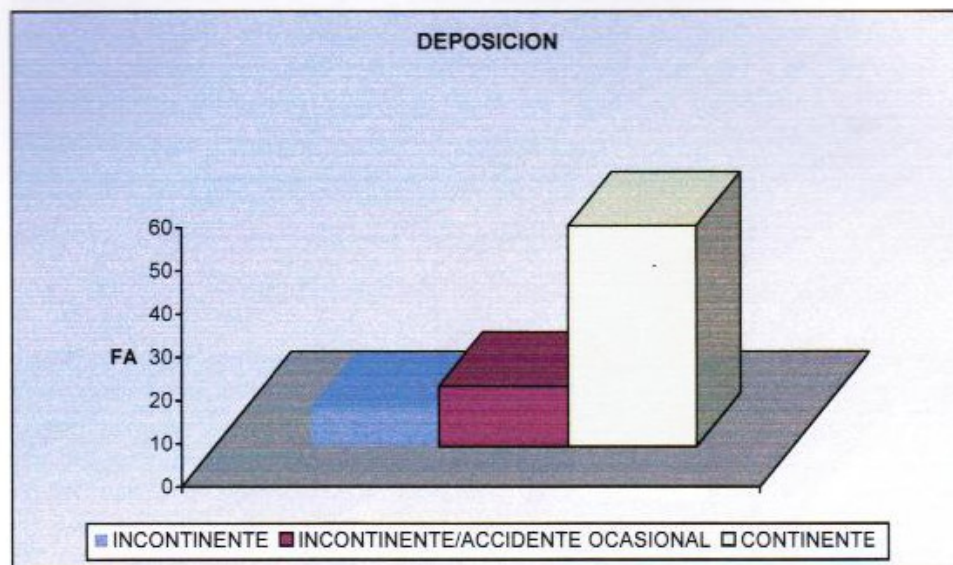
ANALISIS: Observamos que el 41,89% corresponden al nivel independiente, un 36,48% necesita ayuda y un 21,62% es dependiente.

TABLA VI

DEPOSICION	FA	FR%
Incontinente	9	12,16
Incont/Acc.ocasional	14	18,91
Continente	51	68,91
TOTAL	74	100

Fuente: Historias Clínicas de los Residentes.

GRAFICA VI. Correspondiente a la actividad básica deposición.



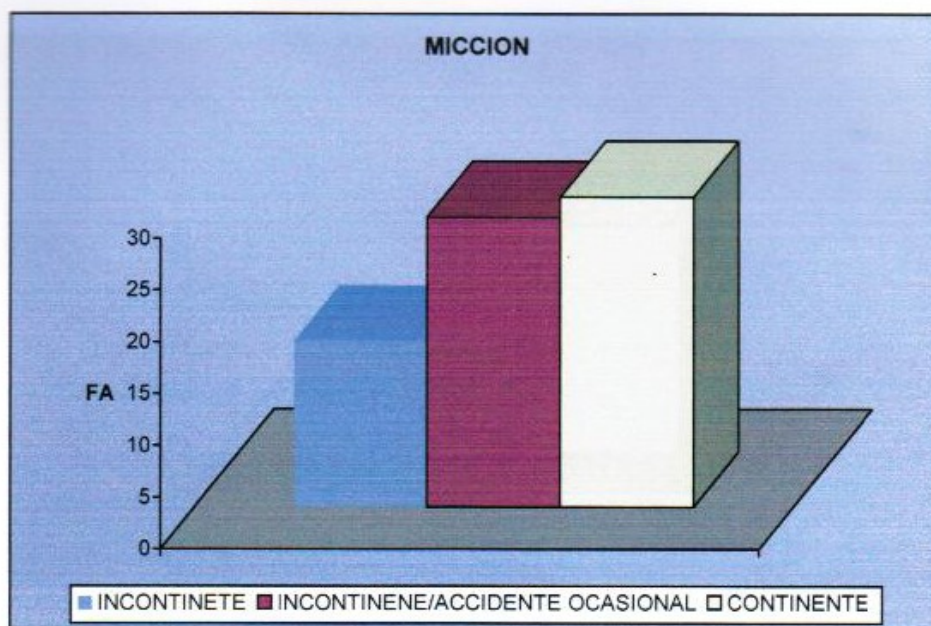
ANALISIS: De esta actividad básica se destaca que el 68,91% de la población es continente, el 18,91% corresponde a los individuos incontinentes/accidente ocasional y un 12,16% es incontinente total.

TABLA VII

MICCIÓN	FA	FR%
<i>Incontinente</i>	16	21,62
<i>Incont/Acc. ocasional</i>	28	37,83
<i>Continente</i>	30	40,54
TOTAL	74	100

Fuente: Historias Clínicas de los usuarios.

GRAFICO VII. Correspondiente a la actividad básica *micción*.



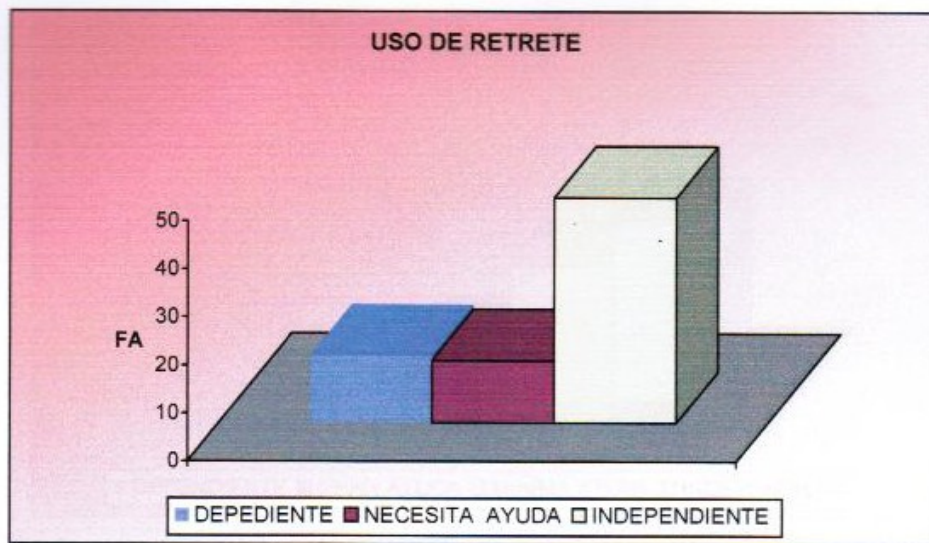
ANALISIS: En esta actividad observamos que el 40,54% es continente, una proporción del 37,83% es incontinente/accidente ocasional y un 21,62% representan a aquellos que son incontinentes.

TABLA VIII

USO DE RETRETE	FA	FR%
<i>Dependiente</i>	14	18,91
<i>Necesita ayuda</i>	13	17,56
<i>Independiente</i>	47	63,51
TOTAL	74	100

Fuente: Historias Clínicas de los residentes.

GRAFICO VIII. Correspondiente a la actividad básica *uso de retrete*.



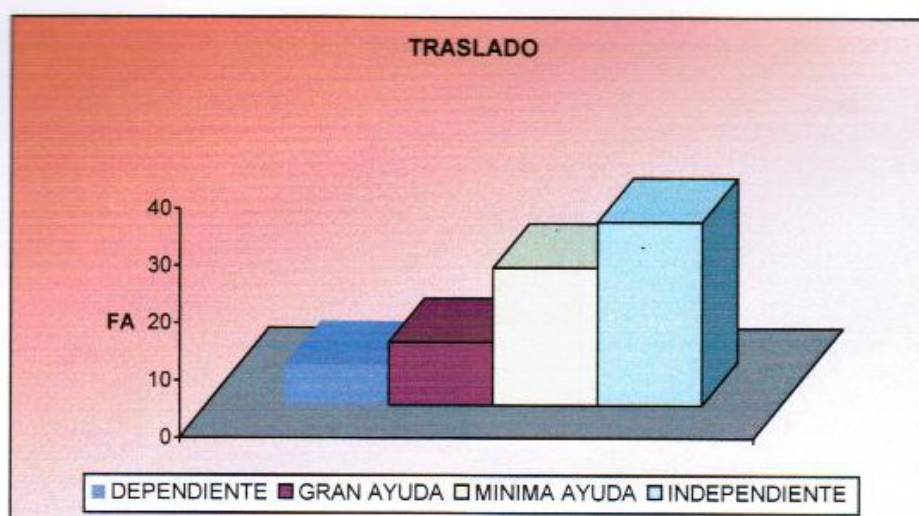
ANALISIS: Destacamos que el 63,61% corresponden a los residentes cuyo nivel es independiente para llevar a cabo esta actividad, in 18,91% es totalmente dependiente, mientras que un 17,56% necesita ayuda.

