



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



PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y EPIDEMIOLOGICO DE LOS ANCIANOS DEL HOGAR ESPAÑOL

AUTORES:

Br. Braidá, Laura
Br. Caballero, Leidi
Br. Da Rosa, Evelin
Br. Rivero, José
Br. Valiente, Lorena

TUTORES:

Lic. Enf. Vellozo, Rosa
Dr. Venegas, Jorge

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

Montevideo, 2003

AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer a nuestro tutor Prof. Adj. Dr. Epid. Jorge Venegas por su constante orientación y apoyo durante nuestro proceso de investigación y formación.

Familiares y amigos que con su constante apoyo incondicional nos incentivaron a continuar y a superar los obstáculos encontrados.

Al "Calo" por su gran paciencia.

Las autoridades del Hogar Español por haber confiado en nosotros y permitimos desarrollar nuestra investigación en dicha institución, a la Directora Técnica Dra. Alicia Menendes., a la Asist. Social Sandra Sánchez, y al personal de enfermería por su colaboración.

Al sociólogo Ricardo Alberti (encargado de geriatría y gerontología del MSP) por el material bibliográfico y orientación sobre el tema aportado.

A la Licenciada Bibliotecóloga Beatriz Ccliberti por la orientación en manejo bibliográfico.

ABREVIATURAS

Adj.	Adjunto
Asist.	Asistente
Avda.	Avenida
AVE	Accidente Vascular Encefálico
CASMU	Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay
CELADE	Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía
CEPAL	Centro Económico para América Latina y el Caribe
CV	Cardio vascular
Dr.	Doctor
Ej.	Ejemplo
EPOC	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
EEUU	Estados Unidos
FA	Frecuencia Absoluta
FR%	Frecuencia Relativa Porcentual
HE.	Hogar Español
HTA	Hipertensión Arterial
INE	Instituto Nacional de Estadística
INDE	Instituto Nacional de Enfermería
MSP	Ministerio de Salud Pública
PEA	Población económicamente activa
Prim.	Primaria
Prof.	Profesor
PT	Población Total
Sec.	Secundaria
SNC	Sistema Nervioso Central
TCT	Tasa de crecimiento total
TCV	Tasa de crecimiento vegetativo
TGF	Tasa global de fecundidad.
TNM	Tasas neta de migración

ÍNDICE

	N ^o pag.
Resumen.....	1
Palabras Claves.....	2
Introducción.....	3
Fundamentación.....	5
Problema.....	6
Objetivos.....	7
Marco Conceptual - Teórico - Referencial.....	8
A - Proceso de Envejecimiento.....	8
B - Síntesis de la situación de los Adultos Mayores en Uruguay.....	11
C - Componentes del Cambio Poblacional.....	16
D - La transición Demográfica en América Latina.....	23
E - Teoría de la Transición Demográfica.....	26
F - Transición epidemiológica en Uruguay.....	28
G - Perfil Epidemiológico.....	29
H - Estudios realizados en Geriatria y Gerontología.....	30
I - La Emigración Española.....	31
Metodología.....	34
Definición de Variables.....	36
Representación de Resultados.....	39
Análisis.....	55
Conclusión.....	58
Sugerencias.....	59
Bibliografía.....	60
Anexos.....	62

RESUMEN

La investigación se basó en el estudio del perfil sociodemográfico y epidemiológico de la población, a través de un estudio descriptivo, cuantitativo, en el período comprendido entre enero y junio de 2003.

Nuestro objetivo general fue conocer el perfil epidemiológico y sociodemográfico de los residentes.

Para esto se tomó la totalidad de los residentes, siendo estos 207 adultos mayores del Hogar Español, el Hogar Español es una institución privada que acoge a la ancianidad española. Se encuentra ubicado en Avda. de las Instrucciones 981 (Montevideo), y actualmente acoge a 207 ancianos y cuenta con el apoyo de la comunidad gallega.

Los datos se recolectaron a través de un instrumento con preguntas semiestructuradas, codificadas. Se creó una base de datos en un archivo electrónico, los datos obtenidos fueron tratados a través de la Estadística Descriptiva.

En los resultados encontramos mayor número de residente en la cuarta edad, la media de edad es de 87,9 años; del total de los residentes el 79% poseen familia y del mismo total el 80% son visitados por los mismos. Presentan un índice de alfabetización importante, siendo mayor en el sexo femenino. En cuanto a las principales patologías de base que presentan los residentes estas coinciden con las principales causas de morbi- mortalidad de nuestro país, para la población adultos mayores, encontrando al Sistema Cardiovascular con mayor frecuencia de afección siendo la Hipertensión Arterial la patología más frecuente para ambos sexos con una tasa de prevalencia igual a 458,9 por mil.

Cabe destacar que el antecedente personal de mayor frecuencia en toda la población son las caídas presentando una tasa de incidencia igual 227,0 por mil.

PALABRAS CLAVES

Perfil epidemiológico y sociodemográfico en adultos mayores residentes del Hogar Español

INTRODUCCIÓN

Esta investigación se llevó a cabo por cinco estudiantes de la carrera Licenciatura en Enfermería, cursando cuarto ciclo, del Plan '93 del Instituto Nacional de Enfermería, (asimilado a Facultad), ubicado en el Hospital Universitario Dr. Manuel Quintela. La misma fue orientada por el Departamento de Salud del Adulto y el Anciano, tutorada por un docente del Departamento¹

La investigación se realizó atendiendo una exigencia curricular con base en un interés grupal sobre el tema de la tercera edad, motivo por el cual aceptamos la propuesta que demandaba el Hogar Español acerca de un diagnóstico actual sobre las características de su población. Nos sentimos incentivados con la población elegida al ser un tema importante ya que es el sector etario predominante en nuestro país, y por ser un área en que la enfermería tiene un amplio campo a desarrollar.

Este tema conmarca su relevancia debido a que Uruguay es el país que ha realizado su transición demográfica más temprano en América Latina. Según el último Censo Nacional de la Población Uruguaya realizado en el año 1996, muestra que el 17% de su población es mayor de 60 años, teniendo un 13% mayor de 65 años, estas cifras se elevan un 19% y un 14% respectivamente en la ciudad de Montevideo, la que concentra un 47% de los adultos mayores del país. El 40% de los adultos mayores uruguayos tienen más de 75 años, que los sitúa en el grupo de mayor vulnerabilidad.

Si caracterizamos nuestro lugar donde realizamos la investigación: El Hogar Español, es el segundo hogar con mayor capacidad instalada² que acoge a la ancianidad española, fundado el 13 de noviembre de 1964. Es una institución privada que se encuentra ubicado en Avda. de las Instrucciones 981 (Montevideo), y actualmente acoge a 207 ancianos y cuenta con el apoyo de la comunidad gallega preocupada por el futuro de los españoles validos.

Es un estudio descriptivo, cuantitativo que se centra en conocer las características sociodemográficas - epidemiológicas de la población, en el período comprendido entre enero y junio de 2003. Para el análisis se determinaron las siguientes variables: sexo, edad, procedencia de origen, lugar de residencia, cobertura de salud, nivel de instrucción, estado civil, patología de base, antecedentes personales, relación familiar, ocupación.

Los datos fueron tratados con un programa informatizado (Excel) para luego realizar el análisis de estos, a través de estadística descriptiva, utilizando tablas de distribución de frecuencia, medidas de tendencia central y gráficas, estableciendo proporciones y tasas de Incidencia y prevalencia, que permitieron un mejor análisis de los mismos.

Del análisis se obtuvo que el 61% de la población eran mujeres y el 39% hombres. La media de edad se encontró en 87,9 años.

El índice de alfabetización de los residentes es alto. La mayoría de la población es proveniente de España.

Del total de la población el 78,7% tiene familia, de los cuales el 80% son visitados por los mismos.

En lo que respecta al perfil epidemiológico: se estudio en la perspectiva de dos ordenes: patología de base y antecedentes personales. Destacamos en la patología de base: las enfermedades cardiovasculares como el sistema más afectado (37,1%) y la HTA como más frecuente sin diferenciación de sexo. En cuanto a los Antecedentes personales: se presentó con

¹ Prof. Adj. Dr. Jorge Vencgas - Esp. en Salud Pública - Epidemiología

² Dato obtenido por el Sociólogo Ricardo Alberti, encargado de geriatría y gerontología del MSP

mayor frecuencia los episodios de Caídas, en segundo lugar los episodios hipertensivos, el resto de los antecedentes personales no presentan relación ni con los sistemas afectados, ni las patologías de Base.

FUNDAMENTACIÓN

La investigación es de gran interés dado que involucra a los ancianos, sector etario que predomina en nuestro país con 13 %³

El estudio se realizó en el Hogar Español, debido a la demanda del mismo, el cual no presenta un diagnóstico, ni una base de datos completa y actualizada que le permita conocer a sus residentes.

Enmarca un interés de cumplir con un requisito curricular del cuarto ciclo, del Plan '93 de la carrera Licenciatura en Enfermería, del Instituto Nacional de Enfermería, (asimilado a Facultad), ubicado en el Hospital Universitario Dr. Manuel Quintela.

En nuestro país a pesar de existir numerosos trabajos específicos⁴ con adultos mayores, los esfuerzos han sido escasos y descoordinados, se carece de sistemas eficientes de control de calidad⁵ o de legislación⁶, éstos dos elementos son imprescindibles para programar políticas de salud en particular a un sector de la población tan importante y sensible

Fue importante realizar nuestra investigación en dicha institución para que a través de la base de datos obtenida y el conocimiento sobre la situación de salud en dicha institución, contribuya a la elaboración de futuros proyectos asistenciales, de prevención y promoción de cuidados de salud específicos para los ancianos, para así implementar planes estratégicos para una mejor calidad de atención siendo de este modo los beneficiarios los propios residentes del Hogar Español.

Para brindar atención a una población determinada es prioritario conocer las características de dicha población y el proceso de Salud Enfermedad de la misma para posteriormente poder brindar asistencia profesional específica para esa población.

El desarrollo de investigaciones en la enfermería genera conocimientos sustentados para al accionar como profesional

³ Cifras obtenidas del Instituto Nacional de Estadística en el último censo de 1996

⁴ Estudios realizados por el MSP, INDE, INSADE, Programa Ancianidad del MSP; los mismos fueron realizados en diferentes instituciones tales como: Hogar Español, Hospital Hogar Piñeyro del Campo y diferentes Instituciones Públicas y Privadas como por ejemplo el Hogar Judío.

⁵ El MSP cuenta con dos funcionarios de inspección a nivel nacional, los cuales se ven desbordados debido a la gran demanda de Hogares y residencias en la R.O.U.(República Oriental de Uruguay)

⁶ Ley N° 1766 aprobado por el Parlamento en el año 1999, la cual se ejecutará por el MSP por las diferentes instituciones: BPS, Facultad de medicina Asociaciones de jubilados, etc.

PROBLEMA

¿Cuál es el perfil sociodemográfico y epidemiológico de los ancianos del Hogar Español en el período comprendido entre enero – junio 2003?

OBJETIVOS

Objetivo General:

- Realizar un diagnóstico sociodemográfico y epidemiológico de los ancianos del Hogar Español en el período enero – junio 2003.

Objetivos Específicos:

- Conocer la incidencia y prevalencia de morbilidad de todos los residentes del Hogar Español.
- Conocer datos epidemiológicos de todos los residentes del Hogar Español (edad, sexo, procedencia, nivel de Instrucción, estado civil, cobertura social, morbilidad con su distribución por sexo y edad).

MARCO TEORICO, CONCEPTUAL Y REFERENCIAL

Para tratar el tema de investigación de referencia sobre el estudio sociodemográfico y epidemiológico de nuestra población hemos recurrido al marco teórico, conceptual y referencial en base a una unidad única, diferenciando: A) El proceso de envejecimiento, B) Síntesis de la situación de los adultos mayores en el Uruguay, C) Componentes del cambio poblacional, D) La transición demográfica en América Latina, E) Teoría de la transición demográfica, F) Transición Epidemiológica en el Uruguay, G) Perfil epidemiológico, I) Estudios realizados en gerontología Internacionales, J) La emigración española.

A) EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO

El envejecimiento es un proceso que se desarrolla gradualmente entre los individuos y en el colectivo demográfico. Las personas envejecen a medida que en su tránsito por las diversas etapas del ciclo de vida ganan en años; en cambio, una población envejece cada vez que las cohortes de edades mayores aumentan su ponderación dentro del conjunto. Si bien la edad parece el criterio más apropiado para acortar el envejecimiento, la determinación de un valor numérico preciso siempre tendrá arbitrariedades.

La naturaleza sociodemográfica del envejecimiento de la población estriba en sus raíces sociales, económicas, políticas y culturales. Sus efectos entrañan desafíos a la estructura, las funciones y el desarrollo de las sociedades. Este impacto multifacético del envejecimiento motiva la exploración de sus tendencias y antecedentes más cercanos.

A medida que envejecemos somos más susceptibles a las enfermedades.

Cuando los cambios físicos experimentados en la edad avanzada, se produce un cambio moderado, se denominan envejecimiento normal, pero cuando estos cambios se vuelven exagerados o extremos se denominan enfermedades crónicas.

El envejecimiento no es un proceso de causa única sino el resultado de una compleja asociación de interacciones estructurales y funcionales entre lo biológico-mental y socio ambiental. Es decir entre lo genético y social adquirido. Lo genético programa y determina el proceso del envejecimiento en las especies vivas, de aquí su regularidad y su inevitabilidad actual, lo social influencia las modalidades de los grupos sociales y en los individuos.

Las características mayores del envejecimiento individual en el mundo animal, incluyendo al hombre, es la pérdida progresiva de adaptación a todas las situaciones ecológicas corrientes en la vida social humana:

- "menor capacidad de adaptación"
- "menor capacidad inmunológica"
- "menor capacidad defensiva contra los riesgos"
- "capacidad de recuperación en disminución progresiva"

El cuerpo humano está formado por dos constituyentes: las células, que son capaces de dividirse o incapaces del mismo y el tejido conectivo intercelular, cuyos principales componentes son las proteínas fibrosas denominadas colágeno y elastina. A medida que envejecemos, las moléculas de colágeno y elastina, normalmente plegables, forman enlaces cruzados y de este modo se vuelven más rígidas. Este fenómeno es responsable de los claros signos de envejecimiento, como las arrugas de la piel.

De acuerdo a lo que mencionamos anteriormente existen diferentes teorías en el ámbito Biológico, las mismas son:

1. Deterioro al Azar: Los errores acumulados en la capacidad de nuestras células para producir

proteínas constituyen la causa principal del envejecimiento y la muerte.

2. Deterioro celular: La vejez como el crecimiento esta específicamente programada y calculada, sin embargo se considera sobre diferentes localidades de nuestro temporizador del envejecimiento y su momento de activación y funcionalidad.

El envejecimiento puede ser el resultado de un fallo de la célula en la traducción del ARN necesarios, como consecuencia del numero cada vez mayor de desapariciones de ADN. Algunos segmentos de estos pueden agotarse a medida que avanza la edad o bien que en estructuras celulares seleccionadas parecen cambiar con la edad con lo cual la transcripción del ADN se ve limitada.

3. Teoría de la Temperatura: Las reacciones químicas en los sistemas vivos son más lentas a temperatura mas bajas, y se aceleran con temperaturas mas elevadas.

Los seres vivos deberían vivir a un ritmo mas lento si sus temperaturas corporales estuvieran a cinco grados Celsius por debajo de la temperatura habitual, se esperaría que los seres vivos vivieran 20% mas que ahora.

El envejecimiento en los seres humanos no puede ser tratado como un mero proceso biológico o como una fatalidad irreparable; nosotros somos al mismo tiempo biológico, cultural, mental y social, de tal modo que debemos analizar el proceso del envejecimiento y sus representaciones sociales desde todo estos puntos de vista. Entonces situaremos el contexto de una interrelación dinámica entre la persona que envejece, su ambiente inmediato y su ambiente político, económico y social. Como por ejemplo, nivel de vida, modo de vida, calidad de vida.

Los signos y el curso del envejecimiento varían con estas asociaciones, también varían las percepciones y las representaciones de los individuos y las sociedades del proceso.

Para la sociedad los "viejos" son molestias por que no saben lo que dicen, para los economistas son improductivos y constituyen una pesada carga para la sociedad, los mismos "viejos" tienen una visión de ellos mismos y no solo lo aceptan, si no que no hacen nada para cambiarla, no demuestran que aun son activos y que forman parte de la sociedad como todos los demás.

En nuestra sociedad se asocia la "persona anciana" con la de "jubilado", lo cual agrava el proceso del envejecimiento si se trata de una persona aún activa y en buenas condiciones físicas y mentales.

Los jubilados aún cuando no sean incapacitados, cambian de rol y de estatus en la sociedad; se les considera como presuntos inválidos, lo cual tiene un efecto de envejecimiento.

La pérdida de la situación de actividad va aparejada a una especie de aislamiento social, de soledad y de humillación que se expresa críticamente en el proceso lineal del envejecimiento, tanto en lo físico, como en lo mental y lo sexual.

En lo que refiere al ámbito psicosociológico también existen diferentes teorías, las mismas son:

- 1) Teoría del Desligamiento: se contempla como un proceso inevitable en el que mucha de las relaciones entre una persona y otros miembros de la sociedad se rompe, se recupera y se altera la calidad de lo que se mantiene.
- 2) Teoría de la Actividad: El proceso del envejecimiento deja la persona mayor sola o aislada de sus conocidos y amigos, por lo tanto hay que animarlos a que permanezcan activos y entablen diferentes relaciones con otros de su mismo grupo etario. Se resalta la importancia de mantener la actividad social con el fin de que los adultos Mayores desarrollen un concepto mas de si mismo. Dicho concepto va a estar relacionado por los roles desempeñados por cada uno.

- 3) Teoría del Curso de la vida⁷: Refiere que si las personas mayores desean experimentar satisfacción al final de la vida, han de completar con éxitos las diferentes tareas como: adaptación al empobrecimiento de la salud y disminución de la fuerza física, a la vida con disminución de los ingresos, a la muerte del conyugue, los miembros de la familia y otros seres queridos, a diferentes formas de vida de las que no ha estado acostumbrado y los placeres que acompañan al envejecimiento como mayor tiempo de ocio.
- 4) Teoría de la Continuidad: Es una estrategia de adaptación para enfrentarse a los cambios que se producen durante el envejecimiento normal, como se adaptan las personas al propio envejecimiento.

La premisa central de esta teoría es que los Adultos Mayores intentan conservar y mantener las estructuras internas y externas mediante estrategias que mantengan la continuidad.

Es importante reconocer las manifestaciones de dependencia que puedan presentarse en el anciano y que impidan el aprendizaje o que dificulten la adaptación a su nuevo estado de jubilado, por ello se deberá vigilar y controlar los posibles problemas originados por la falta de motivación, disminución sensorial, depresión, falta de interés, debilidad psicomotriz y disminución de la capacidad de aprendizaje, por otro lado deberán vigilarse también las dificultades originadas por problemas psíquicos, demencia, estrés y dolor.

⁷ Havighurst (1972)

B) SÍNTESIS DE LA SITUACIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES EN EL URUGUAY

En cuanto a la evolución de la proporción de personas, en la población total, basándonos en datos epidemiológicos desde el año 1908 hasta 1995 notamos un incremento notable con los siguientes datos, en el sexo masculino pasó de un 2,50% a un 10,40%; con respecto al sexo femenino pasó de un 3% a un 14%, observándose de este modo un mayor incremento en el sexo femenino⁸.

Uruguay es el país en el que una mayor proporción de los ancianos viven solos, quizá debido al hecho de que el sistema de seguridad social del país es el más avanzado de la región⁹.

Alrededor del 20% del ingreso total declarado corresponde a pensiones y pagos de seguridad social; si se observan los tipos de ingreso que las personas reciben en diferentes etapas de su vida, las pensiones constituyen un factor clave en las decisiones adoptadas por los ancianos.

El 40% de los mayores de 65 años vive en hogares nucleares, en los que los demás ocupantes son familiares directos. Del 60% restante, el 73% viven en hogares extendidos o compuestos, y solo el 27% viven en hogares unipersonales.

De ese total de personas que viven solas, el 92% están en zonas urbanas y solo el 8% viven en área rural. El 14% de los adultos mayores no percibían ingresos (y de ellos casi el 90% eran mujeres). Si bien los ingresos del 86% restantes en su mayor parte no son suficientes para satisfacer sus necesidades básicas, el número de mayores de 65 años que viven en hogares con necesidades básicas insatisfechas ha ido decreciendo en los últimos años. Otro elemento que distingue a Uruguay entre el resto de los países, es que la diferencia entre la esperanza de vida de las mujeres y la de los hombres es de las más altas, junto a Argentina, México y Venezuela.

En cuanto al estado civil de la población mayor de 60 años, prácticamente el 50% es casada y el 28% es viuda. A medida que aumenta la edad, disminuye la proporción de casados/as y aumenta la de viudos/as. Los hombres mayores de 60 años, la proporción de casados es de 67% y de viudos el 10%. Esta situación es totalmente distinta de las mujeres, de las cuales el 37,3% es casada y el 43% es viuda.

Lo que respecta a la cobertura de salud casi un 93% de la población mayor de 60 años tiene cobertura de salud, y en su mayoría lo tiene a través de mutualista (59,5%), y en segundo lugar utiliza los servicios que brinda el MSP el 28,3%. La población que accede a los servicios de mutualista es menor en el área rural, produciéndose mayor utilización de las instalaciones del MSP. Al analizar la cobertura por sexo se observan que los hombres poseen mayor cobertura que las mujeres. Por otra parte, las mujeres, registran un mayor uso de servicio mutual con relación a los hombres de iguales edades.

Referente al nivel de actividad, considerando la población mayor de 65 años del total del país, el 14,6% de la misma pertenece a la Población Económicamente Activa (PEA). El nivel de actividad difiere según el área geográfica, en el área rural, el 32% pertenece a la PEA, en el área urbana solo es el 13,2%. El nivel de actividad de los hombres supera ampliamente al de las mujeres, un 22,7% de los hombres pertenece a la PEA, mientras que las mujeres tan solo un 9,1%.

I. Instituciones para Adultos Mayores en el Uruguay

En el Uruguay se crea en 1999 la ley 17.066: reglamentación de establecimientos que alojan a Adultos Mayores, que regula la atención en residencias / casas de salud.

⁸ Fuente: Información recabada del INE

⁹ Progreso Económico y Social en América Latina. "América Latina frente a la desigualdad" Banco Interamericano de Desarrollo. Washington D.C. Informe 1998 - 1999

Las instituciones se caracterizan en:

Hogares: instituciones de larga estadía sin fines de lucro.

Residencia: instituciones de larga estadía con fines de lucro.

Refugios nocturnos y centros diurnos: instituciones con o sin fines de lucro que ofrecen servicios de corta estancia o alojamiento parcial.

Servicio de inserción familiar: servicio ofrecido por un grupo familiar que alberga ancianos.

Actualmente se calcula que el 5% y el 7% de los ancianos se encuentra en residencia y hogares de anciano ("Casa de Salud"), lo cual implica entre 27.000 y a 30.000 individuos. La mayoría de ellos son "clandestinos" y carecen del control estatal. La ley 17.066 aprobada por el consenso de todos los partidos políticos en el Parlamento a fines del año 1998, tiende a actualizar y mejorar el marco normativo. En la reglamentación de esta ley, que ha sido evaluada como muy actualizada por expertos internacionales en el tema, persisten varios temas a solucionar:

- 1) Lograr voluntad política en el MSP para construir y entrenar un cuerpo inspectivo profesionalizado (actualmente el MSP cuenta con un solo Inspector)
- 2) Generar una política de incentivos mediante de exoneraciones impositivas y en tarifas públicas para éstas estructuras. Debe saberse que aún los hogares sin fines de lucro, deben abonar tarifas públicas comerciales (cinco veces más de la familiar) aunque la ley insinúa mecanismos para posibilitar líneas de crédito para mejorar la calidad de atención.

Tipos de Hogar:

Según datos del censo de 1996 para todo el país, el 39,2% de la población anciana vivía en hogares nucleares, los cuales el resto de los integrantes del hogar son familiares directos del anciano. Otro 38,7 % de esta franja de población vivía en hogares extendidos o compuestos. En estos hogares los ancianos pueden vivir con familiares no directos (o no familiares en el caso del hogar compuesto). Por último, el restante 18,6 % vive en hogares unipersonales, es decir que uno de cada seis anciano vivía solo.

En cuanto a los residentes de los hogares colectivos, del 5 al 7% de la población de 60 años, el 56,8% viven en hogares de salud o asilos de ancianos, mientras que el resto lo hace en otras instituciones como hoteles, hospitales y otros lugares.

II. Entes Estatales que apoyan al Proyecto de Ancianidad

- **MSP.** En el marco del MSP se crea por decreto durante 1998, el Instituto Nacional de Solidaridad con el Adulto Mayor (INASAM). Este instituto tiene como función principal, coordinar todas las políticas de Ancianidad efectoras de las mismas a nivel Nacional. Oficialmente el INASAM creó 18 Comisiones Departamentales. En los hechos, éstas son nucleamientos de "Fuerzas Vivas" con escaso impacto sobre la realidad.
- **BPS.** El Banco de Previsión Social, por medio de su departamento de Servicios Sociales ofrece una diversidad de actividades, programas y apoyos específicos para los adultos mayores, hogares, asociaciones y clubes.
- **UDELAR.** La Universidad de la República cuenta entre sus servicios con algunos específicos para la atención de las personas de edad avanzada.
Entre ellos:
 - Programa **APEX -CERRO**, experiencia cooperativa y multiprofesional de formación

- integral de los estudiantes en el ámbito comunitario, que cuenta en su estructura con un grupo de trabajo específico con los Adultos Mayores.
- La Facultad de Medicina, cuenta con el Departamento de Geriatria, que se ubica en la planta física del Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela".
 - La Facultad de Psicología, cuenta con un servicio de Psicología de la Vejez, por medio del cual ofrece asistencia a grupos autogestivos. Ofrece asistencia al paciente y sus familiares
 - INDE, Instituto Nacional de Enfermería, cuenta con un departamento del Adulto Mayor donde se trabajan en el Hospital Hogar Pifeiro del Campo brindando docencia, asistencia e investigación.
- IMM La Intendencia Municipal de Montevideo cuenta con un grupo de trabajo con la Tercera Edad. Desde el año 1997 "Publica Guía de Servicio y Recursos para Personas de Edad".
- Otras instituciones de apoyo: Existen innumerables entidades técnicas, organizaciones no gubernamentales, asociaciones de apoyo, que brindan diversos servicios a organizaciones, grupos, familias e individuos en una amplia gama de actividades entre otras, formativas, de asistencia técnica y profesional.