TABLA IX

TRASLADO	FA	FR%
Dependiente	7	9,45
Gran ayuda	11	14,86
Mínima ayuda	24	32,43
Independiente	32	43,24
TOTAL	74	100

Fuente: Historias Clínicas de los residentes.

GRAFICO IX. Correspondiente a la actividad básica *traslado*.



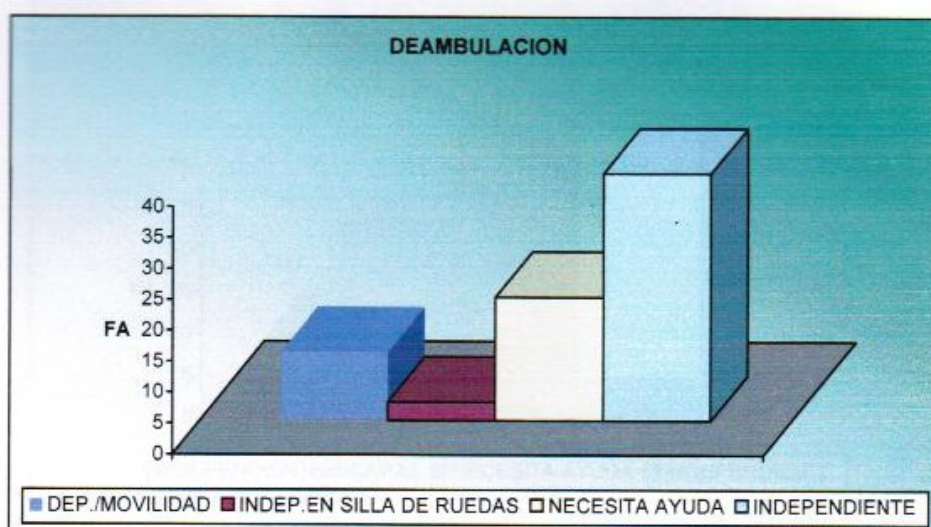
ANALISIS: Con respecto al *traslado* representan el 43,24% aquellos que son independientes, el 32,43% necesita una mínima ayuda, un 14,86% necesita una ayuda importante y solo un 9,45% es dependiente.

TABLA X

DEAMBULACION	FA	FR%
Dependiente	11	14,86
Indep.en silla de ruedas	3	4,05
Necesita ayuda	20	27,02
Independiente	40	54,05
TOTAL	74	100

Fuente: Historias Clínicas de los residentes.

GRAFICO X. Correspondiente a la actividad básica *deambulación*.



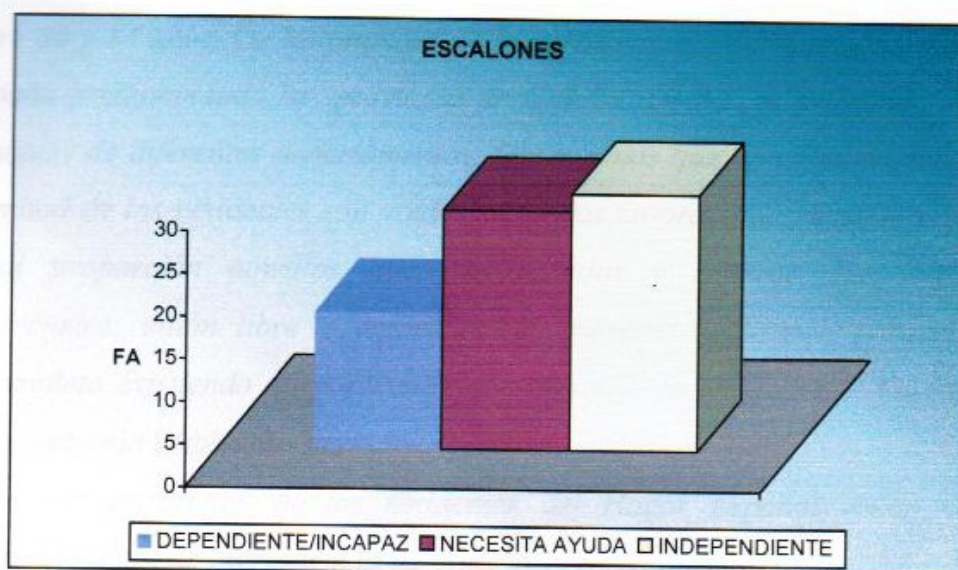
ANALISIS: Con respecto a esta actividad se observa que más de la mitad de la población un 54,05% son independientes, el 27,02% necesita ayuda, el 14,86% son dependientes y el 4,05% son independientes en silla de ruedas.

TABLA XI

ESCALONES	FA	FR%
Depend./incapaz	16	21,62
Necesita ayuda	28	37,83
Independiente	30	40,54
TOTAL	74	100

Fuente: Historias Clínicas de los residentes.

GRAFICO XI. Correspondiente a la actividad básica *escalones*.



ANALISIS: El 40,54% es independiente para cumplir esta actividad, un 37,83% necesita ayuda y un 21,62% son dependientes.

ANALISIS

GENERAL

Del estudio de las 14 variables seleccionadas para caracterizar la población se destaca que:

De la población estudiada la mayoría pertenece al sexo femenino en un porcentaje del 61,35%, predominando los residentes en edad comprendida entre 80 y 84 años. De la totalidad de la población el 86,9% proceden de España predominando la provincia de Galicia, un 8,21% provienen de Uruguay de diferentes departamentos. Observamos que aproximadamente la mitad de los residentes son viudos, seguidos en orden decreciente y en igual proporción aquellos que son casados y solteros, luego los divorciados, unión libre y separados; la mayoría realizaron primaria incompleta existiendo un porcentaje considerable de analfabetos. Fueron en su mayoría empleados privados.

El mayor porcentaje de los residentes del Hogar Español vivían en domicilio antes de ingresar a la institución.

En cuanto a la cobertura asistencial se observa que en su totalidad son afiliados a mutualistas.

Con respecto a la dependencia económica la mayor parte de los residentes son jubilados, siendo éste su único ingreso, seguidos por los que reciben jubilación más otro ingreso, jubilados y pensionistas, los que reciben solamente pensión y en menor proporción otro tipo de ingresos.

Tiene familia el 78,4%. Existiendo un 29 % de los residentes que reciben visitas de familia, amigos, vecinos, en forma semanal; destacándose que de la mitad de la población total no se obtuvieron datos.

En cuanto al perfil epidemiológico podemos mencionar que un alto porcentaje de residentes de ambos sexos tiene como sistema afectado el Cardiovascular.

Como patología de base se observa que en el sexo masculino la gran mayoría sufre de Hipertensión arterial predominando también y aun con mayor porcentaje en el sexo femenino.

De los antecedentes personales acontecidos en los últimos seis meses (enero-junio 2003) previo a nuestra investigación, se destacan las caídas en una cantidad considerable, tanto para el sexo masculino como para el femenino, existiendo un alto porcentaje de residentes sin datos.

ESPECÍFICO

La población de estudio para la variable dependencia física esta compuesta por 74 residentes del Hogar Español.

Analizando esta variable se destaca que aproximadamente la mitad de dicha población corresponde a dependencia moderada, la mitad restante se distribuye en orden decreciente en dependencia severa, dependencia total, independencia y dependencia escasa.

Analizaremos a continuación las diez actividades básicas incluidas en esta variable:

Alimentación: La mayor parte de la población representada por el 63,51% es capaz de realizar esta actividad por si solo.

Lavado: Se destaca que el 74,32% es incapaz de realizar esta actividad.

Arreglarse: Encontramos que el 63,51% es capaz de cumplir con su aseo personal.

Vestirse: En forma aproximada se observa aquellos que son capaces de realizar esta actividad por si solo y también a los que necesitan ayuda.

Deposición – Micción: En ambas actividades la mayoría de la población son continentes existiendo un alto porcentaje de incontinentes por accidente ocasional.

Uso de retrete: Un alto porcentaje son independientes para esta actividad.

Traslado: Aproximadamente menos de la mitad de la población no presenta dificultades para trasladarse, mientras que una proporción considerable necesita una mínima ayuda.

Deambulación: La mitad de los residentes deambula sin ayuda, distribuyéndose la mitad restante en orden decreciente en los que necesitan ayuda, los totalmente dependientes y los que son independientes en sillas de ruedas.

Escalones: Observamos que en un porcentaje aproximado se encuentran quienes pueden subir y bajar escalones por si solos y quienes necesitan ayuda.

CONCLUSIÓN Y SUGERENCIAS

Después del análisis general y el desarrollo de nuestro trabajo se puede concluir que su realización fue satisfactoria, ya que no se presentaron grandes inconvenientes en el transcurso del mismo.

Se puede decir que los objetivos planteados al inicio fueron alcanzados en su totalidad ya que se logró conocer las características sociodemográficas de los residentes del Hogar Español y sus niveles de dependencia física.

En cuanto al cronograma establecido, el plazo estipulado no fue cumplido ya que hemos finalizado la investigación en octubre de 2003.

Como limitación encontrada cabe destacar que existe carencia de registros y los mismos no tienen un orden preestablecido, esto nos llevó a la dificultad en la recolección de los datos al momento de aplicar el instrumento, obligándonos a acudir a fuentes secundarias para verificar su validez.

La población estudiada se compone casi exclusivamente de emigrantes españoles atravesando la cuarta edad, se comprueba así uno de los elementos fundamentales de la transición demográfica. Nuestro país, ya en la década del 50' (probablemente período en el que ellos emigraron) presentaba un alto porcentaje de personas en edad avanzada, por lo que el envejecimiento se ha convertido en un proceso ininterrumpido a lo largo de los años.

Otro aspecto a destacar es que al ser emigrantes han logrado formar grupos para el logro de beneficios sociales como es la Institución Hogar Español que ampara a los emigrantes priorizando su seguridad social, lo que los convierte en personas con ciertos privilegios desde el punto de vista socioeconómico, aspecto que se destaca en nuestra investigación ya que la totalidad de ellos perciben algún tipo de ingreso económico y en muchos casos más de uno, además de que la cobertura asistencial es

exclusivamente en el sector privado. Esto sería un indicador de la adecuada gestión que realiza la Institución para el bienestar de sus residentes.

Aunque el rango de edad predominante corresponde a la cuarta edad del ciclo evolutivo no se asemejan sus características a la definición de este, sino que se asemejan más a las características de la tercera edad ya que son activos, realizando actividades de la vida diaria con una dependencia moderada. Por lo tanto no presentan un nivel de dependencia tan alto como es esperable, ya que el proceso de envejecimiento por el cual atraviesan causa pérdidas biológicas que llevan a limitaciones en su capacidad física. Debemos aclarar que posiblemente exista algún grado de distorsión en la población estudiada para esta variable (N 74), sería conveniente, por lo tanto tener un panorama más amplio, actualizando la valoración y ampliando el N.

Cabe destacar que la mayoría de la población estudiada es capaz de alimentarse, vestirse y arreglarse sin ayuda, luego se encuentran los que necesitan ayuda para trasladarse, deambular y el uso de escalones; un alto número de residentes son independientes para el uso de retrete y continentes en deposición y micción; y es el baño la actividad que representa mayor dependencia, requiriendo un aumento en la demanda para el personal de enfermería.

En cuanto a la investigación realizada se sugiere que:

- Una línea de investigación interesante, es el gran porcentaje de caídas que sufren los ancianos en un periodo de tiempo relativamente corto.*

- *Protocolizar la organización de la Historia Clínica, e implementar el uso de una única escala para valorar la capacidad física, estableciendo períodos de tiempo para la actualización de los datos contribuiría a la sistematización de la información, así como también a la calidad de atención.*
- *Incorporar la figura de enfermería profesional especializada en la asistencia al anciano, que brinde cuidados de forma integral de acuerdo a las necesidades, potenciando la autosuficiencia y mejorando la calidad asistencial.*

BIBLIOGRAFÍA

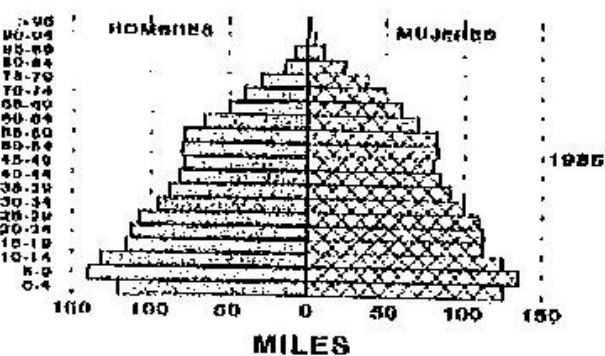
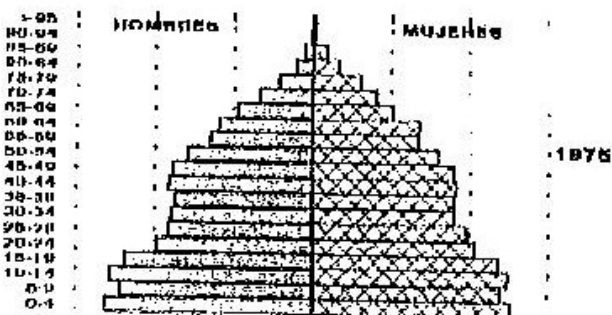
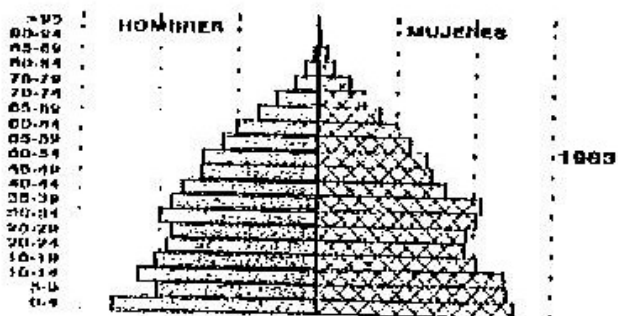
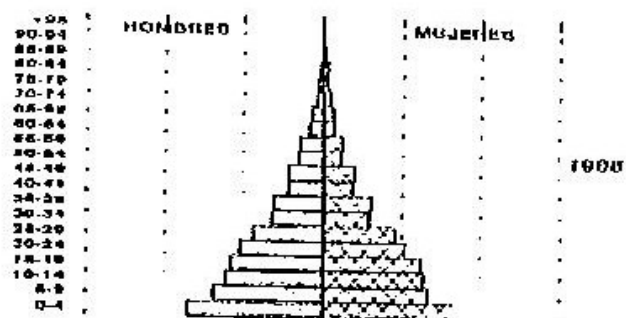
- *BABB, Pamela, "Manual de Enfermería Gerontológica", 1º Edición, México, Ed. McGraw- Hill Interamericana 1998.*
- *BRUNNER Y SUDDARTH; "Enfermería Medicoquirúrgica", 8ª Edición, México, Ed. McGraw- Hill Interamericana, 1997.*
- *CANALES, F. H., "Metodología de la Investigación", 1º Edición, México 1986.*
- *CEPAL – CELADE, 2001*
- *DE NICOLA, Pietro; "Fundamentos de gerontología y geriatría", Barcelona, ed. Jims, 1978.*
- *Dirección General de la Salud, Dpto. de Estadísticas, Proyecto de fortalecimiento institucional del Sector Salud, BIRF, "La Salud del Uruguay en cifras", edición 2002.*
- *ECO, Umberto, "Como se hace una tesis", Barcelona, España, Ed. Gedisa, 1989.*
- *HERNANDEZ, S.; ROBERTO, FERNANDEZ; C., CARLOS; BATISTA, L.; PILAR, "Metodología de la Investigación", México, Ed., 1996.*
- *POLIT – HUNGLER; "Investigación Científica en Ciencia de la Salud", 6ª Edición, México McGraw- Hill Interamericana 2000*
- *Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, "Desarrollo Humano en el Uruguay"; Uruguay, 1999.*
- *SCHKOLNIK, Susane, "El envejecimiento de la población de América Latina".*
- *STABB, A.S; HODGES, L.C, "Enfermería Gerontológica", México, Ed. McGraw- Hill Interamericana, 1997.*
- *VERONELLI, Juan; NOWINSKI, Benito; HARTECHE, Alvaro, ROITMAN, Benito, "La Salud de los Uruguayos", Montevideo, Ed. Nordan-Comunidad, 1994.*
- *www.msc.es/salud/epidemiologia/res/199702/barthel.htm*