A modo de resumen: Agrupación Nacional de Entidades Privadas pro Bienestar Social e Integral del Anciano (ANEPA), Asociación Uruguaya de Alzheimer y Similares (AUDAS), Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay (CASMU), Centro de Estudios e Investigaciones Gerontológicas del Uruguay (CEIGU), Centro Interinstitucional de Colaboración con el Adulto Mayor, Centro de Información y Asesoramiento a los adultos Mayores (CIDAAM), Comisión Israelita del Uruguay, Cruz Roja, Damas Rosadas, Sociedad Geriatras y Gerontólogos del Uruguay, Universidad Católica del Uruguay (UCUDA), INSADE, UNI 3-Uruguay, Fundación Evangélica del Uruguay ...

III. Causas de envejecimiento poblacional en nuestro país

- Disminución de la Fecundidad.
- Disminución de la mortalidad.
- Emigración internacional.

Otro hecho que denota el envejecimiento poblacional y que surge como consecuencia de éste es la denominada transición epidemiológica, ésta transición lenta y progresiva en el Uruguay ha situado las causas de muerte, como consecuencia de patología crónica - degenerativas en las edades más avanzadas de la vida.

Los datos comparativos de los años 90 muestran que un altísimo porcentaje de las muertes se produce por encima de los 64 años, en Uruguay era el 68% y solo era superado por Canadá y EEUU con 74% y 72% respectivamente.

NOCIONES BÁSICAS DE DEMOGRAFÍA

La demografía tiene por objeto el estudio de las poblaciones humanas. la palabra población se define como el conjunto de los habitantes en un espacio de referencia, por ejemplo una ciudad o un país. Desde un enfoque principalmente cuantitativo, la demografía estudia la dimensión, estructura, evolución y características principales de dicha poblaciones (por ejemplo, sexo, edad, estado civil, etcétera)

Una población se renueva a través de la acción de tres fenómenos demográficos: la natalidad, la mortalidad y la migración.

Evolución demográfica

El primer objetivo de la demografía es determinar el volumen de la población en el espacio de referencia que se estudia. Las fuentes de datos utilizadas en los estudios demográficos son diversos; los estudios demográficos se nutren de la información que proviene de la contabilidad continua de nacimientos y defunciones (estadísticas vitales) de la obtenida mediante la realización periódica de censos así como de los registros del estado civil, de las estadísticas de entradas y salidas de las personas del país, de las encuestas de hogares y de otras Fuentes que se realizan en una única ocasión.

Los censos de población los instrumentos preferidos dados que se trata de operaciones exhaustivas de recolecciones de información individual de cada persona de un espacio de referencia en un momento determinado del tiempo. Los censos de población nos permiten estimar la población total (PT), también se recoge información que permite caracterizar a esa población al recabar datos tales como sexo, edad, estado civil, fecundidad, mortalidad, etc..

En Uruguay se han realizado cinco censos generales de población a lo largo del siglo XX: en 1908 - 1963 - 1975 - 1985 - 1996. para nuestro país, como para cualquier subdivisión del mismo la población total entre dos momentos del tiempo puede aumentar, disminuir o mantenerse constante, siendo los responsables de esta variación los nacimientos, las defunciones, y las migraciones ocurridos en el periodo. O sea que crecimiento total de la población depende de cuatro acontecimientos (nacimientos, defunciones, inmigraciones, emigraciones) que pueden ser agrupados en dos términos, por un lado la diferencia entre los nacimientos y las defunciones que se denomina crecimiento vegetativo o natural, y por otro la diferencia entre inmigraciones y emigraciones que se lo denomina saldo migratorio. Así el crecimiento total de un territorio puede ser visto como el efecto conjunto del crecimiento vegetativo por un lado y del saldo migratorio por otro; la estimación de estos sencillos indicadores permite plantear un panorama muy general de la evolución demográfica de una región.

A efectos de realizar comparaciones entre distintas regiones o en una misma región en diferentes momentos, los indicadores mencionados presentan algunas limitaciones importantes, dado que en primer lugar están afectados por el tamaño de las regiones que se pretenden comparar, y en segundo lugar la estructura por sexo y edad de la población también determina los valores que se obtienen y sus respectivas inferencias. Para compara el ritmo del crecimiento entre dos regiones se puede realizar a través del cálculo de la tasa de crecimiento en el periodo. las tasa resultan de la división del número de acontecimientos o hechos ocurridos durante un periodo determinado, por lo general un año o cinco, por la población media (MACCIO, 1985), por lo que la tasa de crecimiento total (TCT) puede ser expresada como la suma aritmética de la tasa de crecimiento vegetativo (TCV) y la tasa neta de migración (TNM)

$$TCT = TCV + TNM$$

La tasa de crecimiento total puede ser vista también como la suma aritmética de cuatro tasas: tasa bruta de natalidad, tasa bruta de mortalidad, tasa de inmigración y tasa de emigración.

La transición demográfica ha sido descrita como un proceso de larga duración, que transcurre entre dos situaciones o regímenes extremos: uno, inicial, de bajo crecimiento demográfico con altas tasas de mortalidad y fecundidad, y otro, final, de bajo crecimiento pero con niveles también bajos en las respectivas tasas. Entre ambas situaciones de equilibrio se pueden identificar dos momentos principales. El primero, en el que la tasa de crecimiento de la

población aumenta como consecuencia del descenso de la mortalidad, y el segundo, en el que dicho crecimiento disminuye, debido al descenso posterior de la fecundidad. En qué magnitud y a qué velocidad cambia la tasa de crecimiento, dependerá de la velocidad y del momento en que comienzan a descender la mortalidad y la fecundidad (Chesnais, 1986¹⁰).

¹⁰ Basado en : *Impacto de las Tendencias Demográficas sobre los Sectores Sociales en América Latina*, Santiago, BID/CEPAL/CELADE, (Banco Interamericano de Desarrollo/ Comisión Económica para América Latina y el Caribe/ Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía),

C) COMPONENTES DEL CAMBIO POBLACIONAL

Las variables que han determinado los principales cambios registrados en la población uruguaya durante el siglo XX, son, la fecundidad, la mortalidad y la migración internacional.

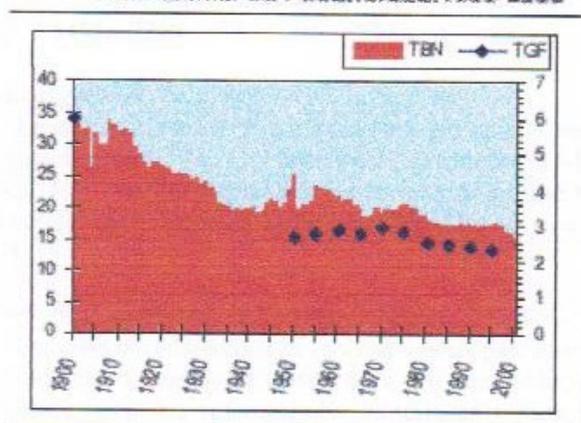
Los efectos en el tamaño y composición de la población actual son consecuencia de los niveles y tendencias de la fecundidad y en menor medida de la mortalidad. También la inmigración y emigración internacional aportaron una influencia significativa a través del tiempo.

I. Fecundidad

El cambio operado a lo largo del siglo en el comportamiento reproductivo de las mujeres uruguayas se refleja en la evolución del índice sintético de fecundidad (tasa global de fecundidad¹¹ y la tasa bruta de natalidad.

En el lapso de aproximadamente 50 años el número medio de hijos por mujer (TGF) se reduce a la mitad. De un valor a comienzos de siglo cercano a 6, pasa a 2.7 en 1950, manteniéndose por casi tres décadas estables. Luego comienza su descenso llegando al año 2000 a situarse en 2.3 hijos por mujer. Esta baja sustancial está marcada por una reducción importante en la descendencia final de las generaciones femeninas nacidas a partir de los años treinta.

Evolución de la Tasa Bruta de Natalidad y la Tasa Global de Fecundidad, 1900-2000



El grado de educación creciente a lo largo del siglo de las mujeres uruguayas en su conjunto, puede considerarse como uno de los factores subyacentes en los bajos niveles de fecundidad alcanzados. La educación les otorgó un mayor poder sobre la toma de decisiones, entre ellas el tamaño de la familia, así como también les abrió otras perspectivas en el mercado de trabajo, posibilitando un cambio en la motivación hacia la fecundidad. En relación a otras interpretaciones, esta parece ser la más sustentable ya que la baja se debe fundamentalmente al control voluntario de la fecundidad a través de la práctica anticonceptiva, más alta en los sectores de mayor educación y mayores ingresos¹².

¹¹ - La tasa global de fecundidad es un indicador que conduce a una estimación que no está prácticamente afectada por el efecto de la estructura por edades de la población y por la fecundidad por edad.

¹² Según datos de la Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud 1986, la proporción de usuarias que han utilizado métodos anticonceptivos alguna vez alcanza al 85% para las menos educadas y 96% para las de mayor nivel de instrucción.

II. Natalidad

La documentación histórica aporta datos sobre la variable natalidad, cuya evolución puede seguirse a lo largo de todo el siglo de forma continua.

En los inicios del siglo XX la tasa bruta de natalidad se situaba en el orden de 33 por mil habitantes. En las primeras tres décadas alcanza una reducción importante (36%) pero en los 30 años siguientes solamente se reduce un 11%. Entre los años 1960 y 1980 mantiene una cierta estabilidad para luego reiniciar el descenso; en los últimos tres años la reducción es del 11%. Es evidente que la reducción en la tasa bruta de natalidad se explica en mayor medida por la baja de la fecundidad que por cambios en la composición por edades, ya que el porcentaje de mujeres en edades reproductivas (15 a 49 años) respecto de la población total, se mantiene a lo largo del siglo prácticamente sin variaciones, en torno al 24 por ciento.

El número anual de nacimientos crece hasta alrededor de los años sesenta, a partir de los cuales mantiene una cierta estabilidad, con algunas oscilaciones alrededor del período de mayor intensidad de los movimientos migratorios internacionales.

A partir de 1988 comienza un período de ascenso que registra su máximo valor en 1996 (58.928). Luego se inicia hacia el final de siglo un marcado descenso del orden del 10%. El mismo se produce a expensas de los nacimientos ocurridos en centros asistenciales del Mutualismo y Asignaciones Familiares ya que los ocurridos en el Ministerio de Salud Pública y el Hospital de Clínicas se mantienen estables.

III. Mortalidad

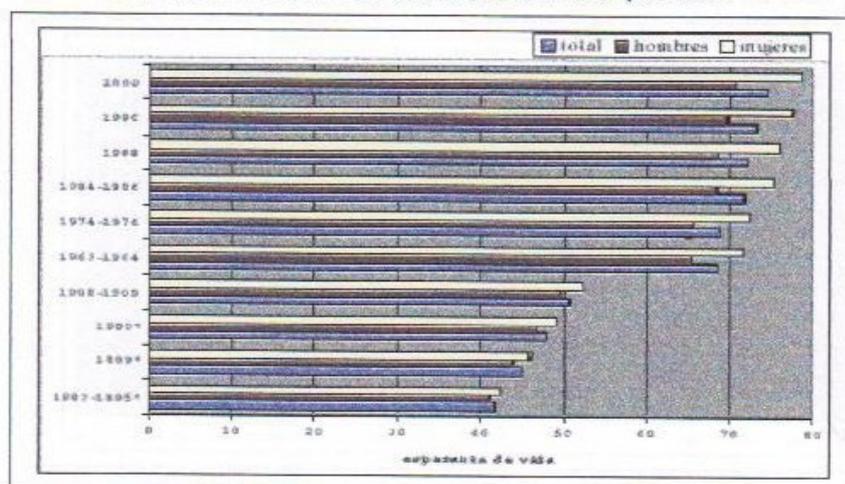
Mortalidad general:

En el transcurso de algo más de un siglo la vida media de hombres y mujeres uruguayos casi llega a duplicarse. De 41.7 años para el período 1883-1885 pasa a 74.54 años culminando el siglo XX. Las mujeres lograron mayores ganancias que los varones por lo cual se amplió la brecha que separa las esperanzas de vida de cada sexo, que pasó de 2.2 años en 1900 a 7.95 años en el 2000.

Evolución de la esperanza de vida al nacimiento por sexo:

Este comportamiento es el esperado en un país que muestra una transición demográfica y epidemiológica en proceso de completarse. En una población joven, como lo era la uruguaya de principios de siglo, las enfermedades infecciosas y parasitarias que representaban el 24% del total de muertes, afectaban en mayor medida a los niños y a las mujeres en el ciclo reproductivo. La declinación de estas enfermedades, que comienza con el mejoramiento del estado sanitario de la población a través de medidas profilácticas de orden general (desinfección de locales, reglamentación del expendio de artículos de consumo, canalización de arroyos infectos, control del ingreso de inmigrantes infectados, mejoras en el servicio de aguas corrientes, puesta en ejecución del plan de saneamiento etc.) antes que la aplicación de técnicas de prevención y curación (vacunas y antibióticos) eleva paulatinamente la esperanza de vida de las mujeres y lo hace a un ritmo mayor que el de la población masculina. En consecuencia, aumenta la brecha que la separa de la correspondiente a la población masculina (en el 2000 las mujeres uruguayas viven en promedio 78.59 años y los varones 70.64 años).

Evolución de la esperanza de vida al nacimiento por sexo



Estructura de las muertes:

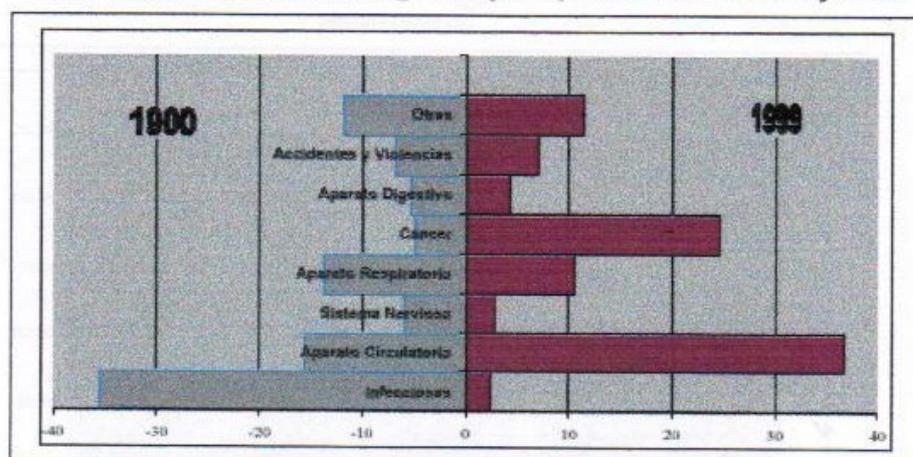
El descenso de la mortalidad trae consigo cambios en el patrón de distribución de las muertes. El gráfico siguiente permite visualizar el pasaje de una estructura donde dominaban las enfermedades infecciosas, hacia un predominio de las muertes por enfermedades crónicas y degenerativas (aparato circulatorio y cáncer).

Estructura de las muertes según las principales causas en 1900 y 1999:

La mortalidad por causas ha seguido una evolución en el tiempo estrechamente vinculada con medidas y acciones en el área de la salud pública, con el avance del conocimiento científico y la ciencia médica y con el desarrollo económico y social del país. Así, en las primeras décadas del siglo, la declinación de la mortalidad por enfermedades infecciosas se asocia con medidas profilácticas de orden general tendientes a mejorar el estado sanitario de la población, cuya eficacia se complementa con el progresivo desarrollo de los servicios de salud. Después de la segunda guerra mundial, con el surgimiento de los antibióticos el peso de las muertes debidas a estas enfermedades sobre el total de defunciones se reduce drásticamente al 9% (en 1900 representaban el 36%). Al finalizar el siglo, dicho porcentaje llega al 2%.

La marcada predominancia de las enfermedades del aparato circulatorio y de los tumores malignos se acentúa a medida que se reducen otras causas llegando a representar, en conjunto, el 62% del total de fallecimientos ocurridos en 1999. Este comportamiento es propio de poblaciones cuya esperanza de vida es elevada y la composición por edades envejecida, ya que el riesgo de muerte por estas enfermedades es creciente con la edad. Por consiguiente, la baja incidencia de estas enfermedades a comienzos de siglo se explica por la estructura joven de la población, donde la mitad de sus integrantes tenían menos de 19 años. La duración de la vida media era de 51 años ya que las enfermedades infecciosas afectaban especialmente a los jóvenes.

Estructura de las muertes según las principales causas en 1900 y 1999.



IV. Migración Internacional

La población de un país que se considere abierta aumenta o disminuye su número por el balance de nacimientos, defunciones y movimientos migratorios internacionales. Estos últimos son desplazamientos de personas, a través de las fronteras, que involucran un cambio de residencia habitual con carácter relativamente permanente. Cuando los mismos se realizan desde afuera hacia el país el fenómeno se denomina inmigración y a la situación inversa emigración.

Inmigración:

Población extranjera y porcentaje que representa de la población total, según censos.

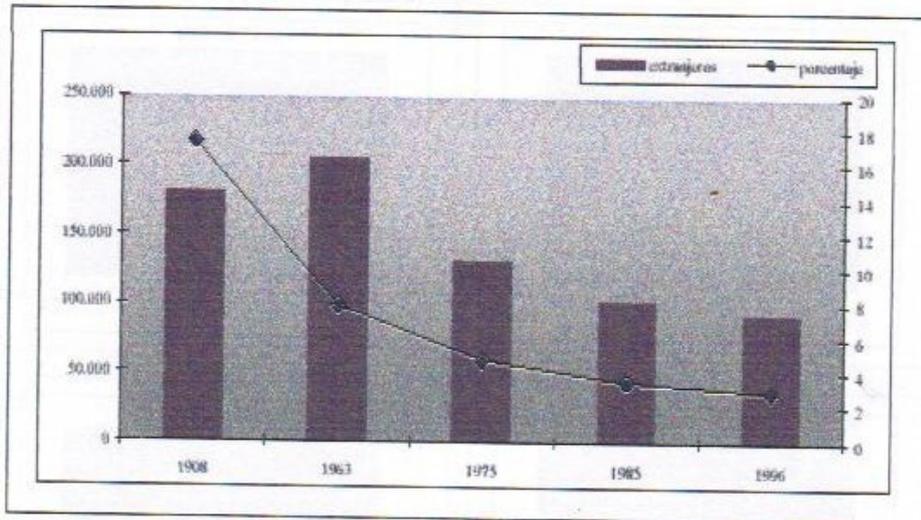
En 1908 la población extranjera censada alcanzaba a 181.222 personas y representaba el 17,38% de la población total.

Los inmigrantes europeos eran mayoría (73,74%) siguiéndole los americanos (26,16%), en tanto el resto de la población originaria de otros continentes apenas alcanzaba el 0,1%.

En relación al tiempo de residencia, el 22% eran inmigrantes recientes, es decir, tenían menos de cinco años de llegada al país y el 78% restante llevaban 5 años o más, lo cual indica que su arribo, en la mayoría de los casos, ocurrió en el siglo XIX.

Con el transcurso del tiempo, y a pesar del incremento del número de extranjeros en 1963, como resultado de las corrientes inmigratorias de mediados de siglo (entre 1950 y 1959), en términos absolutos esta población se reduce casi a la mitad, por la extinción de las cohortes más antiguas y la importante reducción de los flujos inmigratorios a partir de los años sesenta. Ello queda en evidencia por la importante disminución del porcentaje de inmigrantes recientes en cada censo, sobre los cuales el efecto de la mortalidad se atenúa al considerar períodos relativamente cortos. En 1963 el 9% de los extranjeros censados llegaron al país en el período 1960-1963; en 1996 dicho porcentaje para igual período, disminuye al 7 por ciento.

Población extranjera y porcentaje que representa de la población total, según censos.

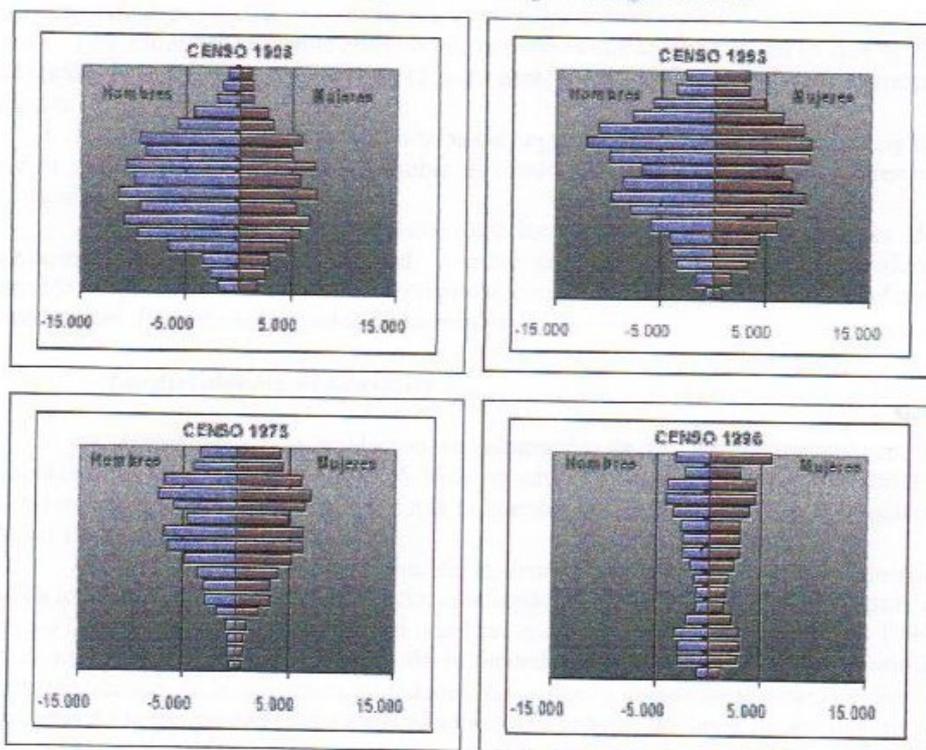


Estructura de la población inmigrante según censos:

La evolución de la estructura por edades y sexo de la población inmigrante presentada en los gráficos, evidencia no solamente la reducción de esta población a lo largo del siglo, sino también su progresivo envejecimiento. En 1908 el 9% de esta población tenía 65 años o más de edad mientras que en 1996 dicho porcentaje se eleva al 34 por ciento.

INSTITUTO NAL. ENFERMERIA
BIBLIOTECA
HOSPITAL DE CLINICAS
AV ITALIA S/N 3er PISO
MONTEVIDEO - URUGUAY

Estructura de la población inmigrante según censos



Emigración:

La magnitud de la emigración de uruguayos ocurrida en las últimas décadas, constituye uno de los temas que suscita mayor controversia entre los medios interesados en la situación demográfica del país. Buena parte de la misma reside en el hecho que, para esta variable, no existen fuentes de datos específicas ni exclusivas ya que los registros de migración recogen información del movimiento de personas a través de las fronteras, pero no precisan la condición migratoria de los viajeros. Por tanto, la recurrencia a técnicas indirectas de estimación resulta forzosa.

Los relevamientos censales a intervalos de tiempo decenales o similares, complementados con otras fuentes de diversa naturaleza¹³ y conciliados los datos en torno a hipótesis plausibles, resultan ser una aproximación razonable a la realidad.

En el período intercensal 1963-1975 emigraron del país 185.710 uruguayos repartiéndose de forma casi similar entre hombres y mujeres (92.961 y 92.749 respectivamente). Los mismos se concentraban en los grupos de edades 20-24 y 25-29 años, que acumulados, representaban para el sexo masculino el 33% del total de emigrantes de dicho sexo y para el femenino el 24 por ciento.

Entre los censos de 1975 y 1985 los emigrantes alcanzaron a 122.804 personas.

En el intervalo censal (1985-1996) el número de emigrantes se reduce a 68.170 personas, predominando la población masculina (55%).

¹³ Uruguayos censados en otros países, Proyecto IMILA del CELADE, encuestas Emigración internacional de los años 1976 y noviembre 1981 - mayo 1982 de la Dirección de Estadística y Censos; estadísticas de nacimientos.

En el año 2001: 28.000 emigraron (vía aeropuerto)¹¹.

Estructura de la población emigrante, según periodos intercensales:

Este último contingente emigratorio es predominantemente joven ya que el 57% de esta población se concentra en las edades 15 a 29 años. De la misma, el 62% son varones y el 38% mujeres.

No es posible extenderse hacia atrás del segundo relevamiento censal del siglo XX, dado que la información estadística disponible es totalmente insuficiente y de validez no siempre verificable.

A diferencia de lo que ocurre con las otras variables componentes del cambio poblacional, fecundidad y mortalidad, y como consecuencia de la falta de información, la variable migración es pasible de interpretaciones subjetivas respecto del volumen de los contingentes, fuera de los periodos intercensales.

V. Envejecimiento demográfico

La expansión de la población se acompañó de un envejecimiento progresivo. La proporción de población menor de 15 años no cesó de reducirse (de 41% en 1908 a 25% en 1996) mientras que la correspondiente a la población de 65 años o más continuó aumentando, de 3% en 1908 pasa a 13% en el 2000.

La forma que adopta el gráfico de la distribución por sexo y grupos de edades de la población a lo largo del siglo, es un claro indicador de este proceso. Así, mientras en 1908 el mismo tenía una forma piramidal, con una base ancha y una cúpula estrecha, en 1996 su forma se va rectangularizando. El descenso de la fecundidad fue el factor que más contribuyó a las transformaciones de la estructura por edades, estrechando la base de la pirámide. Por su parte, el descenso de la mortalidad traduce sus efectos sobre todo en las fases finales del envejecimiento ensanchando su cúspide con lo cual se produce un aumento tanto en números absolutos como relativos de la población de edades más avanzadas.

Otros indicadores dan cuenta del avance de este proceso de envejecimiento demográfico: la edad mediana y el índice de renovación de la estructura por edades. En 1908 la mitad de la población se situaba por debajo de los 19 años y al finalizar el siglo este valor se eleva a 32. Mientras a comienzos de siglo había 16 jóvenes por cada persona de 65 años o más, en la actualidad hay solamente dos.

¹¹ Pellegrino A. : Unidad Multidisciplinaria – Facultad de Ciencias Sociales – Universidad de la Republica

D) LA TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA EN AMÉRICA LATINA¹⁵

Los cambios demográficos de los últimos decenios se insertan en el denominado proceso de transición demográfica. Si bien el concepto de transición demográfica tuvo su origen en el intento de explicar la relación entre los cambios demográficos y los cambios socioeconómicos en Europa durante el siglo XVIII, su uso se ha extendido hasta el presente, tanto porque se refiere a procesos demográficos identificables aun en diferentes situaciones históricas, como por el hecho de que constituye una propuesta -siempre vigente- de explicación de la dinámica demográfica a la luz de sus interrelaciones con los factores sociales, económicos y culturales (Zabala de Cosío, 1992).

América Latina se encuentra, como señalaron Chackiel y Martínez (1993), "transitando la fase de disminución de la fecundidad, que se ha producido en forma rápida, después de haber experimentado cambios importantes en la mortalidad desde antes de la segunda mitad del siglo - aunque todavía con un amplio margen de posible reducción, con el resultado de una tasa de crecimiento en descenso".

La transición demográfica es, sin embargo, un proceso complejo, y los países difieren en cuanto al momento de inicio y al ritmo de los cambios en la fecundidad y la mortalidad, así como respecto a los cambios en otras variables estrechamente relacionadas, tales como el lugar de residencia, el estado nutricional y de salud de la población, las conductas asociadas a la formación de las uniones y a la planificación familiar. Para dar alguna referencia al respecto, es interesante destacar que, de acuerdo con un concepto de "modernización" que se refiere a los cambios sociales que ocurrieron en los decenios de 1960 y 1970 y en base a los criterios de terciarización de la economía, urbanización y educación, se ha encontrado que todos los países de transición demográfica avanzada presentan también un nivel de modernización avanzado; dos tercios de los países que se encuentran en plena transición demográfica se ubican en un nivel intermedio de modernización (parcial y acelerado), y cuatro de los cinco países de transición demográfica aún moderada y los dos países de transición incipiente se corresponden con un nivel de modernización también incipiente (CEPAL/CELADE, 1993).

Dentro de cada país, el comportamiento de la fecundidad, la mortalidad y las migraciones internacionales afectan el crecimiento y la distribución por edades de la población, dando lugar a la disminución, estancamiento o expansión de diferentes grupos que, a su vez, articulan demandas diferenciadas. De estos tres factores, la fecundidad es la variable que mayor influencia ha tenido en este proceso de cambios, por su fuerte impacto en el tamaño de las nuevas generaciones, efecto que se traslada con los años a los diferentes grupos de edades. En América Latina, con la excepción de Cuba, la situación está todavía lejos de ser tan extrema en la mayoría de los países, aunque puede decirse que todos ellos se encuentran actualmente en alguna etapa del proceso.

¹⁵ Basado en: Impacto de las Tendencias Demográficas sobre los Sectores Sociales en América Latina, Santiago, BID/CEPAL/CELADE, (Banco Interamericano de Desarrollo/ Comisión Económica para América Latina y el Caribe/ Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía).

Identificar situaciones similares en diferentes países permite realizar agrupaciones y obtener una visión de conjunto de la situación de la región y de sus perspectivas futuras. Por su contribución para comprender la situación de América Latina, se ha adoptado la tipología elaborada en CELADE (1992), que indica las etapas de la transición demográfica en que se encuentran los países.

En esta tipología se han usado como criterios de clasificación las tasas brutas de natalidad y mortalidad, las que determinan el crecimiento natural de la población y su estructura por edades. Los grupos son los siguientes:

Grupo I. Transición incipiente. Son países con alta natalidad y mortalidad, con un crecimiento natural moderado, del orden de 2.5%. Los países de este grupo son Bolivia y Haití que, por su elevada fecundidad, tienen una estructura por edades muy joven y una alta relación de dependencia.

Grupo II. Transición moderada. Son países de alta natalidad, pero cuya mortalidad ya puede calificarse de moderada. Por este motivo su crecimiento natural es todavía elevado, cercano al 3%. Los países de este grupo son El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Paraguay. El descenso de la mortalidad, sobre todo durante el primer año de vida, se ha traducido en un rejuvenecimiento de la estructura por edades, lo que también lleva a una elevada relación de dependencia.

Grupo III. En plena transición. Son países con natalidad moderada y mortalidad moderada o baja, lo que determina un crecimiento natural moderado cercano al 2%. Los países de este grupo son: Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, México, Panamá, Perú, República Dominicana y Venezuela, y en el Caribe, Guyana, Suriname y Trinidad y Tobago. Como el descenso de la fecundidad es reciente la estructura por edades se mantiene todavía relativamente joven, aun cuando ya ha disminuido la relación de dependencia.

Grupo IV. Transición avanzada. Estos son países con natalidad y mortalidad moderada o baja, lo que se traduce en un crecimiento natural bajo, del orden del 1%. Los países de este grupo son: Argentina, Chile, Cuba y Uruguay, y en el Caribe, Bahamas, Barbados, Guadalupe, Jamaica, Martinica y Puerto Rico. Entre éstos se pueden distinguir dos subgrupos: los que han tenido fecundidad y mortalidad bajas por un largo período (Argentina, Uruguay y, en menor medida, Cuba) y que, por lo tanto, tienen un crecimiento y una estructura de edades similares a los de países desarrollados, y los que, si bien recientemente han alcanzado tasas muy bajas de fecundidad y mortalidad, tienen aún tasas de crecimiento más elevadas debido a su población relativamente joven.

Tendencias Demográficas y de Mortalidad en la Región de las Américas, 1980-2000¹⁶

En los últimos decenios en las Américas, se ha observado reducciones de la mortalidad general y de las tasas de fecundidad y del crecimiento de la población, intensificando la transición demográfica. El envejecimiento consiguiente de la población, en presencia de otros importantes procesos sociodemográficos como la migración y la urbanización, ha generado demandas específicas y complejas de servicios y bienes sociales y de salud. Además, la mayoría de los países de las Américas ha experimentado lo que se ha llamado la "polarización

¹⁶ Tomado del Boletín Epidemiológico. Organización Panamericana de la Salud, Vol. 23 N°. 3, septiembre 2002

epidemiológica". Este proceso se caracteriza por sus repercusiones simultáneas y sustanciales sobre el perfil de mortalidad de la población, tanto por las enfermedades transmisibles como las no transmisibles y las causas externas.

Durante la última parte del siglo XX, ocurrieron adelantos en la transición demográfica en las Américas, en particular en América Latina y el Caribe. Este proceso empezó con una disminución importante en las tasas de mortalidad infantil y en las tasas de mortalidad por enfermedades transmisibles, varios factores pueden haber acelerado esta transición demográfica. Estos factores incluyen las políticas anticonceptivas, el aumento del nivel de educación, la urbanización acelerada y la modernización económica entre otros. En particular, el crecimiento de la urbanización — tres cuartos de la población de las Américas vive en ciudades — ha tenido implicaciones importantes de salud, asociadas por un lado con los factores de riesgo relacionados con los entornos urbanos y por otro lado con el posible mayor acceso a los bienes y servicios de salud.

Estos cambios en los perfiles demográficos y de mortalidad de la población, especialmente las tasas de fecundidad decrecientes, han cambiado la composición general de edades de la población de la Región, contribuyendo a una esperanza de vida al nacer más alta y al envejecimiento de la población en general. Según la población envejece, se genera un nuevo modelo del uso y de las necesidades de los servicios de salud que representa un reto para el sistema de salud.

E) TEORIA DE LA TRANSICION DEMOGRAFICA

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 y la estructura por edades de la población. Con punto de partida en el equilibrio "antiguo", bajo crecimiento demográfico resultante de diferencias pequeñas entre natalidad y mortalidad (a las que se agregan periódicamente sobre-mortalidades producidas por epidemias), el proceso se inicia con el descenso de la mortalidad y el mantenimiento de la natalidad. 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, el efecto de esas reducciones de la mortalidad sobre la estructura por edades es el de ampliar la base de la pirámide. 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 de la mortalidad cuando predomina en grupos de edad adulta o avanzada) determina modificaciones importantes de la estructura poblacional (envejecimiento poblacional).

En la revisión bibliográfica encontramos autores señalando que los cambios poblacionales se debían a "La Teoría de la Transición Demográfica", pero también encontramos autores que se oponían a dicha teoría.

Según el Doctor Sociólogo Carlos Filgueira la "teoría de la transición demográfica"¹⁷ no alcanza de hecho a construir una teoría propiamente tal. Constituye tan solo una predicción del comportamiento de la fecundidad en términos de fases; se espera cierta secuencia en el comportamiento de las variables demográficas con un respaldo conceptual y teórico excesivamente débil y poco claro. Los esfuerzos de integración lógica de la teoría no parecen haber estado dentro de los principales objetivos de sus defensores.

Esta "teoría de la transición demográfica" tal como se la ha desarrollado hasta el momento, constituye una ley empírica (Tempel 1962) pero no una teoría explicativa.

El hecho de que su centro de atención haya sido la confirmación o desconfirmación (para sus oponentes) del comportamiento de las variables demográficas ha llevado en múltiples estudios a repeticiones que procuran agregar elementos nuevos (nuevos contextos o periodos históricos) confirmatorios de las hipótesis. Es así que se ha procurado demostrar que el comportamiento de la natalidad, fecundidad y mortalidad sigue la conocida secuencia temporal que implica la transición demográfica, esto es que a partir de una primera etapa donde se registran altas tasas de mortalidad y natalidad, le sigue una segunda caracterizada por el descenso pronunciado de la mortalidad y a consecuencia alto crecimiento poblacional; y una tercera etapa que se caracteriza por la caída de la natalidad. Dichos estudios han tenido la virtud de describir correctamente el proceso de transformación de los factores demográficos, pero en sus versiones más simplificadas muy poco es lo que describen por que se dan esas transformaciones.

La transición demográfica durante mucho tiempo fue asociada sin mayores precisiones al cambio de la estructura social en la sociedad contemporánea. Los procesos de cambio - modernización, crecimiento y desarrollo económico, industrialización, urbanización, etc.- fueron obvios correlatos explicativos de las tendencias cambiantes de los indicadores demográficos. Esto

¹⁷ Informe Social de América Latina. Santiago de Chile - CEPAL.

es no saber mucho más que la existencia de una asociación en el largo plazo entre cambios estructurales y demográficos; cuanto más moderno y desarrollado un país, más avanzado el proceso de transición demográfica, pero con un conocimiento muy pobre de los mecanismos que actúan para el resultado final.

Una evaluación de la teoría de transición demográfica y de los estudios que directa o indirectamente tienden a confirmarla o desconfirmarla, permiten sostener algunas carencias teóricas y metodológicas. Esto se debe a que no se tienen en cuenta algunos aspectos tales como:

En primer lugar a los procesos de cambio social los que son tratados como fenómenos similares o intercambiables. Fenómenos como desarrollo económico o modernización, se incluyen sin discriminar diversos procesos de cambio, ya sean el crecimiento relativo de la población, transformación de las orientaciones valorativas, normas y actitudes. Se da una tendencia simplificadora a percibir el proceso de cambio como un fenómeno continuo y sincrónico en donde las diferentes dimensiones de la estructura socio-económica se desplazan desde un polo tradicional hacia otro moderno. Los problemas generados por esta simplificación se manifiestan a nivel empírico en la falta de coincidencia de los resultados de relacionar los factores demográficos a diversos indicadores de desarrollo o modernización. Algunos autores han hecho una distinción entre los efectos del crecimiento económico sobre la fecundidad en los que produciría otros cambios sociales, los aumentos en el ingreso por habitante estarían asociados a corto plazo con una más alta fecundidad, debido a que las de nupcialidad aumentarían, la edad al casarse sería inferior de que la probabilidad de que un embarazo termine en nacimientos vivos sería superior. Pero al mismo tiempo, el crecimiento económico tendría, a largo plazo, ya sea como causas, consecuencias o simplemente correlato, algunos otros procesos asociados con la disminución de la fecundidad. Algunos de estos son:

- a) el mejoramiento en los niveles educacionales que, con respecto a la fecundidad deberían dar lugar a:
 1. mayor acceso a la información en general, y en particular a lo que se refiere a los medios de control de natalidad;
 2. mayor comunicación entre los cónyuges en la toma de decisiones familiares;
 3. aspiraciones de los padres de lograr que sus hijos alcancen mejores niveles educacionales y ocupacionales;
 4. mayor edad al casarse
- b) niveles superiores de urbanización, acompañados de cambios valores, aspiraciones y relaciones sociales
- c) mayor participación de la mujer en la fuerza de trabajo, y
- d) menor mortalidad infantil. (Urzúa, 1978)

En segundo lugar también lo que dificulta el progreso teórico es la falta de la precisión conceptual en los términos del análisis, con frecuencia se utilizan indicadores operacionalmente definidos cuyos referentes de significación teórica o conceptual no son del todo explícitos o aceptan más de un significado.

En tercer lugar otro aspecto que obstaculiza es el distanciamiento existente entre el tratamiento metodológico y el teórico.

F) TRANSICIÓN EPIDEMIOLÓGICA EN EL URUGUAY

A fines del siglo pasado alrededor del 40 % de las defunciones comprendían a menores de 5 años y alrededor de un cuarto de menores de un año. Casi 40% de las muertes obedecían a enfermedades infecciosas, en tanto las enfermedades cardiovasculares originaban menos del 10 % y los tumores malignos menos del 5 %. Desde 1915 la proporción de muertes por causas infecciosas declinó constante y velozmente hasta reducirse a un 5 % en 1965 y continuar luego descendiendo lentamente.

Los fallecimientos de menores de 5 años representaron porcentajes cada vez menores, hasta el 3,5 – 4 % anual. La proporción representada por las enfermedades cardiovasculares era, en 1945 del 20 % y del 40 % en la actualidad, la de tumores malignos, 10 % en 1935, 15 % en 1945 % y poco más de 20 % en la actualidad. Desde 1975 la estructura por causas parece haberse estabilizado y no ha comenzado aún el descenso de mortalidad en edades avanzadas que caracteriza a la fase de enfermedades degenerativas demoradas.

G) PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

El perfil epidemiológico de una población puede ser determinado a través de las características de personas.

I. Características Demográficas:

Edad:

Constituye el carácter personal más importante. Los diferentes estados de salud de una edad a la otra no se deben necesariamente al grado de crecimiento o envejecimiento. La edad puede representar a sí mismo un momento en el cual los sujetos están expuestos a factores nocivos.

La distribución de los fenómenos de salud en función de la edad constituye una fuente de información con vistas a precisar su etiología.

Sexo:

La acumulación de casos de una enfermedad en personas de un mismo sexo puede estar ligada a:

- a) un rasgo genético (Ej. hemofilia)
- b) un carácter biológico del sexo en cuestión (Ej. cáncer de mama)
- c) tipo de actividad y la exposición profesional a productos tóxicos (Ej. silicosis)
- d) la ocupación (Ej. accidentes de trabajo)
- e) las diferencias constitucionales, morfológicas y fisiológicas (Ej. capacidad y aptitud al trabajo)
- f) el grado, duración y frecuencia de la exposición a los factores ambientales que exigen una adaptación del organismo)

Lugar de nacimiento:

Una población inmigrada tiende a conservar la forma y el nivel de vida de su país de origen y arrastrar con ella los resultados de la exposición a los factores favorables o desfavorables de su país natal.

II. Características Familiares.

Estado Civil:

En ciertos países la población se divide en solteros, casados, separados, divorciados y viudos. Algunas enfermedades son más frecuentes en solteros (Ej. sífilis). Además la mortalidad general en hombres y en mujeres es mayor en los divorciados, luego en viudos y los solteros, y menor en las personas casadas.

III. Indicadores del estado de salud:

Son aquellos que se refieren al proceso de salud – enfermedad de la población, y pueden expresar hechos considerables favorables al estado de salud, o resultante de la pérdida de la misma.

Morbilidad:

Es un indicador que expresa la magnitud y tipo de enfermedades presentes en una población. Se mide en términos de incidencia y prevalencia.

La incidencia es el número de casos nuevos de una enfermedad que se produce en un periodo de tiempo determinado.

La prevalencia es el total de casos existentes en una población determinada.

H) ESTUDIOS REALIZADOS EN GERONTOLOGÍA. INTERNACIONALES

I. ¿Qué dificultades encuentra el anciano en la vida diaria?

Las enfermedades del anciano tienden a la cronicidad y al desarrollo de incapacidad funcional, que conlleva a la necesidad de cuidados y a enormes gastos sanitarios y sociales. Actualmente se piensa en la posibilidad teórica de buscar las circunstancias más relacionadas con la incapacidad funcional para posibilitar su prevención.

Las actividades en las que se plantean más problemas son aquellas que requieren mayor movimiento, por lo que queda claro que la movilidad es el mejor marcador de capacidad funcional general del anciano. Es lógico por tanto pensar que la prevención y rehabilitación de problemas relacionados con la movilidad en pacientes geriátricos es fundamental para mejorar de forma considerable su calidad de vida.

II. Estudios realizados en la gerontología. nacionales.

Prescripciones en geriatría en Uruguay:

Existe muy poco conocimiento sobre la medicalización de la población mayor de 65 años. Este trabajo tiene por objetivo presentar los resultados con un análisis de 150 historias clínicas de pacientes (124 mujeres y 26 hombres) de 65 años y más. De ellos 21 por ciento tienen 85 o más.

El promedio de fármacos prescritos a esta población es de 4,3 fármacos por paciente. No se observan diferencias significativas en el número de las dosis/ día en los tres grupos.

Al relacionar el grupo de edad con el número de patologías se observó un mayor número de patologías en el grupo de menor edad (6,4 patologías/ paciente), relación que decrece en la siguiente franja (4,3), y 3,8 entre las personas de mayor edad. Los datos obtenidos coinciden con trabajos de otros autores y se puede deducir que los pacientes con mayor número de patologías fallecen antes.

Cuando el número de médicos tratante era tres o más, el número de fármacos que reciben los pacientes aumenta de forma notoria a 5,2 cuando el paciente es tratado por tres médicos, y aumenta a 6,4 cuando el paciente es asistido por 4 médicos.

Se encontró que un 8% de los pacientes cumplían la prescripción (el cumplimiento lo determina el médico durante la consulta preguntándole al paciente si había tomado el medicamento), un 19% no la cumplían o lo hacían en forma irregular. El mayor cumplimiento se conseguía cuando se contaba con una administración de los fármacos supervisada por otra persona (familiar o cuidador).

Clasificadas las historias por lugar en donde los pacientes eran atendidos (policlínica, domicilio, institución, por ejemplo hogares de ancianos) se comprobó que los pacientes que consultan en policlínica reciben más fármacos (5,17) que los que se asisten en domicilio (4,7), y los institucionalizados llegan a tener 3,75. Los pacientes que concurren a la policlínica son predominantemente los de 65 a 74 años de edad, como se ha indicado, estas personas presentan mayor número de patologías.

Una explicación de por qué los pacientes institucionalizados reciben menos medicamentos podría ser que estén sub-diagnosticados por ser una población con el índice de demencias, menor número de médicos tratantes, y una menor demanda de asistencia tanto por parte de los pacientes como de sus familiares. En la población institucionalizada se observa un mayor porcentaje de prescripciones de psicofármacos un 26% del total de los medicamentos prescritos frente a un 15% observado en los otros grupos (policlínico y domicilio).

D) LA EMIGRACIÓN ESPAÑOLA

En el análisis de la estructura poblacional del Uruguay, nos encontramos con la confluencia de diversas corrientes inmigratorias, dentro de las cuales la española ejerce el protagonismo. Si vamos mas allá en el estudio, observamos que, dentro de esa emigración española, los gallegos ocupan un porcentaje que se aproxima al setenta por ciento. Esta supremacía numérica ha calado tan hondo en la sociedad uruguaya que, por un lado, todo lo español se identifica con lo gallego y, por otro, se ha creado un estereotipo social del gallego vinculado con los oficios por el desempeñados.

Galicia está situada al Noroeste de España y la componen cuatro provincias: La Coruña, Lugo, Orense, Pontevedra. Geográficamente podemos distinguir dos Galicia, una interior, básicamente labradora, y otra exterior, la marinera que también cultiva la tierra. La relación hombre – medio tiene para el gallego un significado esencial, como en todos los pueblos de origen rural. Es en este medio donde se desarrolló la cultura tradicional gallega que llegó a América.

I. Factores de emigración:

Si le preguntamos a cualquier gallego por que ha emigrado, las respuestas más comunes serán las siguientes: “porque era tradición”, “porque los gallegos-los llevamos en el alma”, “por afán de aventura”; en su autoanálisis ve su condición de emigrante como algo inevitable, como el cumplimiento de una ley natural.

Hacia el siglo XV los movimientos populares contra los privilegios feudales y el conflicto entre los partidarios de Isabel la Católica y Juana la Beltraneja por el derecho al trono de España hacen que Galicia muera desde el punto de vista social: los reyes Católicos actuaron enérgicamente y apartaron a sus nobles de la región. Como consecuencia, en Galicia no habrá una nobleza local que defienda sus intereses. En general, los nobles que habitaron en adelante esta región provendrían de otras partes de España o de otros países europeos: una burguesía que dio la espalda a la realidad gallega, totalmente sometida al poder central. Desde el punto de vista económico esto fue nefasto pues en lugar de reinvertirse en Galicia, el dinero salía de ella en forma de rentas. Esto soportó una superexplotación: la del poder feudal, la de la burguesía local y la de las instituciones centralistas. Cuando esta situación se hizo irresistible, solo le quedaba emigrar.

A estos hechos hay que agregar que, ha diferencia de lo que sucede en otras zonas, en Galicia ha pesar de que el sistema feudal estaba en decadencia se mantuvieron las relaciones feudales, sobre todo por la perpetuación del régimen foral hasta el siglo XX. El foro era un contrato de sesión de tierra por parte de un grupo de rentistas a campesinos o sectores mas o menos privilegiados. En el contrato se establecía el tiempo de duración del mismo y las condiciones que fijaban el beneficio del forero en una participación proporcional a la cosecha o a una renta fija.

Si bien en un comienzo este sistema parecía beneficioso para el campesino gallego porque le permitía tener sus propias tierras para la labranza, mas adelante la situación cambió por abusos en el subarriendo. A estos se le sumaban los fuertes impuestos estatales que soportaba el campesino gallego. El sistema de foros tuvo importante gravitación en la vida del pueblo debido a su larga duración: desde su creación, en los siglos XII y XIII, hasta la Ley de Redención de Foros de Primo de Rivera en el año 1926.

La perpetuación del sistema de relaciones feudales hizo que Galicia quedara aislada.

II. Trayectoria de la emigración:

La emigración gallega a nivel masivo, va a comenzar hacia el siglo XVIII, primero hacia otras zonas de España, como Andalucía y Castilla, más tarde hacia Portugal y posteriormente a América.

Desde el punto de vista legal, se dieron disposiciones que permitían o frenaban la emigración, de acuerdo con la realidad vivida tanto en el país emisor como los receptores. Hasta el siglo XIX, las disposiciones legales frenaban la emigración, pero a partir del año 1850, comenzó la política emigratoria del Estado español, levantándose las prohibiciones. Por contrapartida, los Estados americanos liberalizan sus constituciones permitiendo la entrada de inmigrantes.

En el siglo XIX además de la emigración hacia Castilla y Portugal, comienza la salida masiva hacia América y en especial hacia Cuba, donde la presencia gallega tuvo su máximo esplendor en ese momento.

La emigración de este período es de hombres jóvenes, circunstancia favorable para América -zona receptora- porque representaron un aporte demográfico y una importante fuerza laboral.

Para Galicia, si bien tuvo un aspecto positivo que fue la posibilidad para su pueblo de tener dinero efectivo para comprar las tierras y así hacer realidad la ley de redención de foros del año 1926, la emigración masiva de sus jóvenes fue altamente negativa: una verdadera sangría que hizo descender la natalidad conllevando el envejecimiento de la población.

Estos valores migratorios se mantuvieron hasta el año 1929, cuando sobrevino la caída de la bolsa de Nueva York y la crisis generalizada. Los gobiernos americanos tomaron medidas legislativas en ese momento para frenar la inmigración masiva y el consecuente desempleo de sus países. Así el proceso se invierte dado que el retorno a Galicia es mayor que las salidas. A pesar de esto, la recepción de emigrantes gallegos no se cortó totalmente: si bien las medidas restrictivas de los países americanos detuvieron la entrada masiva, siempre contemplaron la de agricultores que con su trabajo ayudarían a superar la crisis.

Hacia los años 1934 y 1935 el flujo migratorio retomó fuerzas, pero nuevamente se cortó con la Guerra Civil Española (1936-1939) y la Segunda Guerra Mundial (1940-1945). Los gallegos que salieron en esos años y en los de posguerra fueron los exiliados políticos, quienes tendrían un destino que resultaría provisorio en otros países europeos (como Francia) y luego habrían de dirigirse a América, hacia México y Argentina.

A partir de 1946 se abrió nuevamente el proceso y las repúblicas americanas (especialmente Argentina, Uruguay y Brasil) fueron otra vez los grandes receptáculos de esa emigración, que presentaría características diferentes a las precedente: sería de tipo familiar y con una muy importante presencia de la mujer.

La decadencia de los estados americanos en los años sesenta hizo por fin que la emigración hacia estas regiones descendiera hasta hacerse nula.

No obstante, la situación en Galicia no había mejorado lo suficiente para que su gente pudiera quedarse con buenas perspectivas, entonces serían otras zonas de España, como Cataluña, el País Vasco, Madrid, y otros países de Europa occidental los receptores.

Entre 1860 y 1970, sin contar las personas que volvieron, emigraron 1.200.000 gallegos, es decir, uno de cada cuatro.