ANEXOS

ANEXO I

PIRAMIDES DEMOGRAFICAS DEL URUGUAY EN LOS CENSOS DE 1908; 1963; 1976 y 1985

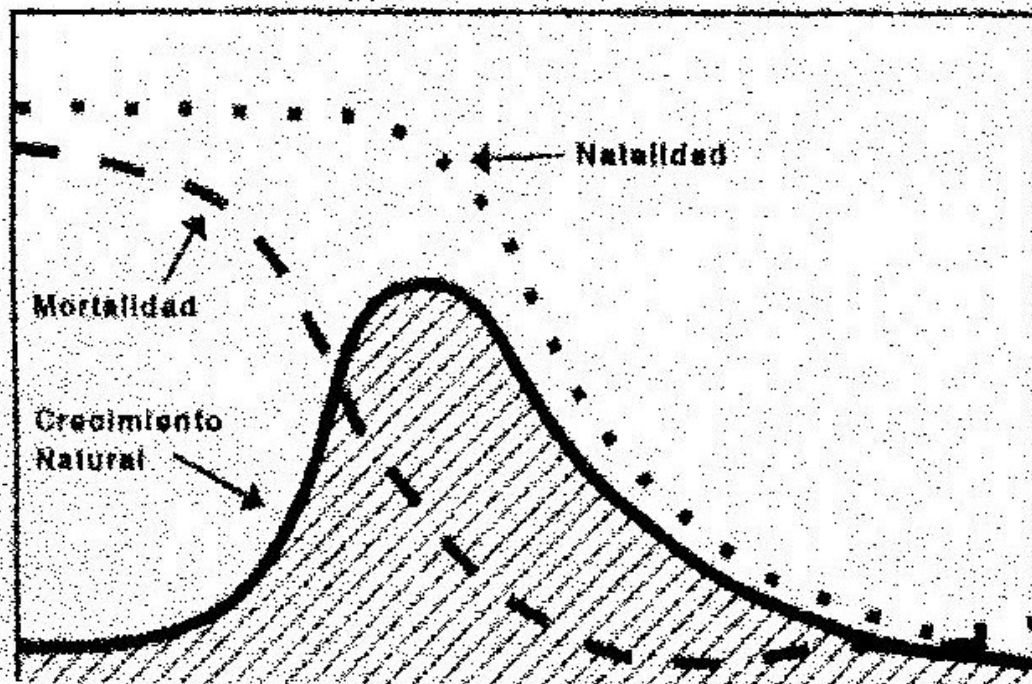
EDAD (años)