III. Gallegos en el Uruguay:

En la actualidad, Uruguay cuenta con un núcleo de españoles muy importante, de los cuales aproximadamente un setenta por ciento son de origen gallego. De acuerdo con las cifras

publicadas por el Instituto Español de Emigración, la colonia española sería de unas 53.000 personas.

Según el Consulado General de España en el Uruguay cuenta con 54.426 españoles inscritos en el Registro de Matrícula Consular. El consulado contabiliza a todos los españoles (nacionalizados uruguayos o no) y a los hijos de éstos que se han inscrito en su Registro de Matrícula.

Dentro de Galicia, las provincias de mayor emigración han sido La Coruña y Pontevedra, hecho que se ha mantenido a lo largo de la historia.

De los 54.426, 39.810 son nacidos en Galicia:

Provincia	Total	Hombres	Mujeres
La Coruña	20.938	11.170	9.768
Orens	3.158	1.820	1.338
Lugo	3.942	1.980	1.962
Pontevedra	11.772	6.630	5.142

Zonas donde residen: 34.920 en Montevideo, y 4.890 en el interior.

IV. Integración de los Gallegos:

Desde los comienzos del contacto entre España y América hubo dos tipos de emigración: la dirigida por el Estado y las espontánea; la primera se dio sobre todo en los primeros tiempos cuando venían individuos como empleados estatales a ocupar determinados puestos de trabajo. Paralelamente siempre se desarrolló una emigración espontánea. Los hombres venían contratados a trabajar al campo o a la construcción, y las mujeres al servicio doméstico. Pero como emigraban a Montevideo y no al medio rural desarrollaban otras tareas, tales como las del sector servicios. Las mujeres si se integraron al servicio doméstico y ayudaron a la familia en el negocio propio.

Tanto las grandes como las pequeñas empresas, han contribuido de forma efectiva en el desarrollo del Uruguay, otras tuvieron y tienen una importante repercusión a nivel social, como Casa de Galicia y el Hogar Español de Ancianos, la creación de ambas denotan la gran preocupación por el amparo de los paisanos.

Casa de Galicia nació el 1º de octubre de 1917 por iniciativa del Dr. José María Barreiro.

El Hogar Español de ancianos que tiene como objetivo acoger a la ancianidad española sin recursos. Aunque tiene el nombre genérico de "Español", lo tomamos en cuenta porque en su fundación y trayectoria intervinieron muchos gallegos y porque su población es en su mayoría gallega. Fundado el 13 de noviembre de 1964 y presidido en su inicio por el gallego Gumersindo Alvarez Blanco. Acoge actualmente a 208 ancianos y cuenta con el apoyo de mucha gente de la comunidad gallega preocupada por el futuro de los españoles validos.

No hay duda que los gallegos emigrantes es gente que ya tiene su familia y sus vínculos afectivos en el Uruguay y que ha vivido mas tiempo en el país de acogida que en su Galicia natal. Los que hasta el momento no han retomado, no lo han hecho por causas de índole socioeconómica, pero están aquellos a los que con el paso del tiempo no les unen ya a Galicia lazos familiares y que por el contrario parte, si los tienen muy fuertes en Uruguay.

METODOLOGIA

Tipo de estudio:

La presente investigación es un estudio descriptivo, cuantitativo que pretende conocer las características sociodemográficas y epidemiológicas de los residentes del Hogar Español. Fue llevada a cabo con una población anciana de 207 residentes quienes son mayores de 65 años.

Universo de estudio:

Se compone por la totalidad de los ancianos que han residido en el Hogar Español en el periodo comprendido enero – junio 2003.

Población:

Compuesta por 207 ancianos residentes del Hogar Español.

Metas:

- Caracterizar de forma cuantitativa a la totalidad (207) de los residentes del Hogar Español.
- Crear una base de datos organizada y sistemática que sirva como referencia al Hogar Español para brindar una atención integral cada residente.
- Estimular a otros investigadores a que con la información obtenida implementen programas asistenciales, promoción, prevención y rehabilitación.

Finalidad:

Nuestra investigación tiene dos finalidades. Por una parte cumplir el requisito curricular de realizar la investigación final que a su vez reúne todos nuestros conocimientos y destrezas adquiridas a lo largo de nuestra carrera universitaria; y también crear un diagnóstico en función de una base de datos en el Hogar Español que sirva como punto de partida para trabajar futuras líneas de investigaciones que puedan ayudar a mejorar la calidad de vida de los ancianos allí residentes, a través de conocimientos y resultados que se obtengan que puedan mejorar la calidad de asistencia.

Marco institucional:

La investigación tiene como base dos instituciones: el Hogar Español y el Instituto Nacional de Enfermería.

El Hogar Español es una residencia de tipo privado que alberga a la ancianidad española.

El Instituto Nacional de Enfermería (Asimilado a Facultad), es una institución universitaria pública (Universidad de la República) que tiene como uno de sus cometidos formar Licenciados en Enfermería Profesionales.

Beneficiarios:

Directos:

- Residentes del Hogar Español y el personal que allí se desempeña.

- Estudiantes realizando la investigación presente.

Indirectos:

- Residentes de otros hogares, ya que éste proyecto puede servir como estímulo para ser aplicado en otros residenciales de ancianos.
- Futuros estudiantes y/o investigadores que deseen llevar a cabo futuras investigaciones al respecto.

Localización física y cobertura espacial:

La investigación fue realizada en el Hogar Español, pero también tubo como lugar de encuentro y trabajo el Instituto Nacional de Enfermería y los hogares de residencia de cada uno de los integrantes de la investigación.

Fuentes de datos:

Fuente de datos: son aquellas que nos permiten obtener información exacta o aproximativa, sobre un tema determinado, permitiendo de ésta forma un mínimo margen de error y mayor confiabilidad.

Las fuentes que utilizamos para la recolección de datos fueron, primarias y secundarias, siendo fuentes primarias:

- historias clínicas
- archivo

fuentes secundarias son:

- Asistente Social
- Residentes del Hogar Español

Instrumento y recolección de los datos:

La recolección de los datos se realizó mediante un formulario que contó con preguntas semiestructuradas, codificadas (ver anexo 3) Para esto se tomaran como criterios de inclusión, la información que fue recabada de las historias clínicas de todos los residentes y de los archivos generales de la institución, así como también de la Asistente Social y los residentes del Hogar. Como criterios de exclusión: pacientes que presenten trastornos neurológicos o psiquiátricos.

La aplicación de éste instrumento fue sobre la fuente primaria de datos y se realizó una complementación, un interrogatorio sobre la fuente secundaria.

Para la recolección de datos, previamente se realizó un Pre- test con el instrumento, verificando confiabilidad y pertinencia de los a datos a recabar, del mismo modo su eficacia para tal fin.

DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA
Sexo	Clasificación de los hombres o mujeres teniendo en cuenta las características anatómicas.	Ídem Definición Conceptual.	Variable cualitativa nominal dicotómica.
Edad	Etapas del individuo en el periodo del tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha expresada en años en este caso particular	Años cumplidos hasta la fecha actual.	Variable cuantitativa continua
Procedencia de origen	Lugar donde ha nacido cada individuo	Ídem Definición Conceptual.	Variable cualitativa nominal politómica
Lugar de residencia	Lugar en el cual el individuo habitó, vivió antes de ingresar al Hogar Español	Ídem Definición Conceptual	Variable cualitativa nominal categórica
Cobertura de Salud	Es aquella en la que la persona dispone de un servicio determinado de Salud. Dentro de sí se tomara en cuenta: - Pública, - Privada	Ídem Definición Conceptual	Variable cualitativa nominal dicotómica
Nivel de instrucción	Es el nivel máximo alcanzado por un individuo mediante la educación formal.	Será el cual indique cada persona	Variable cualitativa ordinal
Estado civil	Se define del estado del individuo respecto a su conformidad de presencia de pareja o no ante la ley.	Estado que manifiesta cada individuo	Variable cualitativa nominal categórica
Patología de base	Se define como aquella patología de carácter crónico que presente cada residente.	Ídem Definición Conceptual	Variable cualitativa nominal politómica.
Antecedentes Personales	Son aquellas enfermedades, hábitos nocivos, o sucesos externos que provocan o pueden provocar alguna	Ídem Definición Conceptual que ocurrieron en el periodo enero – junio 2003.	Variable cualitativa nominal politómica.

	afección o trauma.		
Relación familiar	Se define como la relación que mantiene o no, el residente con algún miembro de su familia.	Ídem Definición Conceptual	Variable cualitativa nominal dicotómica
Ocupación <i>Autónomo</i>	Se define por tal aquella actividad que el individuo desarrolló durante el mayor tiempo de su vida. <i>Obrero o empleado:</i> persona que trabaja para un empleador (público o privado) y percibe una remuneración en forma de sueldo, pagos a destajo o pagos en especie. <i>Patrón:</i> persona que explota su propia empresa económica y que tiene a su cargo uno o más trabajadores a sueldo o jornales. <i>Cuenta propia:</i> persona que sin depender de un patrón explota su propia empresa económica sin ocupar a ningún trabajador remunerado, pudiendo sí ser asistido por uno o más trabajadores familiares no remunerados. Se distingue entre aquellos que cuentan con alguna instalación o inversión para llevar adelante la actividad (con local) de aquellos que no lo poseen (sin local). <i>Trabajador del hogar no remunerado:</i> persona que trabaja en la empresa o negocio de un familiar y que no percibe un sueldo o salario por su tarea. Estos participan de la utilidad del negocio como miembro del hogar al que	Ocupación que manifieste cada residente.	Variable cualitativa nominal categórica

	pertenecen.					
--	-------------	--	--	--	--	--

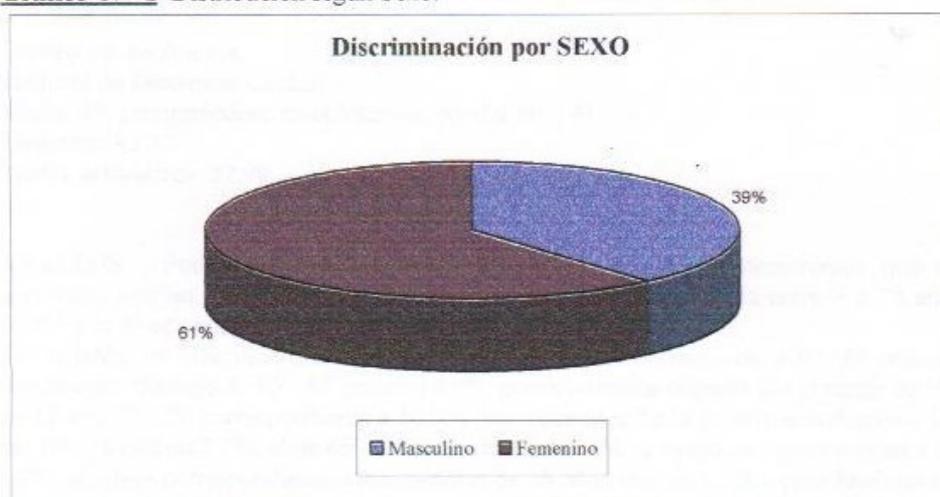
**ANÁLISIS DE LOS DATOS OBTENIDOS EN EL HOGAR ESPAÑOL EN EL PERÍODO
COMPRENDIDO ENTRE ENERO- JUNIO 2003**

Tabla N° 1 Distribución según Sexo.

Sexo	FA	FR %
Masculino	80	38,6
Femenino	127	61,4
TOTAL	207	100

Fuente: Historias clínicas de los residentes.

Grafico N° 1 Distribución según Sexo.



Fuente: Historias clínicas de los residentes.

ANÁLISIS: Según los datos obtenidos un 38,6% correspondió al sexo masculino, siendo éste la minoría, con un 61,4% equivalente a la población femenina siendo ésta la predominante en dicha población.

Se destaca que el índice de Masculinidad es de 63,0%. La proporción de Hombres en la población total es de 39,0%.

Tabla N° 2 Distribución por edades de los Residentes.(Ver Gráfico en Anexo 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, Asistente Social encargada.

Gráfico ver en Anexos.

Medidas de Tendencia Central:

Modo: 45, encontrándose en el intervalo Modal 80 – 84

Mediana: 83,72.

Media aritmética: 87,98.

ANÁLISIS: Podemos destacar que de la variable estudiada encontramos que el mayor porcentaje con un 82,1% se correspondió a la 4° edad (comprendida entre > a 75 años), y un 17,8% a la 3° edad (comprendida entre 60 y 74 años).

De la tabla se identifica que el mayor rango de edades corresponde a 80- 84 con un 21,8%, seguido por el rango de 85 - 89 con un 19,9%, posteriormente seguido por el rango de 90- 94 con un 17,4%, 75 - 79 correspondiente a 16,0%, los siguientes datos se correspondieron a los rangos de: 70 - 74 con un 7,7%, el de 65 - 69 equivalente al 6,7%, el rango de mayor o igual a 95 con un 6,7%, el rango correspondiente a los menores de 65 años con un 3,3% y para finalizar se destaca que un usuario se desconoció su dato correspondiente al 0,4%.

Tabla N ° 3 Cobertura de Salud de los residentes.

Indicadores	FA	FR %
Público	2	1
Privado	205	99
TOTAL	207	100

Fuente: Historias clínicas de los residentes

Tabla N ° 4: Mutualista según cobertura Privada. (Ver Gráfico en Anexo 2)

Indicadores	FA	FR %
Casa de Galicia	134	65,4
Asociación Española	64	31,2
CASMU	4	1,9
Otros	3	1,5
TOTAL	205	100

Fuente: Historias clínicas de los residentes

ANÁLISIS: de las tablas 3 y 4: en cuanto a la tabla 3 notamos que un 99,0% corresponde a usuarios que poseen cobertura privada; 0,9 se corresponde a cobertura pública (MSP). Teniendo en cuenta el 99,0 % de la cobertura privada, pertenece un 65,3% a Casa de Galicia, un 31,2 a la Asociación Española, seguido por CASMU con un 1,9% y se destacan otras Mutualistas con un 1,4%.

Tabla N° 5 Estado Civil de los residentes. (Ver Gráfico en Anexo 2)

Indicadores	FA	FR %
Viudo	93	44,9
Soltero	32	15,4
Casado	32	15,4
Divorciado	24	11,6
Unión Libre	16	7,7
Separado	8	3,9
Otros	2	0,9
TOTAL	207	100

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

ANÁLISIS: En éste gráfico se destaca que en su mayoría los residentes corresponden al estado de Viudez con un 44,9%, seguido por los siguientes estados: casado y soltero con un 15,4% igual para ambos, con respecto al residente divorciado, 11,5%; en cuanto al estado de separado, unión libre y otros correspondió al 3,8%, 7,7% y 0,9% respectivamente. A destacar no se pudo constatar cuántos de los casados viven con su pareja.

Tabla N ° 6: Índice de Alfabetización de los residentes. (Ver Gráfico en Anexo 2)

Indicadores	FA	FR %
Alfabetos	178	86
Analfabetos	20	9,7
Sin dato	9	4,3
TOTAL	207	100

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

ANÁLISIS: Según los datos obtenidos notamos que el índice de Analfabetización es de 9,6%, destacando que el 86,0%, su mayoría son Alfabetos, y sin dato un 4,3%.

Tabla N ° 7: Índice de Alfabetización según Sexo.

Masculino	FA	FR %
Alfabeto	69	86,3
Analfabeto	11	13,7
TOTAL	80	100
Femenino	FA	FR %
Alfabeto	118	92,9
Analfabeto	9	7,08
TOTAL	127	100

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

Gráfico N ° 7: Índice de Alfabetización según Sexo.



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

ANÁLISIS: Según el índice de alfabetización, notamos que el índice de analfabetización es mayor con un 13,7% basándonos en la población masculina, el 7,0% corresponde a la analfabetización en la población femenina, en lo que refiere al índice de alfabetización notamos que en la población femenina, ocupa un 92,9% y un 86,2% en la población masculina.

Tabla N° 8 Distribución según el Nivel de Instrucción de los residentes. (Ver Gráfico en Anexo 2)

Indicadores	FA	FR %
Analfabeto	20	9,7
Prim. Incompleta	108	52,2
Prim. Completa	46	22,2
Sec. Incompleta	13	6,3
Sec. Completa	7	3,4
Terciarios	2	0,9
Universidad incompleta	0	0
Universidad Completa	1	0,5
Militar o Policial.	1	0,5
Sin dato	9	4,3
TOTAL	207	100

Fuente: Asistente Social encargada y los residentes.

ANÁLISIS: Analizando la variable nivel de Instrucción notamos un porcentaje importante del 52,2% de los residentes que se corresponde al indicador Primaria incompleta, seguido de Primaria completa con un 22,2%, se destaca que el 9,7% de la población es Analfabeto; es seguido por Secundaria incompleta con un 6,3%, en cuanto a Secundaria Completa, Nivel terciario, carrera militar o policial, Universidad completa corresponden a 3,3%; 0,9%; 0,5% y 0,5% respectivamente, se menciona que el 4,3% se desconocen los datos.

Tabla N° 9 Distribución según la ocupación ejercida durante su etapa Laboral luego de la migración; al Uruguay. (Ver Gráfico en Anexo 2)

Indicadores	FA	FR %
Empleado Privado.	83	40,1
Trabajador Independiente.	41	19,8
Ama de casa	19	9,2
Patrón	15	7,2
Empleado Público.	14	6,8
Otros	30	14,5
Sin Dato	5	2,4
TOTAL	207	100

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

ANÁLISIS: Analizando la variable Ocupación notamos que en su gran mayoría de los residentes, luego de su migración al Uruguay se desempeñaban laboralmente como empleado privado con un 40,1%, seguido por trabajadores independientes con un 19,8%; en cuanto a las Amas da casase correspondió a un 9,2%, el desempeño como patrón equivale a un 7,2%; a continuación con un 6,8% 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 2,4% correspondió a residentes sin dato.

Tabla N° 10 Residente que poseen familia. (Ver Gráfico en Anexo 2)

Indicadores	FA	FR %
Si	163	78,7
No	44	21,3
TOTAL	207	100

Fuente: Asistente Social encargada y los residentes.

ANÁLISIS: en relación a que si los residentes tienen familia, en esta tabla se aprecia que un 78,7% SI tienen familia, y NO tienen familia un 21,2%

Tabla N° 11 Residentes que son visitados por sus familias. (Ver Gráfico en Anexo 2)

Indicadores	FA	FR %
Si	130	79,7
No	33	20,3
TOTAL	163	100

Fuente: Asistente Social encargada y los residentes.

ANÁLISIS: Se destaca en esta tabla que los indicadores se corresponden a SI y NO, el indicador SI corresponden a los residentes que son visitados en alguna ocasión y el indicador NO, corresponden a aquellos residentes que no son visitados; referente a los mismos se destaca que en su mayoría los residentes son visitados con un 79,7%, en su minoría no son visitados con un porcentaje de 20,2%.

Tabla N° 12 Frecuencia de las visitas. (Ver Gráfico en Anexo 2)

Indicadores	FA	FR %
Semanal	58	44,6
Mensual	31	23,8
Anual	12	9,2
Diario	5	3,8
Sin datos	24	18,5
TOTAL	130	100

Fuente: Asistente Social encargada y los residentes.

ANÁLISIS: Los indicadores que se utilizaron para ésta variable fueron visitas: diarias, semanal, mensual y anual. En cuanto a los indicadores la mayor frecuencia corresponde al semanal con 44,6%, seguido por visitas mensuales con un 23,8%, referente a las visitas anuales correspondió a un 9,2%; en cuanto a las visitas diarias se corresponde con un 3,8%, cabe destacar que no se obtuvo datos de un 18,5%.

Tabla N ° 13: Procedencia Natal del Residente.

Indicador es	FA	FR %
Pertencientes a la colectividad Española	190	91,8
Otros ¹⁸	17	8,2
TOTAL	207	100

Fuente: Asistente Social encargada y los residentes.

ANÁLISIS: Se observa que los residentes son predominantemente provenientes de España con un 91,7%, encontrando que un 8,2% no provienen de España.

Tabla N ° 14 Distribución de la procedencia natal para la Colectividad Española

Indicadores	FA	FR %
Galicia	144	75,8
Asturias	11	5,8
Castilla	7	3,7
Andalucía	5	2,6
Navarra	4	2,1
Madrid	4	2,1
País Vasco	3	1,6
Aragón	3	1,6
Cataluña	2	1,0
Comunidad Valén	2	1,0
Islas Canarias	2	1,0
Cantabria	2	1,0
Islas Baleares	1	0,5
TOTAL	190	100

Fuente: Asistente Social encargada y los residentes.

ANÁLISIS: Se observa que las provincias de los cuales los residentes son provenientes se destaca Galicia con un 75,8%, seguidos de Asturias con 5,8%, luego por Castilla con 3,7%, Andalucía con 2,6%, luego Navarra y Madrid con un 2,1% cada uno, Aragón y País Vasco ambos con 1,6%, seguidos por Islas Canarias - Cataluña - Cantabria y Comunidad Valen con un 1,0% cada uno de los mismos, Islas Baleares con un 0,5%

¹⁸ Dentro de este indicador son incluidos todos los residentes cuya procedencia no corresponden a España.

Tabla N ° 15 Procedencia anterior del residente antes del Ingreso al Hogar Español. (Ver Gráfico en Anexo 2)

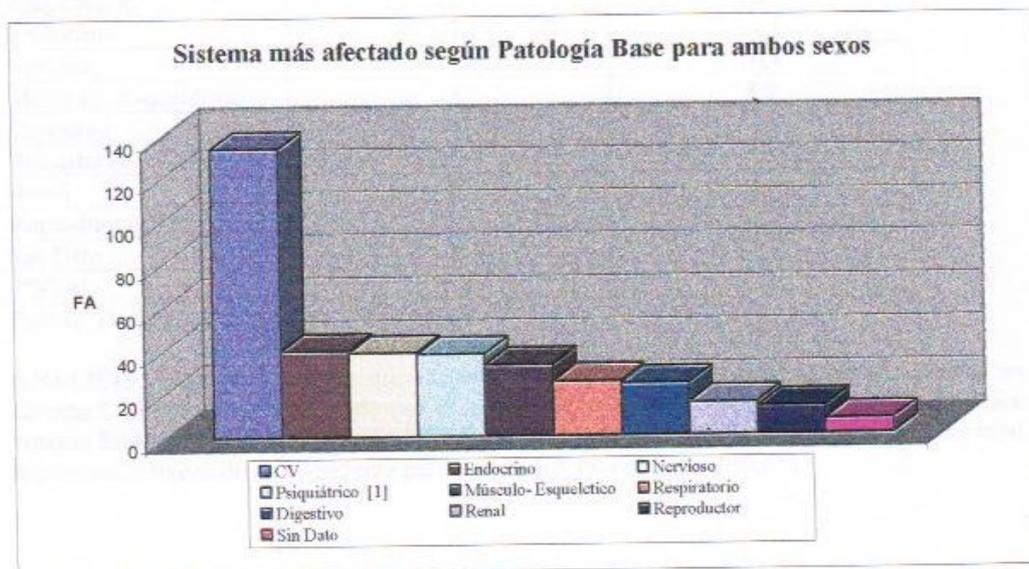
Indicador	FA	FR %
Domicilio	158	76
Casa de Salud	16	8
Centro Asistencial	13	6
Situación de Calle	7	3
Otros	6	3
Sin Dato	6	3
TOTAL	207	100

Fuente: Asistente Social encargada y los residentes.

ANÁLISIS: Podemos destacar que el 76,0% de los residentes antes del Ingreso a la Institución Residían en su domicilio, seguido por un 8,0% que provinieron de casa de Salud y de Centros Asistenciales un 6,0%; un 3,0% son los ancianos que provienen de situación de Calle, sin dato y otros.

ANÁLISIS DE LOS DATOS OBTENIDOS DE LOS RESIDENTES DEL HOGAR ESPAÑOL SEGÚN EL PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

Grafico N° 16 Sistemas más afectados en cuanto a su patología de base en ambos sexos de los residentes (Ver tabla en anexo 2)



Fuente: Historias clínicas de los residentes

ANÁLISIS: Destacamos de la tabla anterior que el número total de sistemas es 361, ya que los residentes tenían más de 1 sistema afectado, se especifica que de los 207 usuarios, 7 permanecieron sin ningún sistema afectado. Basándonos en la estadística nacional en cuanto a la morbi-mortalidad de los Uruguayos vemos que se ve reflejada en los residentes del H. E. ya que el sistema más afectado es el Cardiovascular.

37,1% corresponde al sistema CV; le sigue el sistema Endocrino con un 11,0%, seguido por el SNC con un 10,8% y el Psiquiátrico con un 10,5%.

Tabla N° 17: Sistema más afectado en el Sexo masculino según patología de base. (Ver Gráfico en Anexo 2)

Indicador	FA	FR %
CV	49	32
Respiratorio	21	13,7
Endocrino	17	11,1
Nervioso	16	10,4
Músculo- Esquelético	13	8,5
Digestivo	11	7,2
Psiquiátrico ¹⁹	10	6,5
Renal	10	6,5
Reproductor	5	3,3
Sin Dato	1	0,6
TOTAL	153	100

Fuente: Historias clínicas de los residentes.

Fecha registro

ANÁLISIS: Podemos destacar que de la población estudiada, notamos un incremento en el sistema CV con un 32%, seguido por el sistema Respiratorio con un 13,7%, a continuación el sistema Endocrino con 11,1% y el SNC con un porcentaje de 10,4%; destacando que del total de la población masculina un residente permanecía sin dato con un de 0,6%.

¹⁹ Cabe destacar que nos referimos a afecciones psiquiátricas y no a sistema psiquiátrico.

Tabla N° 18: Sistema más afectado en el Sexo femenino según patología de base. (Ver Gráfico en Anexo 2)

Indicador	FA	FR %
CV	85	39,5
Psiquiátrico ²⁰	38	13
Endocrino	23	10,7
Nervioso	23	10,7
Músculo- Esquelético	20	9,3
Digestivo	13	6
Reproductor	8	3,7
Renal	5	2,3
Respiratorio	4	1,9
Sin Dato	6	2,8
TOTAL	215	100

Fuente: Historias clínicas de los residentes.

Feder registro

ANÁLISIS: Podemos destacar de los datos obtenidos, que el sistema CV ocupa un primer lugar con un 39,5%, seguido por las afecciones Psiquiátrico con un 13%, a continuación el sistema Endocrino y el SNC con un 10,7%, destacando que de la población femenina un 2,8% permanecen sin datos.

Tabla N° 19 Patología de Base mas frecuente en el Sexo Masculino. (Ver Gráfico en Anexo 2)

Indicadores	FA	FR %
HTA	31	18,6
Diabetes	16	9,6
EPOC	13	7,8
AVE	10	6
Sin dato	1	0,6
Otros	97	58,1
TOTAL	167	100

Fuente: Historias clínicas de los residentes.

ANÁLISIS: Los siguientes datos se corresponden a la patología predominante en el sexo masculino se destaca además que el N = a 167 ya que más de un usuario poseía más de una patología de Base, en éste caso se destaca HTA con un 18,6% en segundo lugar Diabetes con un 9,6%; en tercer lugar EPOC con un 7,8%; para finalizar la patología de AVE correspondiente a un 6%. Se destaca además un alto porcentaje de otros que comprende aquellos usuarios que poseían entre una a dos patología de base.

²⁰ Cabe destacar que nos referimos a afecciones psiquiátricas y no a sistema psiquiátrico.

Tabla N ° 20 Patología de Base mas frecuente en el Sexo Femenino. (Ver Gráfico en Anexo 2)

Indicadores	FA	FR %
HTA	64	24,6
AVE	29	11,1
Diabetes	17	6,5
Parkinson	13	5
Sin dato	6	2,3
Otros	137	52,7
TOTAL	260	100

Fuente: Historias clínicas de los residentes.

ANÁLISIS: Patología predominante en el sexo femenino, en éste caso se destaca HTA con un 24,6% en segundo lugar AVE con un 11,1 %; en tercer lugar la Diabetes con un 6,5%; para finalizar la patología de Parkinson correspondiente a un 5%. Se destaca además un alto porcentaje de otros que comprende aquellos usuarios que poseían entre una a dos patología de base.

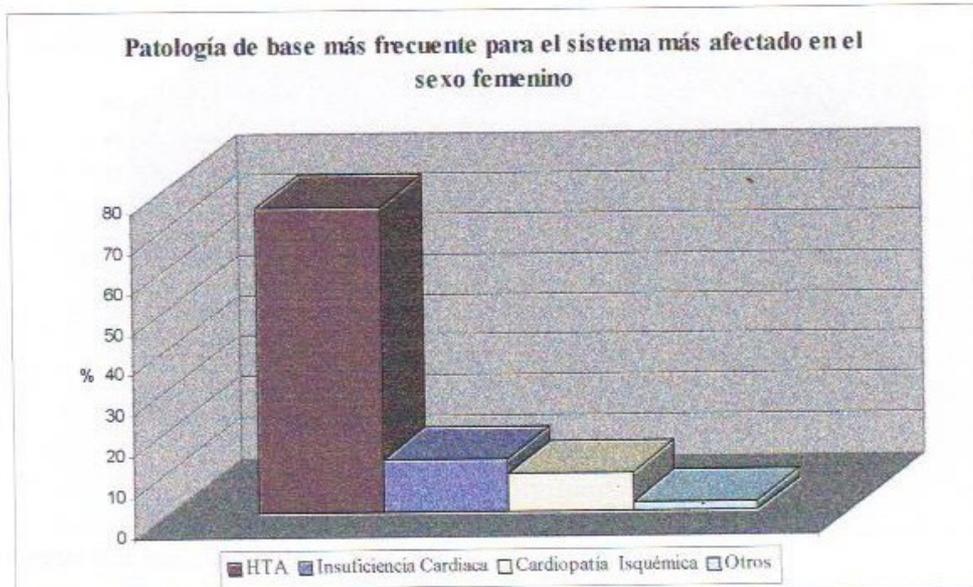
Gráfico N ° 21 Patología de base más frecuentes en el Sistema más afectado para el Sexo Masculino. (Ver tabla en anexo 2)



Fuente: Historias clínicas de los residentes.

ANÁLISIS: En esta tabla, podemos destacar que el sistema CV predomina como lo mencionamos anteriormente con la patología más frecuente que es la HTA con un 67,4% seguido por Cardiopatía Isquémica con un 19,6%; y para finalizar tenemos la patología de Insuficiencia cardíaca con un 13,0%.

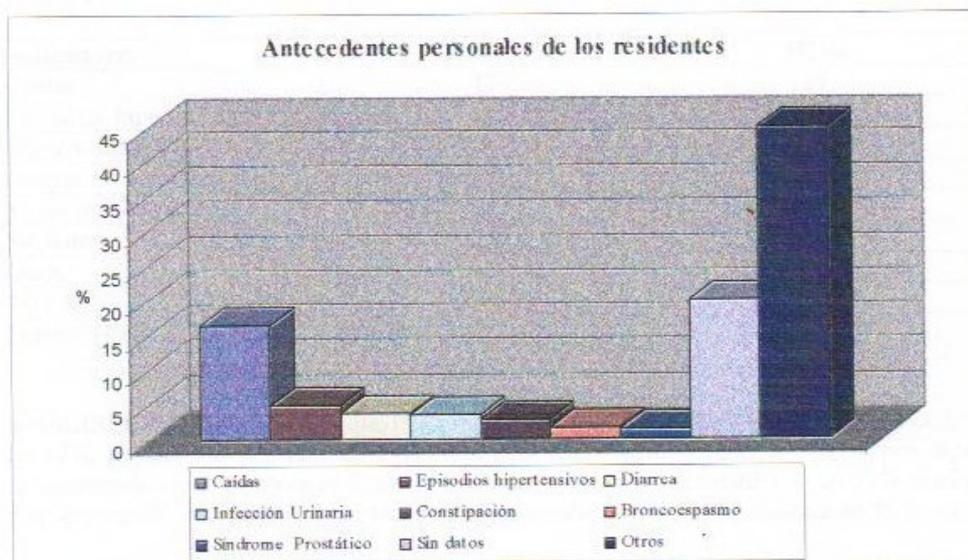
Gráfico N° 22 Patologías de base más frecuentes en el Sistema más afectado para el Sexo Femenino. (Ver tabla en anexo 2)



Fuente: Historias clínicas de los residentes.

ANÁLISIS: Igualmente, podemos destacar que el sistema CV es el predominante y la patología de mayor frecuencia es HTA con un 75,3%; seguido de Insuficiencia Cardíaca con un 13% y para finalizar la patología siguiente es la Cardiopatía Isquémica con un 9,4%, y destacando como otras patologías con un 2,3%.

Gráfico N° 23 Antecedentes Personales de los residentes. (Ver tabla en anexo 2)



Fuente: Historias clínicas de los residentes

ANÁLISIS: Se puede observar en la tabla que las caídas 16,5 % han afectado mayormente a los residentes, seguidos por episodios hipertensivos 4,9%, luego diarrea con 3,8%, después infección urinaria con 3,8%, constipación con 2,8%, broncoespasmo con 1,7%, con un 45% se encuentra el resto de los antecedentes personales y destacando que el 20% de la población permanecían sin datos.

TABLA N° 24 Distribución de Antecedentes Personales para el Sexo Masculino. (Ver Gráfico en Anexo 2)

Indicadores	FA	FR %
Caídas	17	17
Episodios hipertensivos	6	6
Bronco espasmos	5	5
Diarrea	4	4
Síndrome Prostático	4	4
Sin datos	25	25
Otros	39	39
TOTAL	100	100

Fuente: Historias clínicas de los residentes

ANÁLISIS: Se puede apreciar que mayoritariamente las caídas han afectado a los hombres con un 17%, seguido por los episodios hipertensivos con 6%, luego con un 5% bronco espasmos, compartiendo igual porcentajes con un 4% diarrea y síndrome prostático, y un 39% corresponde a la agrupación del resto de los antecedentes personales ocurridos, se destaca un 25% sin datos.

TABLA N° 25 Distribución de Antecedentes Personales para el Sexo Femenino. (Ver Gráfico en Anexo 2)

Indicador	FA	FR %
Caídas	30	16,3
Infección urinaria	10	5,4
Constipación	8	4,3
Episodios hipertensivos	8	4,3
Diarrea	7	3,8
Sin datos	32	17,4
Otros	89	48,4
TOTAL	184	100

Fuente: Historias clínicas de los residentes

ANÁLISIS: Las caídas ocupan el primer lugar con un 16,3% , luego la infección urinaria con 5,4%, seguido con un 4,3% la constipación y los episodios hipertensivos respectivamente, diarrea con un 3,8%, el resto de los antecedentes se encuentra con un 48,4% y un 17,4% corresponde a la falta de datos.

ANÁLISIS

Del proceso de investigación llevado a cabo en el hogar español, y el estudio de una población de 207 residentes en el periodo enero – junio 2003 se obtuvo que:

Del perfil social de la población podemos determinar que al discriminar la población según el sexo, el mayor porcentaje corresponde al sexo femenino con un 61,4% y que el porcentaje de hombres es de un 38,6%. El índice de masculinidad se determinó en un 63% lo cual nos estaría indicando aproximadamente que por cada dos hombres hay tres mujeres.

Referente a la edad de los residentes encontramos que más del 96% son adultos mayores y el resto de la población (que comprende edades entre 50 y 60 años) son excepciones que se han hecho, dado que son residentes que mantienen algún vínculo familiar con alguno de los adultos mayores.

Para hacer un análisis más detallado determinamos el porcentaje según la edad en tercera y cuarta edad, como resultado un 82,1% corresponde a la cuarta edad y un 17,8% a la tercera edad (entendiendo por tercera edad a los adultos cuya edad abarca entre los 65 y 74 años, y los de cuarta edad a los adultos en la senilidad cuya edad se considera a partir de los 75 años).

La media de edad se encontró en 87,9 años y clasificados en intervalos de amplitud encontramos que el porcentaje de residentes tiene entre 80 y 84 años. Para hacer un análisis más completo tendríamos que incluir la relación de dependencia demográfica, la cual nos determina la relación entre los menores de 15 años mayores de 65 años, y que nos muestra que la población uruguaya se caracteriza por alto índice de ancianidad. Se ha podido determinar que dicha población presenta una estrecha similitud con la población de nuestro país, al comparar nuestros datos con los datos para la población general según Instituto Nacional de Estadística (ver anexo 1). El envejecimiento poblacional en el Uruguay se explica al observar la transición demográfica, la cual en un principio tuvo un proceso de crecimiento elevado reflejado en una fecundidad alta, en la que a comienzos del siglo XX el valor de tasa global de fecundidad era cerca a 6, al año 2000 llega a valores 2,3 hijo por mujer. Esto explica la reducción en la tasa bruta de natalidad. Con relación a la mortalidad general el descenso de la misma está dado por: la evolución en el conocimiento científico y la ciencia médica aplicadas al área de la salud, también con el desarrollo económico, y social. Por ejemplo la declinación en la mortalidad por las enfermedades infecciosas asociadas a medidas profilácticas, el surgimiento de los antibióticos e inmunizaciones, mejoras en el servicio de agua corriente, ejecución de plan de saneamiento, llevaron las cifras que en 1900 representaban el 36% al año 2000 a un 2,1%. Esta disminución en la mortalidad a través de una mejora en el área de la salud, en el desarrollo económico y social lleva a un aumento en la esperanza de vida al nacimiento en el cual para el año 2000 el promedio para mujeres es 78,5 años y para varones 70,6 años, los cambios de disminución en la fecundidad, disminución mortalidad, aumento en la esperanza de vida han llevado al envejecimiento poblacional observándose que a principios del siglo XX había 16 jóvenes por cada adulto mayor, en la actualidad hay solamente dos.

Referente a la cobertura de salud se determinó que el 100% de los residentes presentan cobertura de salud, correspondió un 99% al sector privado y un 1% al sector público (MSP). El 96,5% de los residentes están asociados al servicio mutual de origen español, determinándose un 65,4% para asociados a Casa de Galicia y un 31,2% a la Asociación Española.

En lo que respecta al estado civil de los residentes encontramos que el 75,8% no poseen pareja (compuesta por viudo 44,9%, soltero 15,4%, divorciado 11,6% y separado 3,9%) y un

23,1% que si poseían pareja (compuesto por: casados 15,4% y unión libre 7,7%), destacándose un 1,4% de residentes que viven con su pareja. En cuanto al alto porcentaje de residentes que no tienen pareja, si en lugar de vivir en el hogar cada uno viviera en una casa particular, formarían parte de la mayor proporción de los ancianos de nuestro país que son los que viven solos.²¹

Del índice de alfabetización de los residentes destacamos que el 86% (178 residentes) son alfabetos, de los cuales 108 residentes (52,2%) presentan primaria incompleta, y 46 residentes (22,2%) primaria completa. Con relación al sexo las mujeres presentaron mayor índice de alfabetización que los hombres (un 92,9% frente a un 86,3% respectivamente).

El índice de alfabetización de los residentes encontramos que está estrechamente relacionado con las características de los mismos, ya que se trata de una población emigrante, que su motivo de emigración principal fue las dificultades económicas que vivían, que se caracterizaban por emigrar jóvenes y que los primeros en inmigrar eran los hombres lo cual les permitía a las mujeres mas tiempo para formarse.

En cuanto a la ocupación hemos tomado el esquema de clase de Goldthorpe²² que desempeñaron encontramos que un 46,8% eran empleados y un 36,2% fueron trabajadores independientes, patrones, y en el caso de las mujeres ama de casa. Esto se comparte con las características de todos los emigrantes de España; cuando los españoles llegaban a Montevideo comenzaban a trabajar en servicios y en los negocios de la familia que ya había emigrado.

Referente a la procedencia de origen encontramos que casi el 92% de los residentes provienen de la colectividad española, esto muestra que pesc a ser un hogar para españoles a recibido a otras personas que no nacieron en España. De la colectividad española encontramos que predominantemente provenían de Galicia con un 75,8%, seguido por la provincia de Asturias con un 5,8%, luego Castilla con 3,7%, luego Andalucía con 2,6%, el resto de las provincias componen 12%.

En lo que respecta al vínculo entre los residentes y sus familias, encontramos que el 78,7% tiene familia. De ese total (compuesto por 163 residentes) casi el 80% son visitados por su familia y la frecuencia de visitas se distribuye en mayor porcentaje semanal 44,6%, seguido de visitas mensuales 23,8%, anuales 9,2 y diarias 3,8%.

En cuanto al perfil epidemiológico de la población estudiada según la patología de base encontramos que aparece afectado con mayor frecuencia el Sistema Cardiovascular con un 37,1% del total de los sistemas afectados, pero si analizamos sobre el total de la población da una proporción del 66,2%.

Al Sistema Cardiovascular lo siguen las afecciones al Sistema Endocrino con un 11,1% el Sistema Nervioso Central con un 10,8% y las afecciones psiquiátricas con un 10,5%. Cabe destacar que las afecciones psiquiátricas se analizaron de forma independiente del Sistema Nervioso Central dado la dimensión del sistema y a fin de poder diferenciar dentro del mismo las afecciones psicológicas (trastornos mentales y del comportamiento) y afecciones biológicas (estructurales y metabólicas).

Creemos conveniente destacar que estos resultados presentan gran similitud con las principales causas de muerte en los adultos mayores de nuestro país (ver anexo 5.) Pero también queremos hacer una reflexión sobre la transición epidemiológica de nuestro país ya que a fines del siglo pasado la principal causa de muerte eran las enfermedades infecciosas, y en escasa magnitud las enfermedades cardiovasculares, pero con el pasar de los años se reinvierte la

²¹- Progreso económico y social en América Latina "América Latina frente a la desigualdad" Banco Internacional de Desarrollo. Washington D. C. Informe 1998 - 1999

²²- Rosemary Crompton. Clase y Estratificación Una introducción a los debates actuales. Editorial Tecnos Madrid 1994

situación, llegando a ser hoy día las principales causas de muerte las enfermedades cardiovasculares y pasando al séptimo lugar las enfermedades infecciosas.

Al discriminar los sistemas afectados según el sexo encontramos que en ambos, el más frecuente es el cardiovascular, pero el segundo sistema con mayor frecuencia de afección en los hombres es el Sistema Respiratorio y en las mujeres son las afecciones psiquiátricas. En relación a los sistemas afectados en tercer y cuarto lugar para ambos sexos coinciden siendo los Sistemas Endocrino y Nervioso Central.

Las patologías de base que presentan los residentes coinciden en su mayoría tanto en hombres como en mujeres pero en diferente orden de frecuencia. Mientras que los hombres presentan hipertensión arterial (HTA), diabetes, Epoc, y accidente vascular encefálico (AVE) (en orden de mayor a menor) las mujeres presentan hipertensión arterial, accidente vascular encefálico, diabetes, parkinson; si analizamos las proporciones que representan esas patologías en el número de personas por cada sexo, vemos que HTA representa un 50% del total de mujeres y un 38,7% para los hombres, la diabetes le representa un 20% del total de hombres, mientras que a las mujeres un 13,4%, el AVE le representa un 22,8% a las mujeres y un 12,5% a los hombres.

Para realizar un análisis más profundo se tomó el sistema afectado más frecuente para hombres y mujeres siendo el Sistema Cardiovascular, y se determinó cuáles eran las patologías que lo componían. Como resultado obtuvimos que en ambos sexos las patologías eran las mismas (HTA, cardiopatía isquémica e insuficiencia cardíaca) pero con diferentes frecuencias. La HTA apareció en primer lugar para ambos sexos, pero mientras que en los hombres era seguida por la cardiopatía isquémica y luego por la insuficiencia cardíaca, en las mujeres nos dio primero insuficiencia cardíaca seguida por cardiopatía isquémica.

La tasa de prevalencia de HTA nos da 458,9 por mil (ver anexo 4)

En referencia a los antecedentes personales que presentaron los residentes solo los episodios hipertensivos que ocuparon el segundo lugar mantuvieron relación con los sistemas más afectados y las patologías de base. El resto de los antecedentes personales (incluyendo la primer causa) no mantuvieron relación con los sistemas más afectados y las patologías de base de la población. Obtuvimos como primer antecedente personal las caídas con un 16,5%, seguido de episodios hipertensivos y en sucesión del tercer al séptimo lugar, diarreas, infección urinaria, constipación, bronco espasmos y síndrome prostático.

La tasa de incidencia para caídas nos da 227,0 por mil (ver anexo 4)

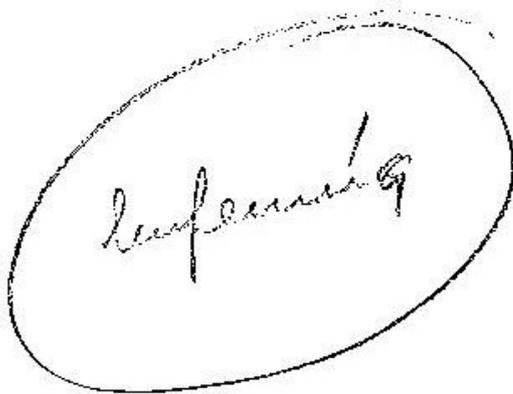
La distribución de antecedentes personales según sexo, nos dio para ambos la primer causa caídas, pero el resto de los antecedentes no mantuvieron concordancia para ambos sexos. Al determinar la proporción para las caídas a cada sexo nos dio casi la misma relación (para hombres 21,2% y para mujeres un 23,6%)

CONCLUSIONES

Una vez finalizada la investigación podemos concluir que han sido alcanzados los objetivos propuestos de la investigación realizada y de los datos analizados.

Se concluye que:

- El mayor número de residente se encuentra en la cuarta edad, lo cual nos indica que a mayor edad mayor nivel de sobrevivencia (media de edad 88,7 años)
- La relación que existe entre hombres y mujeres en el hogar es similar a la de los adultos mayores del país, habiendo por cada dos hombres, tres mujeres.
- Al igual que las cifras estadísticas del país, en el Hogar Español, hay un alto porcentaje (la gran mayoría) de los ancianos que no tiene pareja.
- Del total de los residentes el 79% poseen familia y del mismo total el 80% son visitados por los mismos, principalmente con una frecuencia semanal lo cual nos indica que los residentes mantiene vínculo familiar.
- El índice de alfabetización es elevado siendo mayor en el sexo femenino.
- Las principales patologías de base que presentan los residentes coinciden con las principales causas de morbi-mortalidad de nuestro país, para la población adultos mayores.
- Esta población es reflejo de la transición epidemiológica de nuestro país.
- Los antecedentes personales que los residentes presentaron en el periodo de estudio no concuerdan con las patologías de base que presentan los mismos.
- Cabe destacar que el antecedente personal de mayor frecuencia en toda la población son las caídas, desconociéndose su causa ya que no se contó con un registro claro al respecto.



SUGERENCIAS

A través de la investigación desarrollada se sugiere :

- Dadas las complejas características del adulto mayor consideramos de suma importancia la presencia de Profesionales en Enfermería, para que del mismo modo se pueda llevar a cabo un cuidado integral y profesional como lo amerita la situación.
- Se considera elaborar e implementar protocolos de cuidados para los residentes a fin de mejorar la calidad de asistencia.
- Elaborar e implementar programas y planes de cuidados sobre las afecciones mas frecuentes en los residentes para mejorar la calidad asistencial y de vida de los residentes.
- La importancia que la información que se ha manejado en esta investigación sirva como referencia para futuras investigaciones además de la promoción y prevención de salud de los residentes.
- Actualizar de forma continua la base de datos proporcionada por el Instituto Nacional de Enfermería .
- Mejorar la calidad en los registros en las historias clínicas (médicos, enfermería).
- Realizar una actualización continua de la valoración geriátrica del nivel de dependencia a la totalidad de los residentes ya que los datos existentes no se encuentran actualizados.
- Registrar en forma rigurosa los episodios de caídas en tiempo y forma en las hojas correspondientes.
- Llevar a cabo un seguimiento poblacional a través de un estudio de cargas de enfermedades.

BIBLIOGRAFIA

- Anierte Hernandez N. El proceso del envejecimiento. Papel de la enfermera ante las necesidades del anciano [en línea] 2001
Disponible en: http://www.aurasalud.com/Articulos/Art_enfermeria/proceso_envejec.htm
[fecha de acceso 16 junio 2003]
- Damonte A. M.. Variables estadísticas relevantes durante el siglo XX [en línea]
Disponible en: <http://www.ine.gub.uy/biblioteca/variable%20siglo%20xx/varsxx.htm>
[fecha de acceso 3 mayo 2003]
- De Nicola, Pietro. Fundamentos de Gerontología y Geriatria. Barcelona: Jims; 1988.
- Gutierrez J., Pérez T., Fernández M., Alonso M., Solano J.J. ¿Qué dificultades encuentra el anciano en la vida diaria? [en línea] 2002
Disponible en: <http://www.ucm.es/info/fmed/medicina.edu/Geriatria/dificultades.htm>
[fecha de acceso 16 junio 2003]
- Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación. México Mc Graw-Hill Interamericana; 1996.
- Jenicek M, Cléroux R. Epidemiología principios técnicas aplicaciones. Barcelona Salvat; 1987.
- Lincoyan Portus. Curso practico de Estadística. 2º edición. Intramericana. 1988
- Manito G. Situación de la población mayor en Uruguay [en línea] 1998
Disponible en: <http://www.redadultomayores.com.ar/uruguaysituacion.AM.htm>
[fecha de acceso 16 junio 2003]
- Moulia M., Garcia V., Bacciu D., Nieto C., Peralta M. Prescripciones en Geriatria en Uruguay [en línea] 2001.
Disponible en: <http://www.boletinfarmacos.org/092001/investigaciones072001B.htm>
[fecha de acceso 16 junio 2003]
- Murillo N. Medicina Preventiva y Social. 2º edición. Montevideo: Oficina del Libro AEM; 1999.
- Normas de Vancouver [en línea] disponible en:
<http://www.terra.es/personal/duenas/vanco.htm> [fecha de acceso 3 mayo 2003]
- O:M:S Problemas de Salud Mental del Envejecimiento y la Vejez. 3º edición. Buenos Aires: Humanitas; 1983
- Ortiz J., Bechich S.; Aguas M.; Aleaez F.; Sánchez P. ¿Por qué llevamos a los ancianos a la residencia? [en línea] 2002
Disponible en: <http://www.ucm.es/info/fmed/medicina.edu/Geriatria/ancianos.htm>
[fecha de acceso 16 junio 2003]

- Pineda E.B., De Alvarado E.L, Hernandez de Canales F. Metodología de la investigación. 2º edición. Organización Panamericana de la Salud; 1994
- Polit, H. Investigación científica en ciencias de la salud. 6º edición. México: Interamericana; 2000
- Samuelle C. Nuestros Gallegos. Montevideo: Nuestra Tierra; 1990. Colección Nuestras raíces Nº2
- Sentis J., Pardoll H., Cobo F. Manual de Bioestadística. 2º Edición. Barcelona: Masson ; 1995
- Verinelli Juan C., Nowinski A., Haretche A., Roitman B. La Salud de los Uruguayos. Edición Nordan Comunidad. Uruguay 1994.
- Villa M, Rivadeneira L. El proceso de envejecimiento de la población de América Latina y el Caribe: una expresión de la transición demográfica [en línea] 2000 Disponible en: <http://www.eclac.cl/Celade/pobydes/Envejecimiento00e.htm> [fecha acceso 4 julio 2003]
- Progreso Económico y Social en América Latina. "América Latina frente a la desigualdad" Banco Interamericano de Desarrollo. Washington D.C. . Informe 1998 - 1999
- El aporte del médico en atención primaria al cuidado de los ancianos en la comunidad. [en línea] Disponible en: http://escuela.med.puc.cl/paginas/udas/Geriatria/Ggeriatria_Manual/Geriat_M_42 [fecha de acceso 4 julio 2003]

ANEXOS

ANEXO 1	-----	Protocolo
ANEXO 2	-----	Tablas pertenecientes a gráficos
ANEXO 3	-----	Entrevista
ANEXO 4	-----	Instrumento
ANEXO 5	-----	Población total y distribución según sexo y edades en adultos de 65 y más años en Uruguay. Cálculos de proporciones Cálculos de Tasas
ANEXO 6	-----	Principales causas de muertes en nuestro país

ANEXO-1

UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
Instituto Nacional de Enfermería
Dpto. Adulto y Anciano
Prof. Adj. Dr. Jorge Venegas

PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el perfil social y epidemiológico de los ancianos del Hogar Español
en el período comprendido entre enero – junio 2003?