Fuente:
División
Estadística
del Ministerio
de Salud

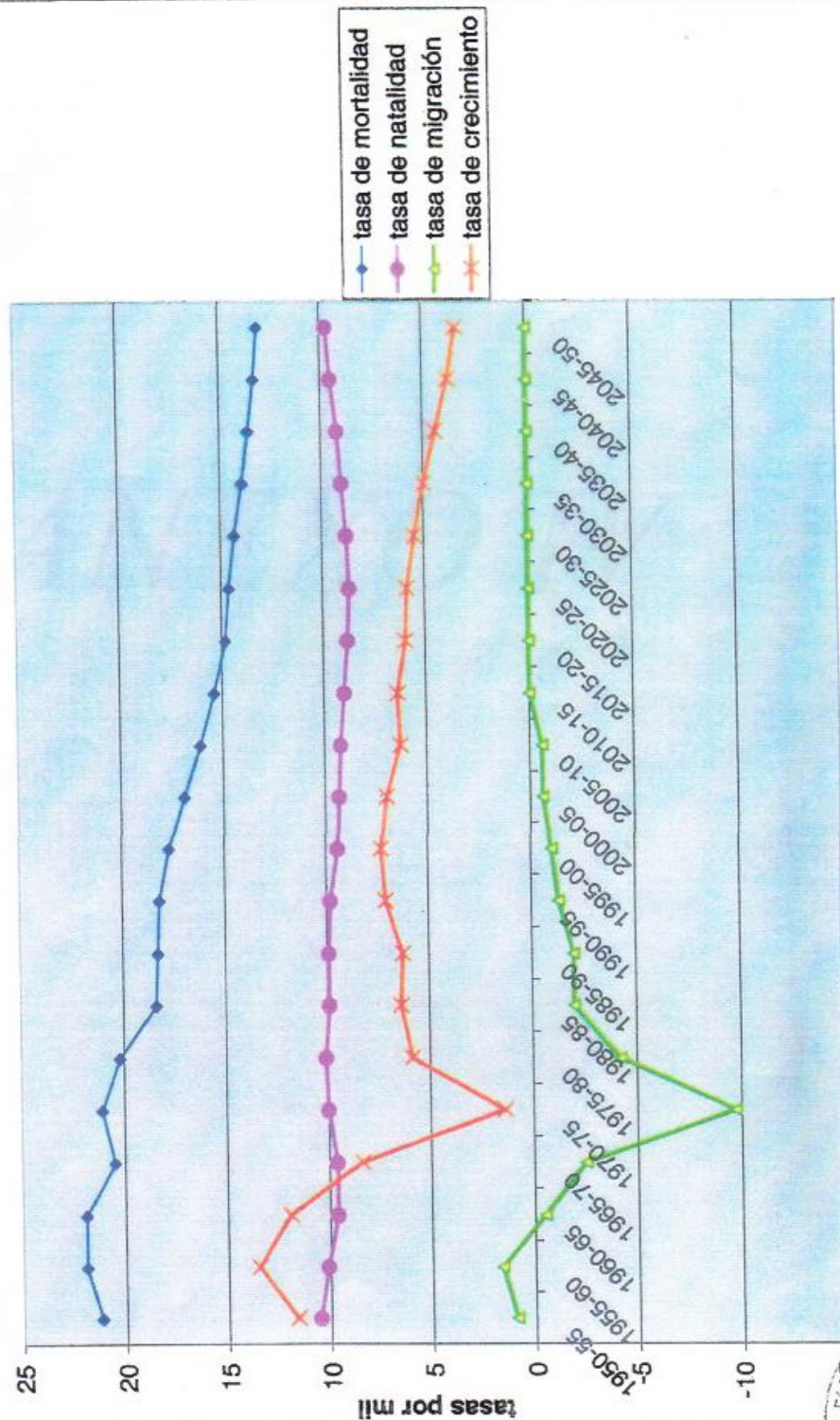
ANEXO II

LAS FASES DE LA TRANSICION DEMOGRAFICA



ANEXO III

Uruguay. Tasas de natalidad, mortalidad, migración y crecimiento



6 FL415

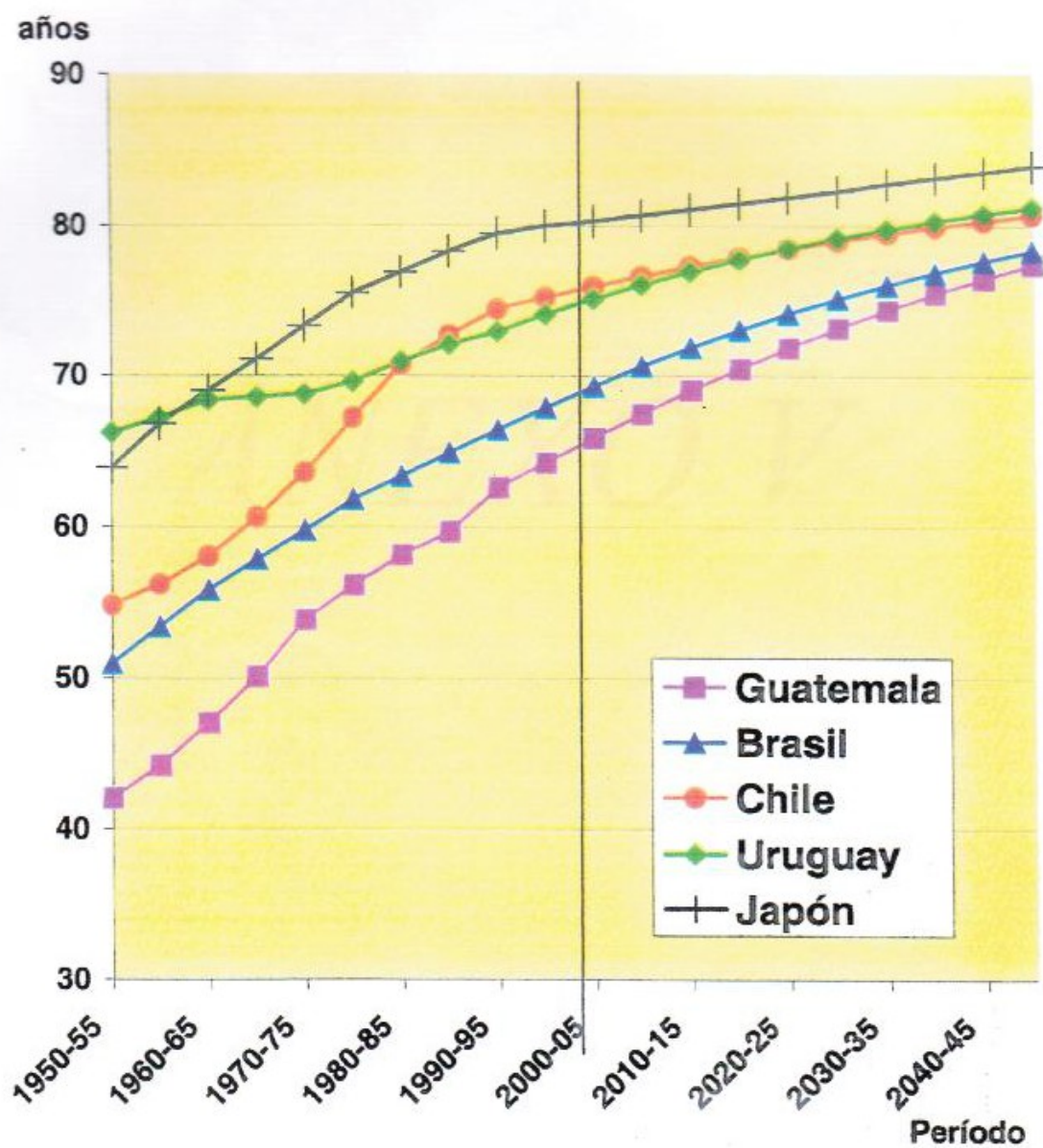
ANEXO IV

**ESPERANZA DE VIDA AL NACIMIENTO DE LA POBLACIÓN DEL MUNDO POR
GRANDES REGIONES**

Esperanza de vida al nacer										
	1950 -55	1955 -60	1960 -65	1965 -70	1970 -75	1975 -80	1980 -85	1985 -90	1990 -95	1995- 00
Mundo	46.5	49.6	52.4	56.1	58.0	59.8	61.4	63.0	63.9	65.0
Regiones más desarrolladas	66.2	68.4	69.7	70.6	71.4	72.3	73.1	74.1	74.1	74.9
Regiones en desarrollo	41.0	44.4	47.7	52.3	54.7	56.8	58.6	60.4	61.7	62.9
• África	37.8	40.0	42.1	44.2	46.3	48.3	50.1	51.7	51.4	51.4
• Asia	41.3	44.8	48.4	53.7	56.3	58.4	60.4	62.3	64.1	65.8
• Europa	65.7	68.2	69.6	70.6	71.0	71.5	72.0	73.1	72.6	73.2
• América Latina (no incluye El Caribe)	51.8	54.7	57.2	59.1	61.2	63.4	65.4	67.1	68.6	70.0
• Oceanía	60.9	62.7	64.0	64.8	66.1	67.7	69.6	70.8	72.2	73.5
• Norte América (USA y Canadá)	68.9	69.8	70.2	70.5	71.7	73.4	74.6	75.1	75.5	76.7

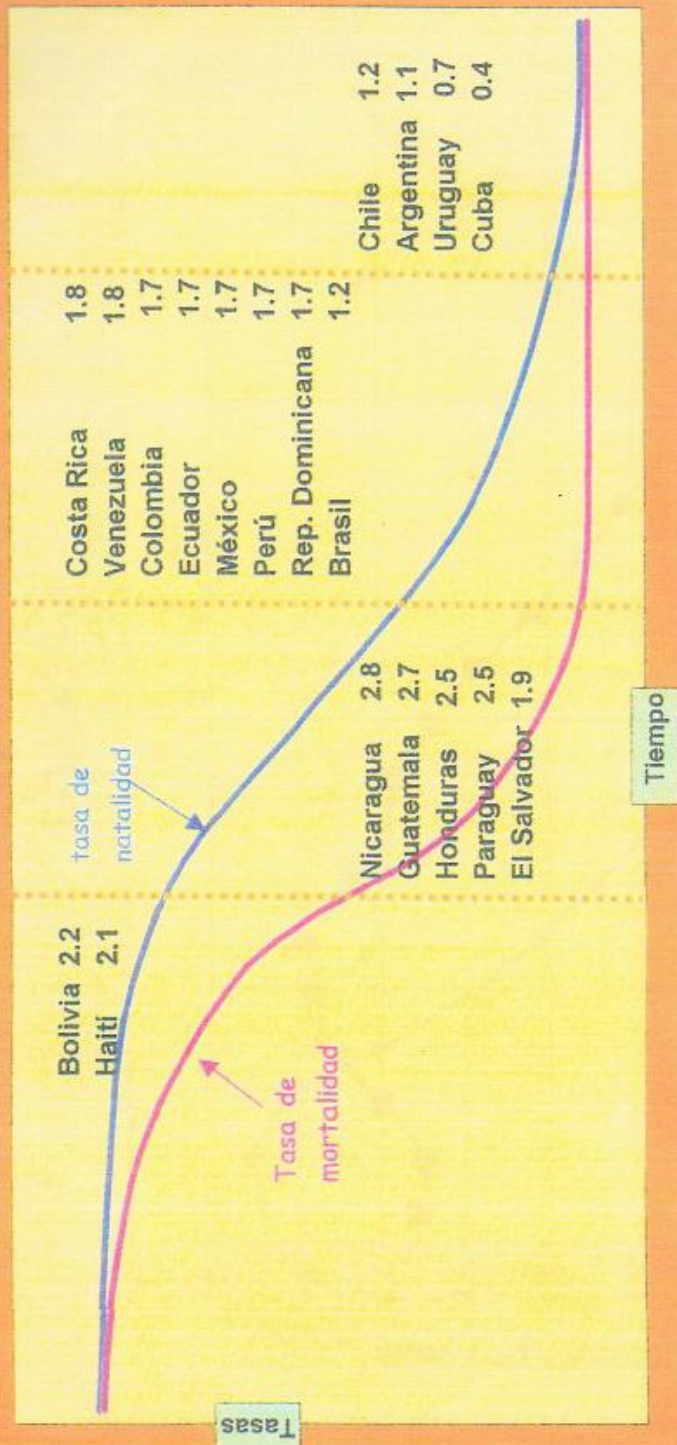
Fuente: UN (2001) y CEPAL-CELADE (2002)