Braida Laura
Caballero Leidi
Da Rosa Evelin
Rivero José
Valiente Lorena

Montevideo, 29 de julio de 2003

INTRODUCCIÓN

Esta investigación se llevará a cabo por cinco estudiantes de la carrera Licenciatura en Enfermería, cursando cuarto ciclo, del Plan '93 del Instituto Nacional de Enfermería, (asimilado a Facultad), ubicado en el Hospital Universitario Dr. Manuel Quintela. La misma será orientada por el Departamento de Salud del Adulto y el Anciano, tutorada por el Prof. Adj. Dr. Epidemiólogo Jorge Venegas.

Dicha investigación se realizará atendiendo una exigencia curricular con base en un interés grupal sobre el tema de la tercera edad, motivo por el cual aceptamos la propuesta que demandaba el Hogar Español acerca de un diagnóstico actual sobre las características de su población. Nos sentimos incentivados con la población elegida al ser un tema importante ya que es el sector carente predominante en nuestro país, y por ser un área que en la enfermería tiene un amplio campo a desarrollar.

Este tema enmarca su relevancia debido a que Uruguay es el país más envejecido de América Latina. Según el último Censo Nacional de la Población Uruguaya realizado en el año 1996, muestra que el 17% de su población es mayor de 60 años, teniendo un 13% mayor de 65 años, estas cifras se elevan un 19% y un 14% respectivamente en la ciudad de Montevideo, la que concentra un 47% de los adultos mayores del país. El 40% de los adultos mayores uruguayos tienen más de 75 años, que los sitúa en el grupo de mayor vulnerabilidad.

El Hospital Hogar Español es el segundo hogar con mayor capacidad instalada (dato obtenido por el Sociólogo Ricardo Alberti, encargado de geriatría y gerontología del MSP) que acoge a la ancianidad española sin recursos, y fue fundado el 13 de noviembre de 1964. Es una institución privada que se encuentra ubicada en Avda. de las Instrucciones 981 (Montevideo), y actualmente acoge a 208 ancianos y cuenta con el apoyo de la comunidad gallega preocupada por el futuro de los españoles validos.

Es un estudio descriptivo, cuantitativo que se centra en conocer las características socio-epidemiológicas de la población en estudio, en el período comprendido entre enero y junio de 2003. Para el análisis se determinaron las siguientes variables: sexo, edad, procedencia de origen, lugar de residencia, cobertura de salud, nivel de instrucción, estado civil, patología de base, antecedentes de personales, relación familiar, ocupación.

FUNDAMENTACIÓN

Este estudio de investigación es de gran interés dado que involucra a los ancianos, sector etario que predomina en nuestro país con 13 % (cifras obtenidas del Instituto Nacional de Estadística en el último censo de 1996).

El estudio se realizó en el Hogar Español, debido a la demanda del mismo, el cuál no presenta un diagnóstico, ni una base de datos completa y actualizada que le permita conocer a sus residentes.

Enmarca un interés de cumplir con un requisito curricular del cuarto ciclo, del Plan '93 de la carrera Licenciatura en Enfermería, del Instituto Nacional de Enfermería, (asimilado a Facultad), ubicado en el Hospital Universitario Dr. Manuel Quintela.

En nuestro país a pesar de existir numerosos trabajos específicos (*) con adultos mayores, los esfuerzos han sido escasos y descoordinados, se carece de sistemas eficientes de control de calidad (**) o de legislación (***).

Es de importancia realizar nuestra investigación en dicha institución para que a través de la base de datos obtenida y el conocimiento sobre la situación de salud en dicha institución, pueda contribuir a la elaboración de futuros proyectos asistenciales, de prevención y promoción de cuidados de salud específicos para los ancianos, para así implementar planes estratégicos para una mejor calidad de atención siendo de este modo los beneficiarios los propios residentes del Hogar Español.

Valoramos nuestro estudio dado que no requiere de costos elevados, se necesitan pocos recursos humanos y materiales por lo que resulta una investigación económica; se obtienen resultados sencillos e importantes en un período breve resultando muy operativo.

(*) Estudios realizados por el MSP, INDI, INSADE, Programa Ancianidad del MSP; los mismos fueron realizados en diferentes instituciones tales como: Hogar Español, Hospital Hogar Puleyro del Campo y diferentes Instituciones Públicas y Privadas como por ejemplo el Hogar Judío.

(**) El MSP cuenta con dos funcionarios de inspección a nivel nacional, los cuales se ven desbordados debido a la gran demanda de Hogares y residencias en la R.O.U.(República Oriental de Uruguay)

(***) Ley N° 1766 aprobado por el Parlamento en el año 1999, la cuál se ejecutará por el MSP por las diferentes instituciones: BPS, Facultad de medicina Asociaciones de jubilados, etc.

PROBLEMA

¿Cuál es el perfil social y epidemiológico de los ancianos del Hogar Español en el período comprendido entre enero – junio 2003?

OBJETIVOS

Objetivos Generales:

- Realizar un diagnóstico del Hogar Español y sus residentes.
- Conocer el perfil epidemiológico de los ancianos del Hogar Español en el período enero – junio 2003.
- Conocer el perfil social de los ancianos del Hogar Español en el período enero – junio 2003.

Objetivos Específicos:

- Conocer la incidencia y prevalencia de morbilidad de todos los residentes del Hogar Español.
- Conocer datos epidemiológicos de todos los residentes del Hogar Español (edad, sexo, procedencia, nivel de Instrucción, estado civil, cobertura social, morbilidad con su distribución por sexo y edad).

MARCO TEORICO, CONCEPTUAL Y REFERENCIAL

EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO

El envejecimiento es un proceso que se desarrolla gradualmente entre los individuos y en el colectivo demográfico. Las personas envejecen a medida que en su tránsito por las diversas etapas del ciclo de vida ganan en años; en cambio, una población envejece cada vez que las cohortes de edades mayores aumentan su ponderación dentro del conjunto. Si bien la edad parece el criterio más apropiado para acortar el envejecimiento, la determinación de un valor numérico preciso siempre tendrá arbitrariedades.

La naturaleza sociodemográfica del envejecimiento de la población estriba en sus raíces sociales, económicas, políticas y culturales. Sus efectos entrañan desafíos a la estructura, las funciones y el desarrollo de las sociedades. Este impacto multifacético del envejecimiento motiva la exploración de sus tendencias y antecedentes más cercanos.

A medida que envejecemos somos más susceptibles a las enfermedades.

Cuando los cambios físicos experimentados en la edad avanzada, se produce un cambio moderado, se denominan envejecimiento normal, pero cuando estos cambios se vuelven exagerados o extremos se denominan enfermedades crónicas.

El envejecimiento no es un proceso de causa única sino el resultado de una compleja asociación de interacciones estructurales y funcionales entre lo biológico-mental y socio ambiental. Es decir entre lo genético y social adquirido. Lo genético programa y determina el proceso del envejecimiento en las especies vivas, de aquí su regularidad y su inevitabilidad actual, lo social influencia las modalidades de los grupos sociales y en los individuos.

Las características mayores del envejecimiento individual en el mundo animal, incluyendo al hombre, es la pérdida progresiva de adaptación a todas las situaciones ecológicas corrientes en la vida social humana:

- "menor capacidad de adaptación"
- "menor capacidad inmunológica"
- "menor capacidad defensiva contra los riesgos"
- "capacidad de recuperación en disminución progresiva"

El cuerpo humano está formado por dos constituyentes: las células, que son capaces de dividirse o incapaces del mismo y el tejido conectivo intercelular, cuyos principales componentes son las proteínas fibrosas denominadas colágeno y elastina. A medida que envejecemos, las moléculas de colágeno y elastina, normalmente plegables, forman enlaces cruzados y de este modo se vuelven más rígidas. Este fenómeno es responsable de los claros signos de envejecimiento, como las arrugas de la piel.

De acuerdo a lo que mencionamos anteriormente existen diferentes teorías en el ámbito Biológico, las mismas son:

1. Deterioro al Azar: Los errores acumulados en la capacidad de nuestras células para producir proteínas constituyen la causa principal del envejecimiento y la muerte.
2. Deterioro celular: La vejez como el crecimiento está específicamente programada y calculada, sin embargo se considera sobre diferentes localidades de nuestro temporizador del envejecimiento y su momento de activación y funcionalidad.

El envejecimiento puede ser el resultado de un fallo de la célula en la traducción del ARN necesarios, como consecuencia del número cada vez mayor de desapariciones de ADN. Algunos segmentos de estos pueden agotarse a medida que avanza la edad o bien que en estructuras celulares seleccionadas parecen cambiar con la edad con lo cual la transcripción del ADN se ve limitada.

3. Teoría de la Temperatura: Las reacciones químicas en los sistemas vivos son más lentas a temperatura más bajas, y se aceleran con temperaturas más elevadas.

Los seres vivos deberían vivir a un ritmo más lento si sus temperaturas corporales estuvieran a cinco grados Celsius por debajo de la temperatura habitual, se esperaría que los seres vivos vivieran 20% más que ahora.

El envejecimiento en los seres humanos no puede ser tratado como un mero proceso biológico o como una fatalidad irreparable; nosotros somos al mismo tiempo biológico, cultural, mental y social, de tal modo que debemos analizar el proceso del envejecimiento y sus representaciones sociales desde todos estos puntos de vista. Entonces situaremos el contexto de una interrelación dinámica entre la persona que envejece, su ambiente inmediato y su ambiente político, económico y social. Como por ejemplo, nivel de vida, modo de vida, calidad de vida.

Los signos y el curso del envejecimiento varían con estas asociaciones, también varían las percepciones y las representaciones de los individuos y las sociedades del proceso.

Para la sociedad los "viejos" son molestias por que no saben lo que dicen, para los economistas son improductivos y constituyen una pesada carga para la sociedad, los mismos "viejos" tienen una visión de ellos mismos y no solo lo aceptan, si no que no hacen nada para cambiarla, no demuestran que aun son activos y que forman parte de la sociedad como todos los demás.

En nuestra sociedad se asocia la "persona anciana" con la de "jubilado", lo cual agrava el proceso del envejecimiento si se trata de una persona aún activa y en buenas condiciones físicas y mentales.

Los jubilados aún cuando no sean incapacitados, cambian de rol y de estatus en la sociedad; se les considera como presuntos inválidos, lo cual tiene un efecto de envejecimiento.

La pérdida de la situación de actividad va aparejada a una especie de aislamiento social, de soledad y de humillación que se expresa críticamente en el proceso lineal del envejecimiento, tanto en lo físico, como en lo mental y lo sexual.

En lo que refiere al ámbito psicosociológico también existen diferentes teorías, las mismas son:

- 1) Teoría del Desligamiento: se contempla como un proceso inevitable en el que mucha de las relaciones entre una persona y otros miembros de la sociedad se rompe, se recupera y se altera la calidad de lo que se mantiene.
- 2) Teoría de la Actividad: El proceso del envejecimiento deja la persona mayor sola o aislada de sus conocidos y amigos, por lo tanto hay que animarlos a que permanezcan activos y establezcan diferentes relaciones con otros de su mismo grupo etario. Se resalta la importancia de mantener la actividad social con el fin de que los adultos Mayores desarrollen un concepto más de sí mismo. Dicho concepto va a estar relacionado por los roles desempeñados por cada uno.
- 3) Teoría del Curso de la vida: Según Havighurst (1972) refiere que si las personas mayores desean experimentar satisfacción al final de la vida, han de completar con éxito las diferentes tareas como: adaptación al empeoramiento de la salud y disminución de la fuerza física, a la vida con disminución de los ingresos, a la muerte del conyugue, los miembros de la familia y otros seres queridos, a diferentes formas de vida de las que no ha estado acostumbrado y los placeres que acompañan al envejecimiento como mayor tiempo de ocio.
- 4) Teoría de la Continuidad: Es una estrategia de adaptación para enfrentarse a los cambios que se producen durante el envejecimiento normal, como se adaptan las personas al propio envejecimiento.

La premisa central de esta teoría es que los Adultos Mayores intentan conservar y mantener las estructuras internas y externas mediante estrategias que mantengan la continuidad.

Es importante reconocer las manifestaciones de dependencia que puedan presentarse en el anciano y que impidan el aprendizaje o que dificulten la adaptación a su nuevo estado de jubilado, por ello se deberá vigilar y controlar los posibles problemas originados por la falta de motivación, disminución sensorial, depresión, falta de interés, debilidad psicomotriz y disminución de la capacidad de aprendizaje, por otro lado deberán vigilarse también las dificultades originadas por problemas psíquicos, demencia, estrés y dolor.

SINTESIS DE LA SITUACION DE LOS ADULTOS MAYORES EN EL URUGUAY

En cuanto a la evolución de la proporción de personas, en la población total, basándonos en datos epidemiológicos desde el año 1908 hasta 1995 notamos un incremento notable con los siguientes datos, en el sexo masculino pasó de un 2,50% a un 10,40%; con respecto al sexo femenino pasó de un 3% a un 14%, observándose de este modo un mayor incremento en el sexo femenino; Fuente: Información recabada del INE.

El 40% de los mayores de 65 años vive en hogares nucleares, en los que los demás ocupantes son familiares directos. Del 60% restante, el 73% viven en hogares extendidos o compuestos, y solo el 27% viven en hogares unipersonales.

De ese total de personas que viven solas, el 92% están en zonas urbanas y solo el 8% viven en área rural. El 14% de los adultos mayores no percibían ingresos (y de ellos casi el 90% eran mujeres). Si bien los ingresos del 86% restantes en su mayor parte no son suficientes para satisfacer sus necesidades básicas, el número de mayores de 65 años que viven en hogares con necesidades básicas insatisfechas ha ido decreciendo en los últimos años. Otro elemento que distingue a Uruguay entre el resto de los países, es que la diferencia entre la esperanza de vida de las mujeres y la de los hombres es de las más altas, junto a Argentina, México y Venezuela.

En cuanto al estado civil de la población mayor de 60 años, prácticamente el 50% es casada y el 28% es viuda. A medida que aumenta la edad, disminuye la proporción de casados/as y aumenta la de viudos/as. Los hombres mayores de 60 años, la proporción de casados es de 67% y de viudos el 10%. Esta situación es totalmente distinta de las mujeres, de las cuales el 37,3% es casada y el 43% es viuda.

Lo que respecta a la cobertura de salud casi un 93% de la población mayor de 60 años tiene cobertura normal de salud, y en su mayoría lo tiene a través de mutualista (59,5%), y en segundo lugar utiliza los servicios que brinda el MSP el 28,3%. La población que accede a los servicios de mutualista es menor en el área rural, produciéndose mayor utilización de las instalaciones del MSP. Al analizar la cobertura por sexo se observan que los hombres poseen mayor cobertura que las mujeres. Por otra parte, las mujeres, registran un mayor uso de servicio mutual con relación a los hombres de iguales edades.

Referente al nivel de actividad, considerando la población mayor de 65 años del total del país, el 14,6% de la misma pertenece a la Población Económicamente Activa (PEA). El nivel de actividad difiere según el área geográfica, en el área rural, el 32% pertenece a la PEA, en el área urbana solo es el 13,2%. El nivel de actividad de los hombres supera ampliamente al de las mujeres, un 22,7% de los hombres pertenece a la PEA, mientras que las mujeres tan solo un 9,1%.

Instituciones para Adultos Mayores en el Uruguay

En el Uruguay se crea en 1999 la ley 17.066: reglamentación de establecimientos que alojan a Adultos Mayores, que regula la atención en residencias / casas de salud.

Las instituciones se caracterizan en:

Hogares: instituciones de larga estadía sin fines de lucro.

Residencia: instituciones de larga estadía con fines de lucro.

Refugios nocturnos y centros diurnos: instituciones con o sin fines de lucro que ofrecen servicios de corta estancia o alojamiento parcial.

Servicio de inserción familiar: servicio ofrecido por un grupo familiar que alberga ancianos.

Actualmente se calcula que el 5% y el 7% de los ancianos se encuentra en residencia y hogares de anciano ("Casa de Salud"), lo cual implica entre 27.000 y a 30.000 individuos. La mayoría de ellos son clandestinos y carecen del control estatal. La ley 17.066 aprobada por el consenso de todos los partidos políticos en el Parlamento a fines del año 1998, tiende a actualizar y

mejorar el marco normativo. En la reglamentación de esta ley, que ha sido evaluada como muy actualizada por expertos internacionales en el tema, persisten varios temas a solucionar:

- 1) Lograr voluntad política en el MSP para construir y entrenar un cuerpo inspectivo profesionalizado (actualmente el MSP cuenta con un solo Inspector)
- 2) Generar una política de incentivos mediante de exoneraciones impositivas y en tarifas públicas para éstas estructuras. Debe saberse que aún los hogares sin fines de lucro, deben abonar tarifas públicas comerciales (cinco veces más de la familiar) aunque la ley insinúa mecanismos para posibilitar líneas de crédito para mejorar la calidad de atención.

Tipos de Hogar:

Según datos del censo de 1996 para todo el país, el 39,2% de la población anciana vivía en hogares nucleares, los cuales el resto de los integrantes del hogar son familiares directos del anciano. Otro 38,7 % de esta franja de población vivía en hogares extendidos o compuestos. En estos hogares los ancianos pueden vivir con familiares no directos (o no familiares en el caso del hogar compuesto). Por último, el restante 18,6 % vive en hogares unipersonales, es decir que uno de cada seis anciano vivía solo.

En cuanto a los residentes de los hogares colectivos, del 5 al 7% de la población de 60 años, el 56,8% viven en hogares de salud o asilos de ancianos, mientras que el resto lo hace en otras instituciones como hoteles, hospitales y otros lugares.

Entes Estatales que apoyan al Proyecto de Ancianidad

- **MSP.** En el marco del MSP se crea por decreto durante 1998, el Instituto Nacional de Solidaridad con el Adulto Mayor (INASAM). Éste instituto tiene como función principal, coordinar todas las políticas de Ancianidad efectoras de las mismas a nivel Nacional. Oficialmente el INASAM creó 18 Comisiones Departamentales. En los hechos, éstas son nucleamientos de "Fuerzas Vivas" con escaso impacto sobre la realidad.
- **BPS.** El Banco de Previsión Social, por medio de su departamento de Servicios Sociales ofrece una diversidad de actividades, programas y apoyos específicos para los adultos mayores, hogares, asociaciones y clubes.
- **UDELAR.** La Universidad de la República cuenta entre sus servicios con algunos específicos para la atención de las personas de edad avanzada.

Entre ellos:

- Programa **APEX -CERRO**, experiencia cooperativa y multiprofesional de formación integral de los estudiantes en el ámbito comunitario, que cuenta en su estructura con un grupo de trabajo específico con los Adultos Mayores.
- La **Facultad de Medicina**, cuenta con el Departamento de Geriátrica, que se ubica en la planta física del Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela".
- La **Facultad de Psicología**, cuenta con un servicio de Psicología de la Vejez, por medio del cual ofrece asistencia a grupos autogestivos. Ofrece asistencia al paciente y sus familiares
- **INDE**, Instituto Nacional de Enfermería, cuenta con un departamento del Adulto Mayor donde se trabajan en el Hospital Hogar Piñeiro del Campo brindando docencia, asistencia e investigación.
- **IMM** La Intendencia Municipal de Montevideo cuenta con un grupo de trabajo con la Tercera Edad. Desde el año 1997 "Pública Guía de Servicio y Recursos para Personas de Edad".
- Otras instituciones de apoyo: Existen innumerables entidades técnicas, organizaciones no gubernamentales, asociaciones de apoyo, que brindan diversos servicios a organizaciones,

grupos, familias e individuos en una amplia gama de actividades entre otras, formativas, de asistencia técnica y profesional.

A modo de resumen: Agrupación Nacional de Entidades Privadas pro Bienestar Social e Integral del Anciano (ANEPA), Asociación Uruguaya de Alzheimer y Similares (AUDAS), Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay (CASMU), Centro de Estudios e Investigaciones Gerontológicas del Uruguay (CEIGU), Centro Interinstitucional de Colaboración con el Adulto Mayor, Centro de Información y Asesoramiento a los adultos Mayores (CIDAAM), Comisión Israelita del Uruguay, Cruz Roja, Dantas Rosadas, Sociedad Geriatras y Gerontólogos del Uruguay, Universidad Católica del Uruguay (UCUDA), INSADE, UNI 3-Uruguay, Fundación Evangélica del Uruguay ...

CAUSAS DE ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL EN NUESTRO PAÍS

- Disminución de la Fecundidad.
- Disminución de la mortalidad.
- Emigración internacional.

Otro hecho que denota el envejecimiento poblacional y que surge como consecuencia de éste es la denominada transición epidemiológica, ésta transición lenta y progresiva en el Uruguay ha situado las causas de muerte, como consecuencia de patología crónica - degenerativas en las edades más avanzadas de la vida.

Los datos comparativos de los años 90 muestran que un altísimo porcentaje de las muertes se produce por encima de los 64 años, en Uruguay era el 68% y solo era superado por Canadá y EEUU con 74% y 72% respectivamente.

Transición Epidemiológica en el Uruguay

A fines del siglo pasado alrededor del 40 % de las defunciones comprendían a menores de 5 años y alrededor de un cuarto de menores de un año. Casi 40% de las muertes obedecían a enfermedades infecciosas, en tanto las enfermedades cardiovasculares originaban menos del 10 % y los tumores malignos menos del 5 %. Desde 1915 la proporción de muertes por causas infecciosas declinó constante y velozmente hasta reducirse a un 5 % en 1965 y continuar luego descendiendo lentamente.

Los fallecimientos de menores de 5 años representaron porcentajes cada vez menores, hasta el 3,5 - 4 % anual. La proporción representada por las enfermedades cardiovasculares era, en 1945 del 20 % y del 40 % en la actualidad, la de tumores malignos, 10 % en 1935, 15 % en 1945 % y poco más de 20 % en la actualidad. Desde 1975 la estructura por causas parece haberse estabilizado y no ha comenzado aún el descenso de mortalidad en edades avanzadas que caracteriza a la fase de enfermedades degenerativas demoradas.

Transición Demográfica en el Uruguay

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 y la estructura por edades de la población. Con punto de partida en el equilibrio "antiguo", bajo crecimiento demográfico resultante de diferencias pequeñas entre natalidad y mortalidad (a las que se agregan periódicamente sobre-mortalidades producidas por epidemias), el proceso se inicia con el descenso de la mortalidad y el mantenimiento de la natalidad. 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, el efecto de esas reducciones de la mortalidad sobre la estructura por edades es el de ampliar la base de la pirámide. 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 de la mortalidad cuando predomina en grupos de edad adulta o avanzada) determina modificaciones importantes de la estructura poblacional (envejecimiento poblacional).

Perfil Epidemiológico

El perfil epidemiológico de una población puede ser determinado a través de las características de personas.

Características Demográficas:

Edad- Constituye el carácter personal más importante. Los diferentes estados de salud de una edad a la otra no se deben necesariamente al grado de crecimiento o envejecimiento. La edad puede representar a sí mismo un momento en el cual los sujetos están expuestos a factores nocivos.

La distribución de los fenómenos de salud en función de la edad constituye una fuente de información con vistas a precisar su etiología.

Sexo- La acumulación de casos de una enfermedad en personas de un mismo sexo puede estar ligada a:

- a) un rasgo genético (Ej. hemofilia)
- b) un carácter biológico del sexo en cuestión (Ej. cáncer de mama)
- c) tipo de actividad y la exposición profesional a productos tóxicos (Ej. silicosis)
- d) la ocupación (Ej. accidentes de trabajo)
- e) las diferencias constitucionales, morfológicas y fisiológicas (Ej. capacidad y aptitud al trabajo)
- f) el grado, duración y frecuencia de la exposición a los factores ambientales que exigen una adaptación del organismo)

Lugar de nacimiento- Una población inmigrada tiende a conservar la forma y el nivel de vida de su país de origen y arrastrar con ella los resultados de la exposición a los factores favorables o desfavorables de su país natal.

Características Familiares.

Estado Civil- En ciertos países la población se divide en solteros, casados, separados, divorciados y viudos. Algunas enfermedades son más frecuentes en solteros (Ej. sífilis). Además la mortalidad general en hombres y en mujeres es mayor en los divorciados, luego en viudos y los solteros, y menor en las personas casadas.

Indicadores del estado de salud:

Son aquellos que se refieren al proceso de salud – enfermedad de la población, y pueden expresar hechos considerables favorables al estado de salud, o resultante de la pérdida de la misma.

Morbilidad: Es un indicador que expresa la magnitud y tipo de enfermedades presentes en una población. Se mide en términos de incidencia y prevalencia.

La incidencia es el número de casos nuevos de una enfermedad que se produce en un periodo de tiempo determinado.

La prevalencia es el total de casos existentes en una población determinada.

LA EMIGRACIÓN ESPAÑOLA

En el análisis de la estructura poblacional del Uruguay, nos encontramos con la confluencia de diversas corrientes inmigratorias, dentro de las cuales la española ejerce el protagonismo. Si vamos más allá en el estudio, observamos que, dentro de esa emigración española, los gallegos ocupan un porcentaje que se aproxima al setenta por ciento. Esta supremacía numérica ha calado tan hondo en la sociedad uruguaya que, por un lado, todo lo español se identifica con lo gallego y, por otro, se ha creado un estereotipo social del gallego vinculado con los oficios por el desempeño.

Galicia está situada al Noroeste de España y la componen cuatro provincias: La Coruña, Lugo, Orense, Pontevedra. Geográficamente podemos distinguir dos Galicia, una interior, básicamente labradora, y otra exterior, la marinera que también cultiva la tierra. La relación hombre - medio tiene para el gallego un significado esencial, como en todos los pueblos de origen rural. Es en este medio donde se desarrolló la cultura tradicional gallega que llegó a América.

Factores de emigración:

Si le preguntamos a cualquier gallego por que ha emigrado, las respuestas más comunes serán las siguientes: "porque era tradición", "porque los gallegos los llevamos en el alma", "por afán de aventura"; en su autoanálisis ve su condición de emigrante como algo inevitable, como el cumplimiento de una ley natural.

Hacia el siglo XV los movimientos populares contra los privilegios feudales y el conflicto entre los partidarios de Isabel la Católica y Juana la Beltraneja por el derecho al trono de España hacen que Galicia muera desde el punto de vista social: los reyes Católicos actuaron enérgicamente y apartaron a sus nobles de la región. Como consecuencia, en Galicia no habrá una nobleza local que defienda sus intereses. En general, los nobles que habitaron en adelante esta región provendrían de otras partes de España o de otros países europeos: una burguesía que dio la espalda a la realidad gallega, totalmente sometida al poder central. Desde el punto de vista económico esto fue nefasto pues en lugar de reinvertirse en Galicia, el dinero salía de ella en forma de rentas. Esto soportó una superexplotación: la del poder feudal, la de la burguesía local y la de las instituciones centralistas. Cuando esta situación se hizo irresistible, solo le quedaba emigrar.

A estos hechos hay que agregar que, ha diferencia de lo que sucede en otras zonas, en Galicia ha pesar de que el sistema feudal estaba en decadencia se mantuvieron las relaciones feudales, sobre todo por la perpetuación del régimen foral hasta el siglo XX. El foro era un contrato de sesión de tierra por parte de un grupo de rentistas a campesinos o sectores más o menos privilegiados. En el contrato se establecía el tiempo de duración del mismo y las condiciones que fijaban el beneficio del forero en una participación proporcional a la cosecha o a una renta fija.

Si bien en un comienzo este sistema parecía beneficioso para el campesino gallego porque le permitía tener sus propias tierras para la labranza, más adelante la situación cambió por abusos en el subarriendo. A estos se le sumaban los fuertes impuestos estatales que soportaba el campesino gallego. El sistema de foros tuvo importante gravitación en la vida del pueblo debido a su larga duración: desde su creación, en los siglos XII y XIII, hasta la Ley de Redención de Foros de Primo de Rivera en el año 1926.

La perpetuación del sistema de relaciones feudales hizo que Galicia quedara aislada.

Trayectoria de la emigración:

La emigración gallega a nivel masivo, va a comenzar hacia el siglo XVIII, primero hacia otras zonas de España, como Andalucía y Castilla, más tarde hacia Portugal y posteriormente a América.

Desde el punto de vista legal, se dieron disposiciones que permitían o frenaban la emigración, de acuerdo con la realidad vivida tanto en el país emisor como los receptores. Hasta el siglo XIX, las disposiciones legales frenaban la emigración, pero a partir del año 1850, comenzó la política emigratoria del Estado español, levantándose las prohibiciones. Por contrapartida, los Estados americanos liberalizan sus constituciones permitiendo la entrada de inmigrantes.

En el siglo XIX además de la emigración hacia Castilla y Portugal, comienza la salida masiva hacia América y en especial hacia Cuba, donde la presencia gallega tuvo su máximo esplendor en ese momento.

La emigración de este período es de hombres jóvenes, circunstancia favorable para América -zona receptora- porque representaron un aporte demográfico y una importante fuerza laboral.

Para Galicia, si bien tuvo un aspecto positivo que fue la posibilidad para su pueblo de tener dinero efectivo para comprar las tierras y así hacer realidad la ley de redención de foros del año 1926, la emigración masiva de sus jóvenes fue altamente negativa: una verdadera sangría que hizo descender la natalidad conllevando el envejecimiento de la población.

Estos valores migratorios se mantuvieron hasta el año 1929, cuando sobrevino la caída de la bolsa de Nueva York y la crisis generalizada. Los gobiernos americanos tomaron medidas legislativas en ese momento para frenar la inmigración masiva y el consecuente desempleo de sus países. Así el proceso se invierte dado que el retorno a Galicia es mayor que las salidas. A pesar de esto, la recepción de emigrantes gallegos no se cortó totalmente: si bien las medidas restrictivas de los países americanos detuvieron la entrada masiva, siempre contemplaron la de agricultores que con su trabajo ayudarían a superar la crisis.

Hacia los años 1934 y 1935 el flujo migratorio retomó fuerzas, pero nuevamente se cortó con la Guerra Civil Española (1936-1939) y la Segunda Guerra Mundial (1940-1945). Los gallegos que salieron en esos años y en los de posguerra fueron los exiliados políticos, quienes tendrían un destino que resultaría provisorio en otros países europeos (como Francia) y luego habrían de dirigirse a América, hacia México y Argentina.

A partir de 1946 se abrió nuevamente el proceso y las repúblicas americanas (especialmente Argentina, Uruguay y Brasil) fueron otra vez los grandes receptáculos de esa emigración, que presentaría características diferentes a las precedente: sería de tipo familiar y con una muy importante presencia de la mujer.

La decadencia de los estados americanos en los años sesenta hizo por fin que la emigración hacia estas regiones descendiera hasta hacerse nula.

No obstante, la situación en Galicia no había mejorado lo suficiente para que su gente pudiera quedarse con buenas perspectivas, entonces serían otras zonas de España, como Cataluña, el País Vasco, Madrid, y otros países de Europa occidental los receptores.

Entre 1860 y 1970, sin contar las personas que volvieron, emigraron 1.200.000 gallegos, es decir, uno de cada cuatro.

Gallegos en el Uruguay:

En la actualidad, Uruguay cuenta con un núcleo de españoles muy importante, de los cuales aproximadamente un setenta por ciento son de origen gallego. De acuerdo con las cifras publicadas por el Instituto Español de Emigración, la colonia española sería de unas 53.000 personas.

Según el Consulado General de España en el Uruguay cuenta con 54.426 españoles inscritos en el Registro de Matrícula Consular. El consulado contabiliza a todos los españoles (nacionalizados uruguayos o no) y a los hijos de éstos que se han inscrito en su Registro de Matrícula.

Dentro de Galicia, las provincias de mayor emigración han sido La Coruña y Pontevedra, hecho que se ha mantenido a lo largo de la historia.

De los 54.426, 39.810 son nacidos en Galicia:

Provincia	Total	Hombres	Mujeres
La Coruña	20.938	11.170	9.768
Orens	3.158	1.820	1.338
Lugo	3.942	1.980	1.962
Pontevedra	11.772	6.630	5.142

Zonas donde residen: 34.920 en Montevideo, y 4.890 en el interior.

Integración de los Gallegos:

Desde los comienzos del contacto entre España y América hubo dos tipos de emigración: la dirigida por el Estado y las espontánea; la primera se dio sobre todo en los primeros tiempos cuando venían individuos como empleados estatales a ocupar determinados puestos de trabajo. Paralelamente siempre se desarrolló una emigración espontánea. Los hombres venían contratados a trabajar al campo o a la construcción, y las mujeres al servicio doméstico. Pero como emigraban a Montevideo y no al medio rural desarrollaban otras tareas, tales como las del sector servicios. Las mujeres si se integraron al servicio doméstico y ayudaron a la familia en el negocio propio.

Tanto las grandes como las pequeñas empresas, han contribuido de forma efectiva en el desarrollo del Uruguay, otras tuvieron y tienen una importante repercusión a nivel social, como Casa de Galicia y el Hogar Español de Ancianos, la creación de ambas denotan la gran preocupación por el amparo de los paisanos.

Casa de Galicia nació el 1° de octubre de 1917 por iniciativa del Dr. José María Barreiro.

El Hogar Español de ancianos que tiene como objetivo acoger a la ancianidad española sin recursos. Aunque tiene el nombre genérico de "Español", lo tomamos en cuenta porque en su fundación y trayectoria intervinieron muchos gallegos y porque su población es en su mayoría gallega. Fundado el 13 de noviembre de 1964 y presidido en su inicio por el gallego Gumersindo Alvarez Blanco. Acoge actualmente a 208 ancianos y cuenta con el apoyo de mucha gente de la comunidad gallega preocupada por el futuro de los españoles validos.

No hay duda que los gallegos emigrantes es gente que ya tiene su familia y sus vínculos afectivos en el Uruguay y que ha vivido mas tiempo en el país de acogida que en su Galicia natal. Los que hasta el momento no han retornado, no lo han hecho por causas de índole socioeconómica, pero están aquellos a los que con el paso del tiempo no les unen ya a Galicia lazos familiares y que por el contrario parte, si los tienen muy fuertes en Uruguay.

METODOLOGIA

Tipo de estudio:

El presente proyecto es un estudio descriptivo, cuantitativo que pretende conocer las características epidemiológicas y sociales de los residentes del Hogar Español. Será llevado a cabo con una población anciana de 208 residentes quienes son mayores de 65 años.

Universo de estudio:

Se compone por la totalidad de los ancianos que han residido en el Hogar Español en el periodo comprendido enero – junio 2003.

Población:

Compuesta por 208 ancianos mayores de 65 años.

Metas:

- Caracterizar de forma cuantitativa a la totalidad (208) de los residentes del Hogar Español.
- Crear una base de datos organizada y sistemática que sirva como referencia al Hogar Español para brindar una atención integral cada residente.
- Estimular a otros investigadores a que con la información obtenida implementen programas asistenciales, promoción, prevención rehabilitación.

Finalidad:

Nuestro proyecto tiene dos finalidades. Por una parte el requisito curricular de aprobar el trabajo de investigación final que a su vez reúne todos nuestros conocimientos y destrezas adquiridas a lo largo de nuestra carrera universitaria; y también crear un diagnóstico en función de una base de datos en el Hogar Español que sirva como punto de partida para trabajar futuras líneas de investigaciones que puedan ayudar a mejorar la calidad de vida de los ancianos allí residentes, a través de conocimientos y resultados que se obtengan que puedan mejorar la calidad de asistencia.

Marco institucional:

Este proyecto tendrá como base dos instituciones: el Hogar Español y el Instituto Nacional de Enfermería.

El Hogar Español es una residencia de tipo privado que alberga a la ancianidad española.

El Instituto Nacional de Enfermería (Asimilado a Facultad), es una institución universitaria (Universidad de la República) que forma Enfermeros Profesionales.

Beneficiarios:

Directos:

- Residentes del Hogar Español y el personal que allí se desempeña.
- Estudiantes realizando la investigación presente.

Indirectos:

- Residentes de otros hogares, ya que éste proyecto puede servir como estímulo para ser aplicado en otros residenciales de ancianos.
- Futuros estudiantes y/o investigadores que deseen llevar a cabo futuras investigaciones al respecto.

Localización física y cobertura espacial:

El proyecto será realizado en el Hogar Español, pero también tendrá como lugar de encuentro y trabajo el Instituto Nacional de Enfermería y los hogares de residencia de cada uno de los integrantes del proyecto.

Fuentes de datos:

Fuente de datos: son aquellas que nos permiten obtener información exacta o aproximativa, sobre un tema determinado, permitiendo de ésta forma un mínimo margen de error y mayor confiabilidad.

Las fuentes que utilizamos para la recolección de datos son, primarias y secundarias, siendo fuentes primarias:

- historias clínicas
- archivo

fuentes secundarias son:

- Asistente Social
- Residentes del hogar Español

Instrumento y recolección de los datos:

La recolección de los datos se realizará mediante un formulario que contara con preguntas semiestructuradas, codificadas. Para esto se tomarán como criterios de inclusión, la información que será recabada de las historias clínicas de todos los residentes y de los archivos generales de la institución, así como también de la Asistente Social y los residentes del Hogar. Como criterios de exclusión: pacientes que presenten trastornos neurológicos o psiquiátricos.

La aplicación de éste instrumento será sobre la fuente primaria de datos y se realizará una complementación un interrogatorio sobre la fuente secundaria.

Para la recolección de datos, previamente se realizará un Pre- test, con el instrumento verificando del mismo modo su eficacia para tal fin, se llevará a cabo la prueba con un total de doce fuentes.

DETERMINACIÓN DE LOS RECURSOS NECESARIOS

Recursos Humanos:

El siguiente trabajo será realizado por cinco estudiantes pertenecientes al Instituto Nacional de Enfermería.

Recursos Materiales:

Bibliografía
Compact disc
Computadora
Disquet
Fotocopiadora
Hojas
Impresora
Lapiceras
Lápiz
Papel para impresoras
Tinta

Recursos Financieros:

La financiación de la investigación provendrá de los 5 integrantes y el apoyo en los viáticos por parte del Hogar Español.

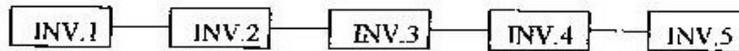
COSTOS Y PRESUPUESTO

Para la realización del presente estudio, se estiman los recursos necesarios para cubrir gastos de transporte y viáticos de los estudiantes, así como también para la compra de material de papelería, material bibliográfico, material de impresión y gastos para encuadernación, estimando que el costo total aproximadamente sería de 5000 pesos uruguayos.

• Viáticos	\$1500
• Materiales	
○ Papelería	\$250
○ Encuadernación	\$300
○ Informática	\$500
○ Bibliográfico	\$400
■ Material para presentación	\$1000
■ Imprevistos	\$1000
• Total	\$4950

ADMINISTRACIÓN DEL PROYECTO

Organigrama:



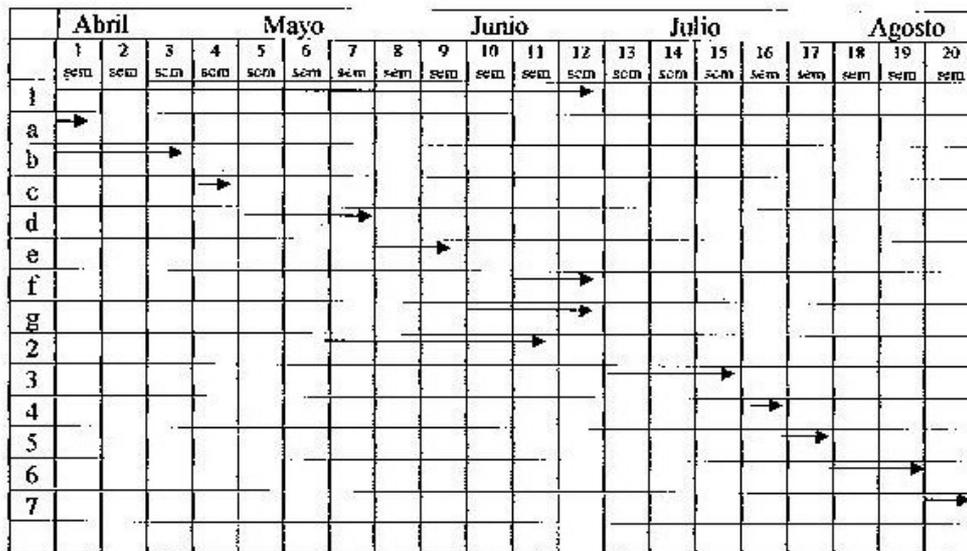
- 1) Coordina reuniones, coordina entrevistas
- 2) Secretario, es responsable de tener todo lo elaborado
- 3) Tesorero, responsable del manejo y distribución del recurso financiero.
- 4) Supervisor, supervisa el cumplimiento correcto del reglamento interno del grupo.
- 5) Encargado del material bibliográfico.

Estas funciones serán rotativas cada 15 días.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

- | | |
|-----------------------------------------------------------|--------------|
| 1. Realización del protocolo de investigación | (12 semanas) |
| a. Definición del Tema y el Problema | (1 semanas) |
| b. Fundamentación y Justificación | (3 semanas) |
| c. Determinar objetivos y Metas | (1 semanas) |
| d. Determinación de Variables | (3 semanas) |
| e. Determinar Plan de Análisis | (2 semanas) |
| f. Elaboración del Marco Referencial | (2 semanas) |
| g. Revisión Bibliográfica | (3 semanas) |
| 2. Creación del instrumento de recolección de información | (4 semanas) |
| a. Prueba de funcionalidad del instrumento | (2días) |
| 3. Recolección de datos | (3 semanas) |
| 4. Procesamiento de datos y Clasificación | (1 semana) |
| 5. Análisis de los datos obtenidos | (1 semana) |
| 6. Redacción del informe final | (2 semanas) |
| 7. Entrega del informe final | (2días) |

DIAGRAMA DE GANTT



DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES

<u>VARIABLE</u>	<u>DEFINICIÓN CONCEPTUAL</u>	<u>DEFINICIÓN OPERACIONAL</u>	<u>ESCALA</u>
Sexo	Clasificación de los hombres o mujeres teniendo en cuenta las características anatómicas.	Ídem Definición Conceptual.	Variable cualitativa nominal dicotómica.
Edad	Etapas del individuo en el periodo del tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha expresada en años en este caso particular	Años cumplidos hasta la fecha actual.	Variable cuantitativa continua
Procedencia de origen	Lugar donde ha nacido cada individuo	Ídem Definición Conceptual.	Variable cualitativa nominal politómica
Lugar de residencia	Lugar en el cual el individuo habitó, vivió antes de ingresar al Hogar Español	Ídem Definición Conceptual	Variable cualitativa nominal categórica
Cobertura de Salud	Es aquella en la que la persona dispone de un servicio determinado de Salud. Dentro de sí se tomara en cuenta: - Pública, - Privada	Ídem Definición Conceptual	Variable cualitativa nominal dicotómica
Nivel de instrucción	Es el nivel máximo alcanzado por un individuo mediante la educación formal.	Será el cual indique cada persona	Variable cualitativa ordinal
Estado civil	Se define del estado del individuo respecto a su conformidad de presencia de pareja o no ante la ley.	Estado que manifiesta cada individuo	Variable cualitativa nominal categórica
Patología de base	Se define como aquella patología de carácter crónico que presente cada residente.	Ídem Definición Conceptual	Variable cualitativa nominal politómica.
Antecedentes Personales	Son aquellas enfermedades, hábitos nocivos, o sucesos externos que provocan o pueden provocar alguna afección o trauma.	Ídem Definición Conceptual que ocurrieron en el periodo enero - junio 2003.	Variable cualitativa nominal politómica.
Relación familiar	Se define como la	Ídem Definición	Variable cualitativa

	relación que mantiene o no, el residente con algún miembro de su familia.	Conceptual	nominal dicotómica
Ocupación	<p>Se define por tal aquella actividad que el individuo desarrolló durante el mayor tiempo de su vida.</p> <p><i>Obrero o empleado:</i> persona que trabaja para un empleador (público o privado) y percibe una remuneración en forma de sueldo, pagos a destajo o pagos en especie.</p> <p><i>Patrón:</i> persona que explota su propia empresa económica y que tiene a su cargo uno o más trabajadores a sueldo o jornales.</p> <p><i>Cuenta propia:</i> persona que sin depender de un patrón explota su propia empresa económica sin ocupar a ningún trabajador remunerado, pudiendo sí ser asistido por uno o más trabajadores familiares no remunerados. Se distingue entre aquellos que cuentan con alguna instalación o inversión para llevar adelante la actividad (con local) de aquellos que no lo poseen (sin local).</p> <p><i>Trabajador del hogar no remunerado:</i> persona que trabaja en la empresa o negocio de un familiar y que no percibe un sueldo o salario por su tarea. Estos participan de la utilidad del negocio como miembro del hogar al que pertenecen.</p>	Ocupación que manifieste cada residente.	Variable cualitativa nominal categórica

PLAN DE TABULACIÓN

Se realizara mediante la estadística descriptiva, utilizando tablas de distribución de frecuencia, tablas bariadas, medidas de tendencia central y gráficas que permitirán un mejor análisis de los datos.

Sexo	FA	FR%
Masculino		
Femenino		

Edad	FA	FR%
65 - 69		
70 - 74		
75 - 79		
80 - 84		
85 - 89		
90 - 94		
≥95		

Procedencia Natal de los residentes	FA	FR%
España		
Uruguay		
etc.		

Lugar de residencia	FA	FR%
Montevideo		
Interior		

Cobertura de Salud	FA	FR%
M.S.P.		
Mutualista		

Alfabetización de los residentes	FA	FR%
Analfabetos		
Alfabetos		

Alfabetización en el sexo masculino	FA	FR%
Analfabetos		
Alfabetos		

Alfabetización en el sexo femenino	FA	FR%
Analfabetos		
Alfabetos		

Nivel de Instrucción	FA	FR%
Analfabeto		
Primaria incompleta		
Primaria completa		
Secundaria incompleta		
Secundaria completa		
Estudios Terciarios		
Carrera militar o policial		

Estado Civil	FA	FR%
Casado		
Separado		
Divorciado		
Soltero		
Viudo		
Unión libre		

Patología de base En ambos sexos	FA	FR%

Patología de base (Hombres)	FA	FR%

Patología de base (Mujeres)	FA	FR%

Antecedentes personales	FA	FR%

Visitas a los residentes.	FA	FR%
Sí		
No		

Frecuencia de Visitas	FA	FR%
Diaria		
Semanal		
Mensual		
Anual		

Ocupación	FA	FR%

Sistemas afectados	FA	FR%

Sistemas afectados (hombres)	FA	FR%

Sistemas afectados (mujeres)	FA	FR%

Enfermedades del sistema mas afectado en mujeres	FA	FR%

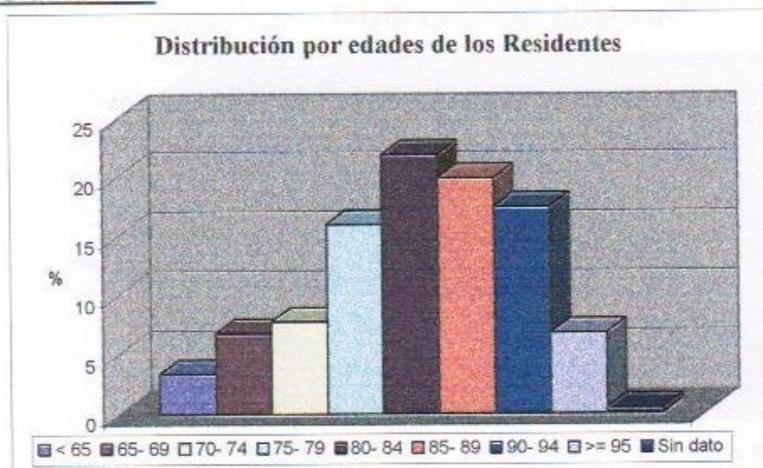
Enfermedades del sistema mas afectado en hombres	FA	FR%

BIBLIOGRAFIA

- Jenicek M, Cléroux R. Epidemiología principios técnicas aplicaciones. Barcelona Salvat; 1987.
- Murillo N. Medicina Preventiva y Social. 2º edición. Montevideo: Oficina del Libro AEM; 1999
- Samuelle C. Nuestros Gallegos. Montevideo: Nuestra Tierra; 1990. Colección Nuestras raíces Nº2
- Sentis J, Pardell JJ, Cobo E. Manual de Bioestadística. 2º Edición. Barcelona: Masson ; 1995
- Verinelli Juan C., Nowinski A., Haretche A., Roitman B. La Salud de los Uruguayos. Edición Nordan Comunidad. Uruguay 1994.
- Polit, H. Investigación científica en ciencias de la salud. 6º edición. México: Interamericana; 2000
- De Nicola, Pietro. Fundamentos de Gerontología y Geriatria. Barcelona: Jims; 1988.
- O:M:S Problemas de Salud Mental del Envejecimiento y la Vejez. 3º edición. Buenos Aires: Humanitas; 1983
- Internet Basado en : BID/CEPAL/CELADE, (Banco Interamericano de Desarrollo/ Comisión Económica para América Latina y el Caribe/ Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía), Impacto de las Tendencias Demográficas sobre los Sectores Sociales en América Latina, Santiago.
- Internet Tomado del Boletín Epidemiológico, Vol. 23 No. 3, septiembre 2002
 - Sociedad Uruguaya de Gerontología y Geriatria en Uruguay.
 - Programa de Geriatria y gerontología. (manual)
 - Investigaciones en América Latina.
 - WWW. Gerontologia.com.
 - Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE/CEPAL) Evolución del envejecimiento. (CHILE) Santiago.
 - Instituto Nacional de Estadística en Uruguay.
 - El Proceso del Envejecimiento. Papel de la Enfermera ante las necesidades del anciano. NICANOR Añorarte Hernández. Lic. en Enfermería. Fuente: enfermería y Salud 11 junio de 2001.
 - Medicina. Edu.com Portal Médico, Facultad de medicina. Universidad de Madrid.
 - Gerontología y Geriatria. FUSTINONI; Osvaldo. 416.8 FUS Año 1986.
 - Tratado de Geriatria. EXTON SMITH A; Norman 416.8 EXT año 1988.
 - Mapfre medicina, 2001; vol. 12 nº 4 (Universidad Complutense de Madrid)
 - Volumen 4, número 4 setiembre 2001 Investigaciones en América Latina

ANEXO-2

Grafico N ° 2



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

Grafico N ° 4



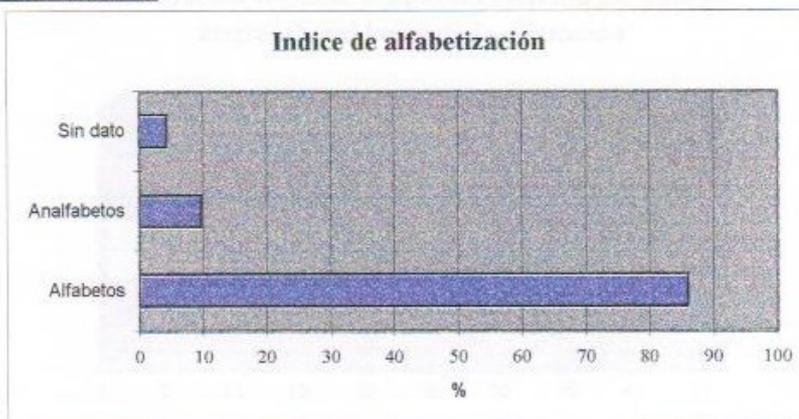
Fuente: Historias clínicas de los residentes.