ESPERANZA DE VIDA AL NACER PARA PAÍSES SELECCIONADOS

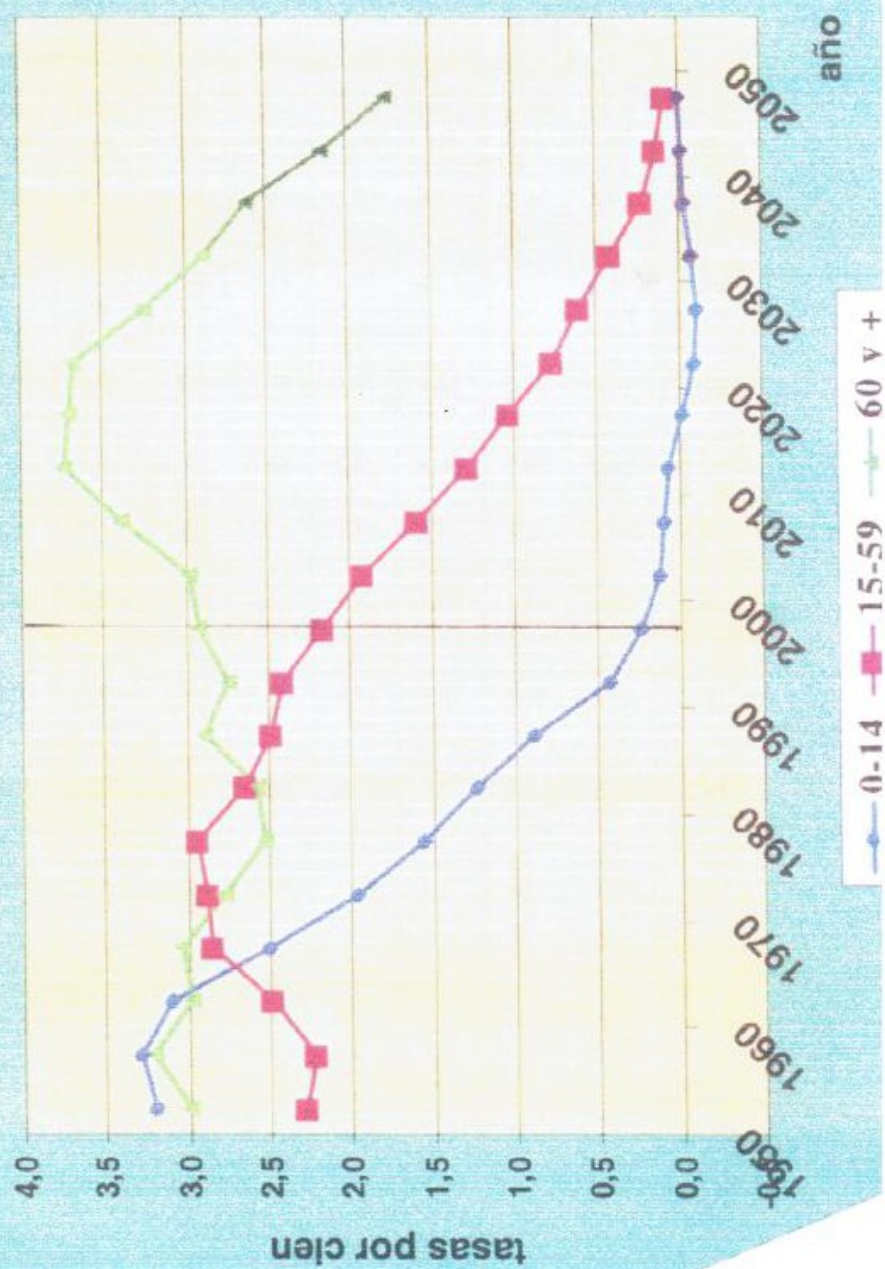


ANEXO V

América Latina: Situación de los países y tasa (por cien) de crecimiento según la transición demográfica 2000-2005



AMÉRICA LATINA: TASAS DE CRECIMIENTO DE LA POBLACIÓN SEGÚN GRUPOS DE EDADES



**TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD DE LA POBLACIÓN DEL MUNDO
POR GRANDES REGIONES**

Tasa Global de Fecundidad (hijos por mujer)										
	1950 -55	1955 -60	1960 -65	1965 -70	1970 -75	1975 -80	1980 -85	1985 -90	1990 -95	1995- 00
Mundo	5.01	4.95	4.97	4.90	4.48	3.90	3.56	3.35	3.01	2.82
Regiones más desarrolladas	2.84	2.82	2.68	2.37	2.13	1.91	1.83	1.83	1.69	1.57
Regiones en desarrollo	6.16	6.01	6.03	6.01	5.42	4.62	4.12	3.80	3.37	3.10
• África	6.71	6.78	6.84	6.78	6.68	6.56	6.40	6.05	5.61	5.27
• Asia	5.88	5.53	5.64	5.68	5.07	4.17	3.66	3.38	2.95	2.70
• Europa	2.66	2.66	2.58	2.36	2.16	1.97	1.88	1.83	1.58	1.41
• América Latina (no incluye El Caribe)	5.91	5.95	5.99	5.58	5.06	4.51	3.88	3.37	2.99	2.71
• Oceanía	3.87	4.10	4.00	3.57	3.22	2.78	2.59	2.52	2.51	2.41
• Norte América (USA y Canadá)	3.47	3.72	3.34	2.54	2.01	1.78	1.80	1.89	2.02	2.00

Fuente: Ferrnudo (2003) a partir de UN (2001) y CEPAL-CELADE (2002).

ANEXO VI

PROTOCOLO DE VALORACIÓN GERIÁTRICA
Actividades básicas de la vida diaria. Índice de Barthel

ALIMENTACIÓN	
10	INDEPENDIENTE. Capaz de usar cualquier instrumento. Come en tiempo razonable. La comida pueda ser
5	NECESITA AYUDA. Necesita ayuda para cortar, unir, alinear, pero es capaz de comer solo.
0	DEPENDIENTE. Necesita ser alimentado.
LAVADO (BAÑO)	
5	INDEPENDIENTE. Capaz de lavarse entero en la bañera o ducha, manteniéndose de pie y aplicando jabón por todo el cuerpo. Incluye entrar y salir del baño.
0	DEPENDIENTE. Necesita ayuda, supervisión o lo han de bañar.
ARREGLARSE (ASEO PERSONAL)	
5	INDEPENDIENTE. Realiza todas las actividades personales se lava las manos, cara y dientes, afeitarse, maquillarse, etc.
0	DEPENDIENTE. Necesita alguna ayuda.
VESTIRSE	
10	INDEPENDIENTE. Se viste, desnuda y ajusta la ropa. Se ata los zapatos. Se pone la faja o bragueros sin ayuda.
5	NECESITA AYUDA. Realiza al menos la mitad de las labores en un tiempo razonable.
0	DEPENDIENTE. Realiza menos de la mitad de las labores o emplea tiempo desmesurado.
DEPOSICIÓN	
10	CONTINENTE/ NINGUN ACCIDENTE. No presenta episodios de incontinencia. Si necesita enemas o supositorios es capaz de administrárselos solo. Si es portador de colostomía es capaz de cambiar la bolsa solo.
5	INCONTINENTE/ ACCIDENTE OCASIONAL. Episodios ocasionales de incontinencia. Necesita ayuda para la administración de enemas o cambio de bolsa.
0	INCONTINENTE. Incluye administración de enemas o supositorios por otras personas
MICCION	
10	CONTINENTE/ NINGUN ACCIDENTE. No presenta episodios de incontinencia. En caso de sonda urinaria y colector es capaz de usarla y colector es capaz de cambiar la bolsa y colocar y sacar el colector.
5	INCONTINENTE/ ACCIDENTE OCASIONAL. Máximo uno en 24 horas. Necesita ayuda para manipular la bolsa o el colector.
0	INCONTINENTE. Incluye también personas con sonda incapaces de manipularla.
USO DE RETRETE	
10	INDEPENDIENTE. Entra y sale solo. Se sienta y levanta. Se limpia y viste. Si utiliza cuña o botella, es capaz de usarla y lavarla sin ayuda
5	NECESITA AYUDA. Ayuda para lo anterior.
0	DEPENDIENTE. No puede ir al WC.
TRASLADO	
15	INDEPENDIENTE. No necesita ninguna ayuda. Si usa silla de ruedas es independiente.
10	MINIMA AYUDA. Supervisión verbal y pequeña ayuda física.
5	GRAN AYUDA. Capaz de mantenerse sentado sin ayuda, pero necesita mucha asistencia para el traslado.
0	DEPENDIENTE. Incapaz de mantenerse sentado. Necesita grúa o no ayuda en el traslado.
DEAMBULACIÓN	
15	INDEPENDIENTE. Puede caminar independientemente al menos 50 m sin ayuda ni supervisión, puede utilizar bastones (no caminadores). Si utiliza prótesis es capaz de ponerla y quitársela solo.
10	NECESITA AYUDA. Puede caminar 50 m, con supervisión o ayuda.
5	INDEPENDIENTE EN SILLA DE RUEDAS. Propulsa su silla al menos 50 m.
0	DEPENDIENTE/ MOVIL. Incluye ser llevado por otro.
ESCALONES	
10	INDEPENDIENTE. Capaz de subir y bajar escaleras sin ayuda personal o supervisión.
5	NECESITA AYUDA. Necesita ayuda física o supervisión.
0	DEPENDIENTE/ INCAPAZ. Necesita alzamiento (ascensor); o no puede salvar escalones.

ANEXO VII

Tema: Caracterización sociodemográfica y niveles de dependencia de la población del Hogar Español.

Justificación: Nuestro propósito es profundizar en gerontología como disciplina de enfermería especializada en la asistencia al anciano, de gran importancia en la actualidad dado por el aumento que ha presentado la población anciana en los últimos años.

En nuestro país la teoría de la transición demográfica indica, que a partir de la segunda mitad del siglo pasado, se destaca un marcado descenso de la mortalidad; mientras la natalidad se mantiene, se inicia así un crecimiento progresivamente acelerado de la población que se mantiene por varios años.

Décadas después de comenzado el descenso de la mortalidad, la natalidad inicia un descenso sostenido, determinando una disminución de la tasa de crecimiento.

Es así que, los índices de natalidad y mortalidad de nuestro país, y conjuntamente con la expectativa media de vida (que ha aumentado en los últimos años), determinan modificaciones importantes de la estructura poblacional, alcanzando hoy un " Envejecimiento poblacional".

Asimismo, en los últimos años se ha registrado un número importante de uruguayos que emigran hacia otros países, y esto es en mayor proporción los jóvenes, es entonces que cada uno de estas características hacen de nuestro país un "País envejecido" por consiguiente, los profesionales de la salud nos enfrentamos al reto de tratar con un índice más elevado de enfermedades que sufre este grupo.

El mundo del anciano está muy relacionado con el proceso de pérdidas; que impactan y que en algunas ocasiones hacen entrar a la persona mayor en estado de crisis. Se han encontrado evidencias que las manifestaciones de la vejez son reflejo de enfermedades sufridas, pérdidas, depresión y efectos socioculturales.

Las pérdidas más significativas son:

- Pérdidas físicas sufridas por el anciano concomitantes con el proceso fisiológico del envejecimiento.
- Las pérdidas sociales pueden ser de tipo familiar, laboral o social y los problemas más comunes que generan son: soledad, aislamiento, depresión, limitaciones de tipo económico, etc., lo cual genera frustración y sensación de malestar.
- Las pérdidas psicológicas se sufren a consecuencia del efecto sumativo que sobre la persona generan las pérdidas ya mencionadas.

Son estas características las que hacen de la población anciana un grupo de riesgo que requiere una mayor demanda de los cuidados de enfermería para ayudar a mantener su dignidad y máxima autonomía.

Nuestro trabajo de investigación surge como propuesta de la institución Hogar Español hacia el Instituto de Enfermería para conocer las características sociodemográfica de los residentes del Hogar Español. Este trabajo representaría una primera aproximación a la situación actual dada la ausencia total de antecedentes de estudios de investigaciones en dicha institución.

Creemos que puede ser de gran utilidad y así poder constituir el punto de partida para estudios posteriores que contribuyan a mejorar la calidad asistencial y la organización de la Institución.

Objetivo General: - Conocer las características sociodemográficas de los residentes del Hogar Español.

Objetivo Específico: - Caracterizar a la población del Hogar Español.

- Conocer los niveles de Dependencia física de los residentes del Hogar Español.
- Definir los niveles de dependencia física.
- Analizar los diferentes niveles de dependencia de acuerdo a la Escala de Barthel.

Procedimiento de Ejecución

- Población en Estudio: Residentes del Hogar Español.
- N= 204

- *Variables: Definición*

Edad: Conceptual: Tiempo en años transcurrido desde el nacimiento hasta el día de hoy.

Valores (años):

Nivel de medición: Cuantitativa continua.

Sexo: Conceptual: Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer.

Categorías: M

F

*Nivel de medición: Variable dicotómica
Cualitativa nominal*

Estado Civil: Conceptual: Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles.

Categorías: Soltero

Casado

Viudo

Divorciado

Unión Libre

Otro

Nivel de Medición: Cualitativa nominal.

Procedencia: Conceptual: Lugar de origen

Categorías: Galicia, Andalucía, Islas Canarias, Madrid, Castilla León, Asturias, Cataluña, Cantabria, La Habana, Navarra, Islas Baleares, Aragón, País Vasco, Comunidad Valén, Frosimone, Montevideo, Durazno, Paysandú, Canelones.

Nivel de Medición: Cualitativa nominal

Nivel de Instrucción: Conceptual: Caudal de conocimientos adquiridos formalmente.

Categorías: Analfabeto
Primaria incompleta
Primaria completa
Secundaria incompleta
Secundaria completa
Estudios terciarios
Universidad incompleta
Universidad completa
Carrera militar o policial

Nivel de Medición: Cualitativa ordinal

Ocupación: Conceptual: Desempeño social que el individuo ejerció.

Categorías: Patrón con obreros a cargo o empleados
Obrero o empleado público
Obrero o empleado privado
Trabajador por cuenta propia
Trabajador familiar no remunerado
Otros

Nivel de Medición: Cualitativa nominal.

Fecha de Ingreso: Conceptual: Tiempo cronológico que el residente ingresa a la institución.

Valores(años):

Nivel de Medición: Cuantitativa continua.

Cobertura Médica: Conceptual: Lugar de asistencia médica en que se atiende el residente.

Categorías: Público
Privado

Casa de Galicia
Asociación Española
Casmi
Círculo Católico
Ipam
Médica Uruguaya
Cobertura por Hogar Español

Nivel de Medición: Cualitativa continua.

Dependencia física: Conceptual: Capacidad del individuo para cubrir sus necesidades básicas.

Categorías: Nivel 1- Independiente
Nivel 2- Semidependiente
Nivel 3- Dependiente Parcial
Nivel 4- Dependiente
(Niveles basados en la Escala de Barthel)

Nivel de Medición: Cualitativa ordinal

Metodología: - Tipo de Estudio: Descriptivo

- *Determinar las variables (base de datos):*

Las variables son elegidas de acuerdo al tipo de estudio y al tema seleccionado, considerando importante descartar aquellas variables que no son de interés para nuestra investigación.

- *Elaborar el instrumento de medición:*

Se elaborará una planilla para la recolección de datos la cual debe ser confiable y valedera en la cual se introducirán datos referentes a los niveles de dependencia.

- *Aplicar el instrumento de medición:*

Al aplicar el instrumento de medición se observará si existen errores para así comprobar la confiabilidad y validez ya mencionadas.

- *Obtener los datos.*

Los datos serán obtenidos de una base de datos común, creada luego de la elaboración de un instrumento, mediante el cual se recolectan los datos y posteriormente se introducen en un sistema informático, utilizando el programa excel; además se utilizarán datos obtenidos por el instrumento elaborado por el grupo.

- *Codificar los datos.*

Los datos serán codificados antes de ser introducidos al sistema informático, para lo cual se deben unificar criterios tanto conceptual como operativamente de las variables a ser utilizadas.

- *Archivar los datos y prepararlos para el análisis.*

Los datos serán archivados en un sistema informático que el grupo podrá manejar a su conveniencia de acuerdo a la investigación y las variables a utilizar en nuestro caso realizaremos un análisis univariado de algunas variables.

Recursos

Humanos: Principales: 3 est. Lic. Enf.

Asistentes: 2 est. Lic. Enf.

- *Autores:*

- *Asesores:*

- *Tutor:*

- *Colaboradores: Directora Técnica.*

Asistente Social de la Institución Hogar Español.

Institucionales: Hogar Español

*Área topográfica: ubicado en Avenida Instrucciones entre Bulevar
Batlle y Ordóñez, Avenida Millán, Coronel Raíz.*

Materiales: Material de registro.

Fichero

Historia Clínica

Espacio Físico (mesa, silla, etc.)

Computadora, teléfono, calculadora, impresora.

Financieros: Material bibliográfico \$ 400

Boletos \$ 800

Viáticos \$ 1500

Impresión \$ 500

ANEXO VIII

Universidad de la Republica – Instituto Nacional de Enfermería
Formulario de Recolección de Datos

Nombre
encuestador

NOMBRE:

1 FECHA INGRESO: / /

2 FECHA
NACIMIENTO:

3 SEXO:

M	☐	0
F	☐	1

4 ESTADO CIVIL:

Casado/a	☐	1	Separado	☐	2	Divorciado/a	☐	3	Soltero/a	☐	5	Viudo/a	☐	6	Unión Libre	☐	7
----------	--------------------------	---	----------	--------------------------	---	--------------	--------------------------	---	-----------	--------------------------	---	---------	--------------------------	---	-------------	--------------------------	---

5 PROCEDENCIA DE ORIGEN:

6 LUGAR DE RESIDENCIA:

7 NIVEL DE INSTRUCCIÓN	Sabe leer y escribir	SI	☐	0
		NO	☐	1

Primaria incompleta	1	Primaria completa	2
Secundaria incompleta	3	Secundaria completa	4
Estudios Terciarios	5	Carrera militar o policial	6
Universidad Incompleta	7	Universidad completa	8

8 OCUPACIÓN EJERCIDA:						
CATEGORÍAS DE OCUPACIÓN	Patrón con obreros a cargo o empleados	1	Obrero o empleado público	2	Obrero o empleado privado	3
	Trabajador por cuenta propia	4	Trabajador familiar no remunerado	5	Otros	6

9 COBERTURA ASISTENCIAL	Público	☐	0	
	Privado	☐	1	
	Casa Galicia	1	Casmu	3
	Asoc. Española	2	Otros	4

10 DEPENDENCIA ECONOMICA	Jubilado	☐	0
	Familia	1	
	Otros	2	
		3	

11 TIENE FAMILIA LO VISITAN?	SI	☐	0
	NO	☐	1
	SI	☐	0
	NO	☐	1

CON QUÉ FRECUENCIA ?

12 PATOLOGÍA DE BASE (Crónicas)

13 ANTECEDENTES PERSONALES (Patologías en los últimos 6 meses)

ANEXO IX

ENCUESTADOR:

Universidad de La República
Instituto Nacional de Enfermería

Nº:	Fecha:	0	5	10	15
Alimentación					
Lavado					
Areglarse					
Vestirse					
Deposición					
Micción					
Uso retrete					
Traslado					
Deambulación					
Escalones					

Nº:	Fecha:	0	5	10	15
Alimentación					
Lavado					
Areglarse					
Vestirse					
Deposición					
Micción					
Uso retrete					
Traslado					
Deambulación					
Escalones					

Nº:	Fecha:	0	5	10	15
Alimentación					
Lavado					
Areglarse					
Vestirse					
Deposición					
Micción					
Uso retrete					
Traslado					
Deambulación					
Escalones					

Nº:	Fecha:	0	5	10	15
Alimentación					
Lavado					
Areglarse					
Vestirse					
Deposición					
Micción					
Uso retrete					
Traslado					
Deambulación					
Escalones					

Nº:	Fecha:	0	5	10	15
Alimentación					
Lavado					
Areglarse					
Vestirse					
Deposición					
Micción					
Uso retrete					
Traslado					
Deambulación					
Escalones					

Nº:	Fecha:	0	5	10	15
Alimentación					
Lavado					
Areglarse					
Vestirse					
Deposición					
Micción					
Uso retrete					
Traslado					
Deambulación					
Escalones					

Nº:	Fecha:	0	5	10	15
Alimentación					
Lavado					
Areglarse					
Vestirse					
Deposición					
Micción					
Uso retrete					
Traslado					
Deambulación					
Escalones					

Nº:	Fecha:	0	5	10	15
Alimentación					
Lavado					
Areglarse					
Vestirse					
Deposición					
Micción					
Uso retrete					
Traslado					
Deambulación					
Escalones					

Nº:	Fecha:	0	5	10	15
Alimentación					
Lavado					
Areglarse					
Vestirse					
Deposición					
Micción					
Uso retrete					
Traslado					
Deambulación					
Escalones					

Nº:	Fecha:	0	5	10	15
Alimentación					
Lavado					
Areglarse					
Vestirse					
Deposición					
Micción					
Uso retrete					
Traslado					
Deambulación					
Escalones					

Nº:	Fecha:	0	5	10	15
Alimentación					
Lavado					
Areglarse					
Vestirse					
Deposición					
Micción					
Uso retrete					
Traslado					
Deambulación					
Escalones					

Nº:	Fecha:	0	5	10	15
Alimentación					
Lavado					
Areglarse					
Vestirse					
Deposición					
Micción					
Uso retrete					
Traslado					
Deambulación					
Escalones					

ENCUESTADOR: 

Nº.	Fecha:			
	0	5	10	15
Alimentación				
Lavado				
Arreglarse				
Vestirse				
Deposición				
Micción				
Uso retrete				
Traslado				
Deambulaci3n				
Escalones				



- 1-** Debe escribir su nombre al lado de la palabra encuestador.
- 2-** En el espacio que se encuentra luego de Nº, debe colocar el Nº asignado a cada residente, éste debe coincidir con el Nº del formulario general.
- 3-** Aquí escriba la fecha en que fue realizada la valoración por el personal del Hogar Español en la Escala de Barthel.
- 4-** Marque con una cruz el valor asignado a cada ítem, los cuales están ordenados según la aparición en la Escala de Barthel que se encuentra en el Hogar Español.