Grafico N ° 5



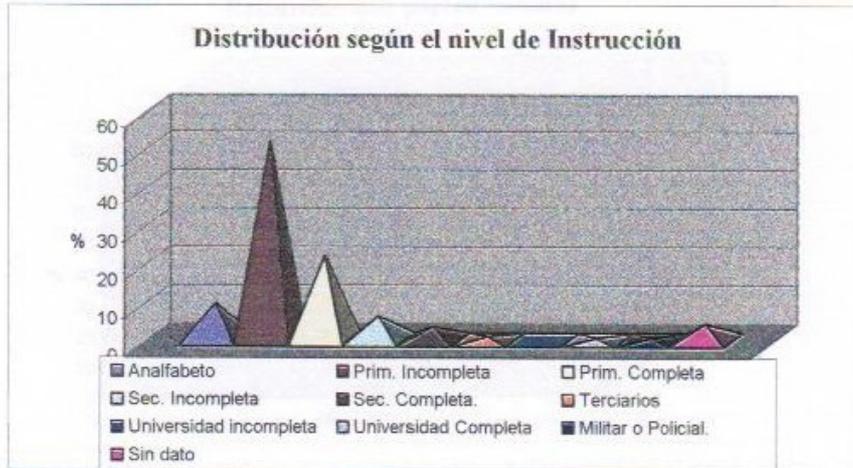
Fuente: Asistente Social encargada y los residentes.

Grafico N ° 6



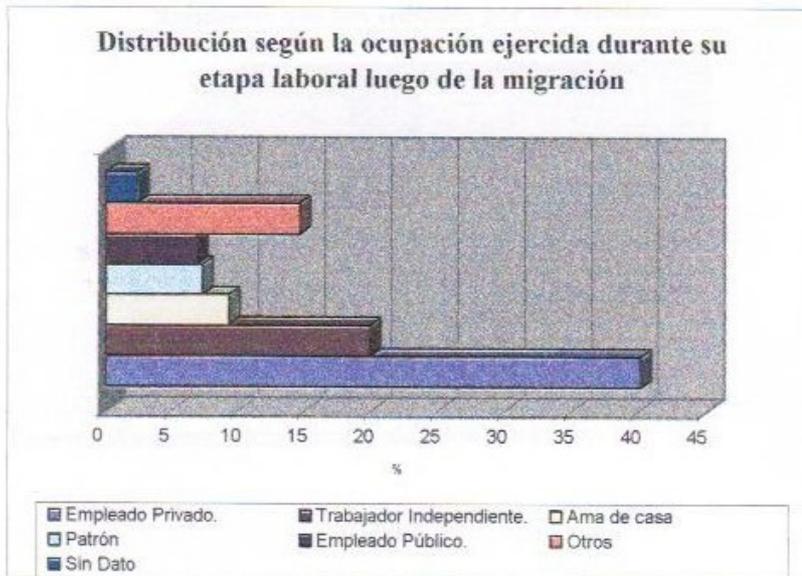
Fuente: Asistente Social encargada y los residentes.

Gráfico N ° 8



Fuente: Asistente Social encargada y los residentes.

Gráfico N ° 9



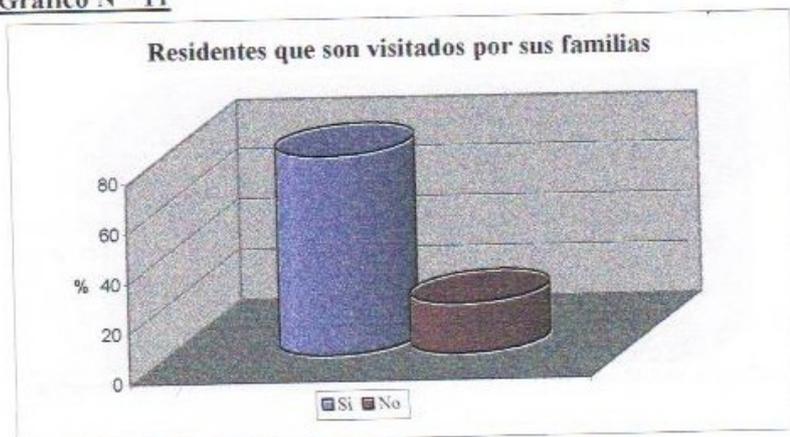
Fuente: Asistente Social encargada y los residentes.

Gráfico N ° 10



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

Grafico N ° 11



Fuente: Asistente Social encargada y los residentes.

Grafico N° 12



Fuente: Asistente Social encargada y los residentes.

Grafico N° 15



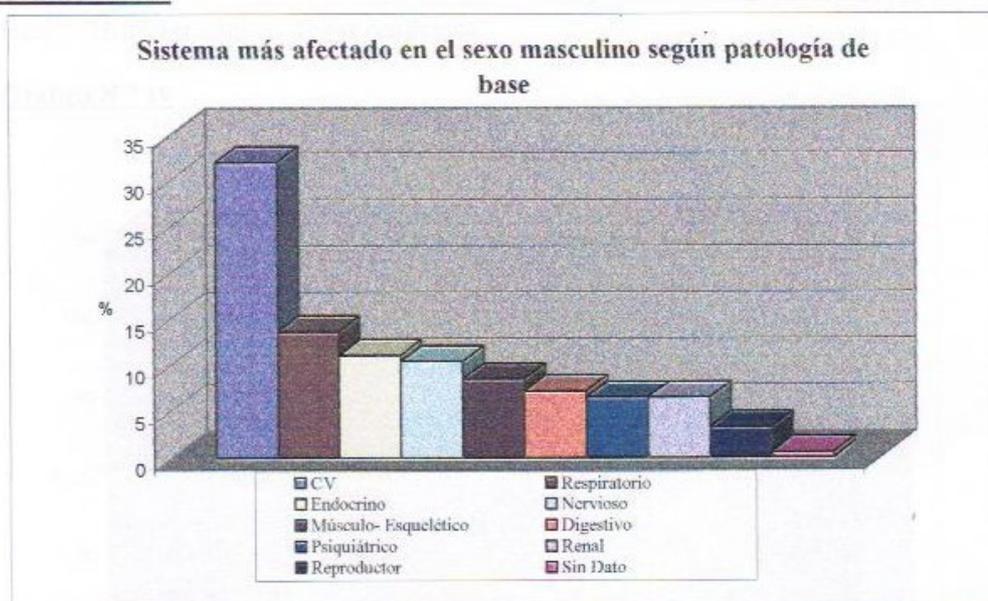
Fuente: Asistente Social encargada y los residentes.

TABLA N° 16 Sistemas más afectados en cuanto a su patología de base en ambos sexos de los residentes

Indicadores	FA	FR%
CV	134	37,1
Endocrino	40	11,1
Nervioso	39	10,8
Psiquiátrico ²³	38	10,5
Músculo- Esquelético	33	9,1
Respiratorio	25	6,9
Digestivo	24	6,6
Renal	15	4,1
Reproductor	13	3,6
Sin Dato	7	1,9
TOTAL	361	100

Fuente: Historias clínicas de los residentes.

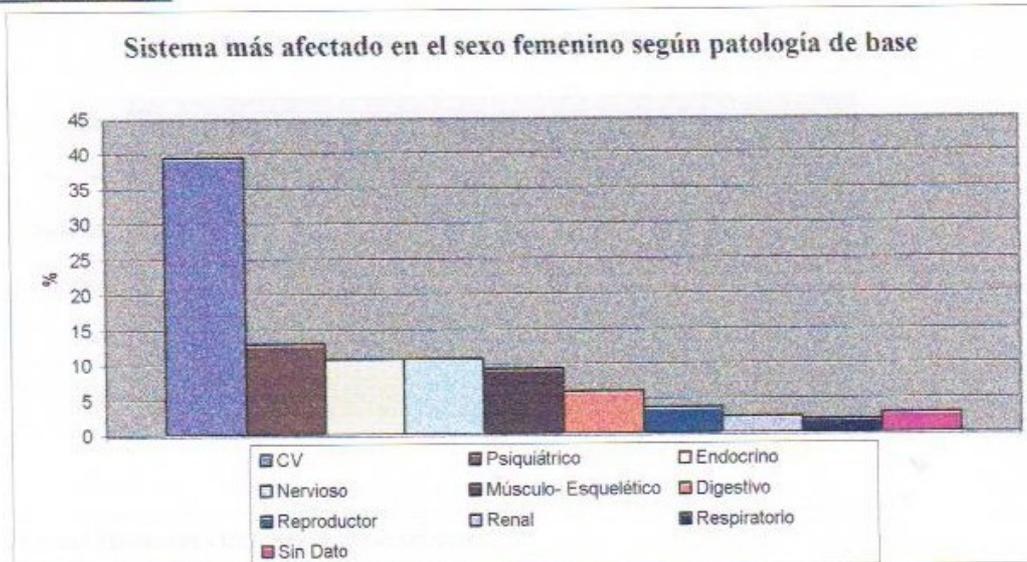
Grafico N° 17



Fuente: Historias clínicas de los residentes.

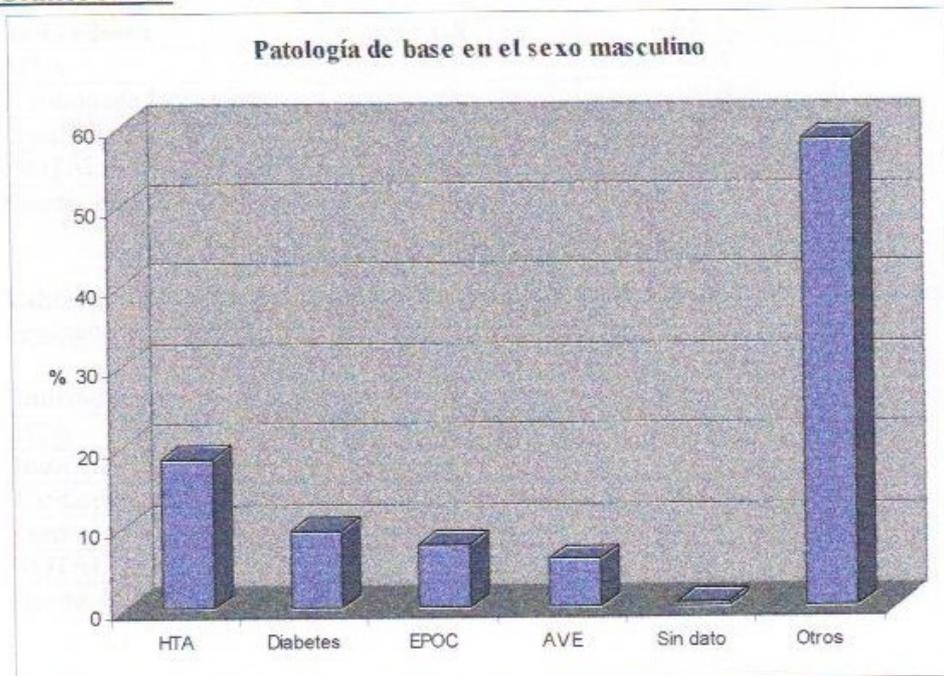
²³ Cabe destacar que nos referimos a afecciones psiquiátricas y no a sistema psiquiátrico.

Grafico N° 18



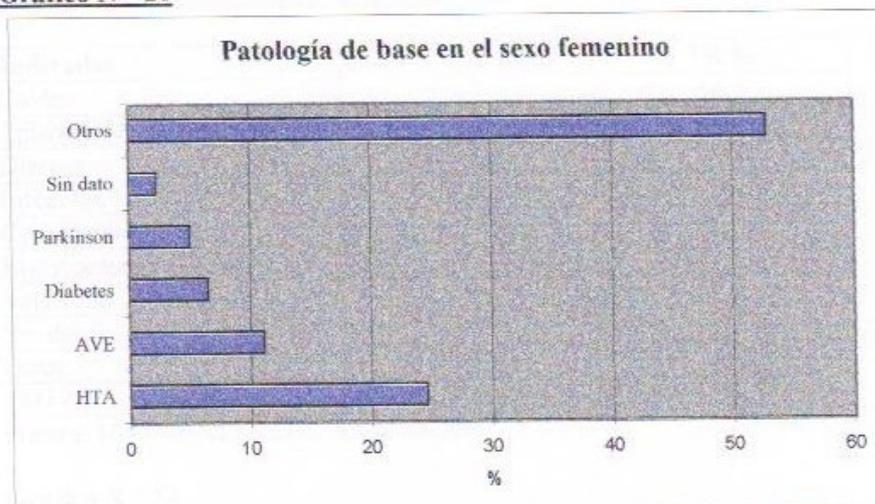
Fuente: Historias clínicas de los residentes.

Grafico N° 19



Fuente: Historias clínicas de los residentes.

Grafico N ° 20



Fuente: Historias clínicas de los residentes.

Tabla N ° 21 Patología de base más frecuentes en el Sistema más afectado para el Sexo Masculino

Indicadores	FA	FR %
HTA	31	67,4
Cardiopatía Isquémica	9	19,6
Insuficiencia Cardiaca	6	13
TOTAL	46	100

Fuente: Historias clínicas de los residentes

Tabla N ° 22 Patología de base más frecuentes en el Sistema más afectado para el Sexo Femenino

Indicadores	FA	FR %
HTA	64	75,3
Insuficiencia Cardiaca	11	13
Cardiopatía Isquémica	8	9,4
Otros	2	2,3
TOTAL	85	100

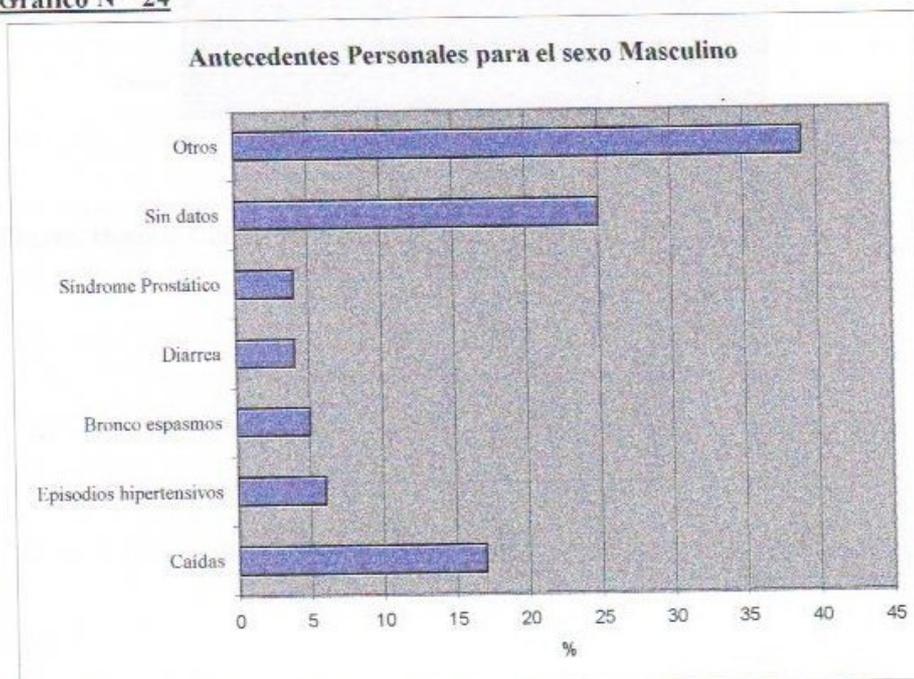
Fuente: Historias clínicas de los residentes.

Tabla N ° 23 Antecedentes Personales de los residentes

Indicador	FA	FR %
Caídas	47	16,5
Episodios hipertensivos	14	4,9
Diarrea	11	3,9
Infección Urinaria	10	3,5
Constipación	8	2,8
Broncoespasmo	5	1,7
Síndrome Prostático	4	1,4
Sin datos	57	20
Otros	128	45
TOTAL	284	100

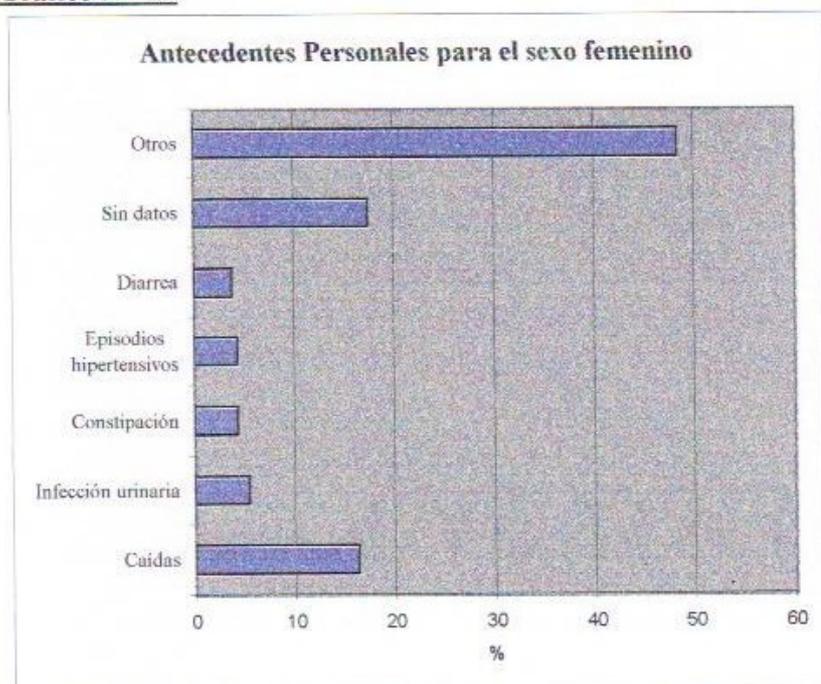
Fuente: Historias clínicas de los residentes

Grafico N ° 24



Fuente: Historia Clínica de los Residentes.

Grafico N ° 25



Fuente: Historia Clínica de los Residentes.

ANEXO-3

Montevideo 30 de junio de 2003

Nombre: Ricardo Alberti

Cargo: Sociólogo encargado de Geriátrica y Gerontología del MSP

El sociólogo Ricardo Alberti dentro de sus labores y como antecedentes laborales ha trabajado y desempeñado una investigación en el hogar Hospital Español en el período comprendido del año 1992 al 1996.

El cual nos relata que la investigación se enfocaba desde la parte del perfil del Usuario, entre otros proyectos como por ejemplo desde el punto de vista recreativo en el hogar Español.

Nos cuenta que todo su trabajo fue llevado a cabo con la ayuda de Becarias de España y que luego de un tiempo de desempeño laboral él fue becado a España para cumplir una pasantía.

¿Cree usted que la ancianidad en el Uruguay es investigada?

Sí, pero creo que aún hay mucho por investigar, teniendo en cuenta que hay un incremento de la ancianidad muy importante en el Uruguay. Actualmente se está comenzando una investigación con la Facultad de Odontología y otras facultades como la Psicología, Medicina entre otras, inclusive esa investigación también abarca el Hogar Español que es uno de los Hogares con mayor capacidad para alojamiento como también el Hogar Piñeiro del Campo.

¿Considera que el Adulto Mayor en el Uruguay es discriminado?

Sí, en Uruguay todavía es discriminada la mujer, que puedes esperar del anciano que para muchos el Adulto Mayor es sinónimo de inactividad, aparte para la sociedad el anciano requiere muchos gastos.

¿Existe algún reglamento establecido en el MSP que permita establecer una Residencia o un Hogar de Anciano en el Uruguay?

Sí, el MSP tiene un reglamento donde están las pautas para poder legalizar un establecimiento con condiciones habitables como por ejemplo: la estructura arquitectónica, condiciones de asistencia al anciano, pero lamentablemente es muy difícil de poder cumplir con esa inspección dado que el MSP carece de suficiente personal para realizar las visitas de habilitación, entonces nos encontramos con situaciones que realmente nos indigna a todos.

Cómo sociólogo que realizó una investigación en el Hogar Español ¿qué nos podría contar de dicha investigación?

El Hogar Español en el momento era uno de los hogares con mayor capacidad para residentes, en el momento habían 250 residentes, del cual el 10% de la población eran uruguayos y el resto eran inmigrantes de España, la gran mayoría de Galicia, que inmigraron en los años 1950 y 1960. En el estudio notamos que la gran mayoría eran trabajadores del campo y militares de guerra, y que solo un 15% de los residentes eran visitados por sus familiares y por amigos. En el momento de la investigación también estaban trabajando en una investigación sobre Caídas alumnas del INSADÉ. Otros datos nos proporcionan lugar donde acceder a la investigación (*Biblioteca del H. Español*)

ANEXO-4

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	<input type="checkbox"/>	0
F	<input type="checkbox"/>	1

4 ESTADO CIVIL:

Casado/a	<input type="checkbox"/>	1	Separado	<input type="checkbox"/>	2	Divorciado/a	<input type="checkbox"/>	3	Soltero/a	<input type="checkbox"/>	5	Viuvo/a	<input type="checkbox"/>	6	Union Libre	<input type="checkbox"/>	7
----------	--------------------------	---	----------	--------------------------	---	--------------	--------------------------	---	-----------	--------------------------	---	---------	--------------------------	---	-------------	--------------------------	---

5 PROCEDENCIA DE ORIGEN:

6 LUGAR DE RESIDENCIA:

7 NIVEL DE INSTRUCCIÓN:

Sabe leer y escribir	SI	<input type="checkbox"/>	0
	NO	<input type="checkbox"/>	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 OCUPACION	Patrón con obreros a cargo o empleados	<input type="checkbox"/>	1	Obrero o empleado público	<input type="checkbox"/>	2	Obrero o empleado privado	<input type="checkbox"/>	3
	Trabajador por cuenta propia	<input type="checkbox"/>	4	Trabajador familiar no remunerado	<input type="checkbox"/>	5	Otros	<input type="checkbox"/>	6

9 COBERTURA ASISTENCIAL:

Público	<input type="checkbox"/>	0
Privado	<input type="checkbox"/>	1

Casa Galicia	<input type="checkbox"/>	1	Casnu	<input type="checkbox"/>	3
Asoc. Española	<input type="checkbox"/>	2	Otros	<input type="checkbox"/>	4

10 DEPENDENCIA ECONOMICA:

Jubilado	<input type="checkbox"/>	1
Familia	<input type="checkbox"/>	2
Otros	<input type="checkbox"/>	3

11 TIENE FAMILIA LO VISITAN?:

SI	<input type="checkbox"/>	0
NO	<input type="checkbox"/>	1

SI	<input type="checkbox"/>	0
NO	<input type="checkbox"/>	1

CON QUÉ FRECUENCIA ?
 12 PATOLOGÍA DE BASE (Crónicas)

13 ANTECEDENTES PERSONALES (Patologías en los últimos 6 meses)

ANEXO-5

POBLACION TOTAL Y DISTRIBUCION SEGÚN SEXO Y EDADES EN ADULTOS DE 65 Y MAS AÑOS EN URUGUAY.

Población Total	3,163,763	
Edad	Hombres	Mujeres
65 - 69	60868	74773
70 - 74	45533	60227
75 - 79	29948	45374
80 - 84	17735	32437
85 - 89	8524	17690
90 - 94	2579	6397
95 - 98	555	1517
99 o mas	200	486
TOTAL	165942	2.38901
TOTAL	404843	

Fuente: Datos obtenidos por INE en el censo de población realizado en 1996

CALCULOS DE PROPORCIONES

Proporción de la distribución de los Sistemas mas afectados para todos los residentes

Cardiovascular	$\frac{134}{207} \times 100 = 64,73\%$
Endocrino	$\frac{40}{207} \times 100 = 19,32\%$
Nervioso Central	$\frac{39}{207} \times 100 = 18,84\%$
Afecciones Psiquiátricas	$\frac{38}{207} \times 100 = 18,35\%$
Músculo Esquelético	$\frac{33}{207} \times 100 = 15,94\%$
Respiratorio	$\frac{25}{207} \times 100 = 12,07\%$
Digestivo	$\frac{24}{207} \times 100 = 11,59\%$
Renal	$\frac{15}{207} \times 100 = 7,24\%$
Reproductor	$\frac{13}{207} \times 100 = 6,28\%$

Proporción de la distribución en el Sistema más afectado relacionado a la pat base por sexo

	Hombres	Mujeres
Cardiovascular	$\frac{49}{80} \times 100 = 61,25\%$	$\frac{85}{127} \times 100 = 66,90\%$
Endocrino	$\frac{17}{80} \times 100 = 21,25\%$	$\frac{23}{127} \times 100 = 18,11\%$
Nervioso Central	$\frac{16}{80} \times 100 = 20,0\%$	$\frac{23}{127} \times 100 = 18,11\%$
Afecciones Psiquiátricas	$\frac{10}{80} \times 100 = 12,50\%$	$\frac{38}{127} \times 100 = 29,90\%$
Músculo Esquelético	$\frac{13}{80} \times 100 = 16,25\%$	$\frac{20}{127} \times 100 = 15,74\%$
Respiratorio	$\frac{21}{80} \times 100 = 26,25\%$	$\frac{4}{127} \times 100 = 3,14\%$
Digestivo	$\frac{11}{80} \times 100 = 13,75\%$	$\frac{13}{127} \times 100 = 10,23\%$
Renal	$\frac{10}{80} \times 100 = 12,50\%$	$\frac{5}{127} \times 100 = 3,90\%$
Reproductor	$\frac{5}{80} \times 100 = 6,25\%$	$\frac{8}{127} \times 100 = 6,29\%$

Proporción de distribución de patologías base según sexo

Hombres		Mujeres	
HTA	$\frac{31}{80} \times 100 = 38,75\%$	HTA	$\frac{64}{127} \times 100 = 50,4\%$
Diabetes	$\frac{16}{80} \times 100 = 20\%$	AVE	$\frac{29}{127} \times 100 = 22,8\%$
Epoc	$\frac{13}{80} \times 100 = 16,25\%$	Diabetes	$\frac{17}{127} \times 100 = 13,4\%$
AVE	$\frac{10}{80} \times 100 = 12,5\%$	Parkinson	$\frac{13}{127} \times 100 = 10,2\%$

Proporción de la distribución de patologías base mas frecuente en el Sistema mas frecuente según sexo

Hombres		Mujeres	
HTA	$\frac{31}{80} \times 100 = 38,75\%$	HTA	$\frac{64}{127} \times 100 = 50,4\%$
Cardiopatía Isquémica	$\frac{9}{80} \times 100 = 11,25\%$	Insuficiencia Cardíaca	$\frac{11}{127} \times 100 = 8,66\%$
Insuficiencia Cardíaca	$\frac{6}{80} \times 100 = 7,5\%$	Cardiopatía Isquémica	$\frac{8}{127} \times 100 = 6,3\%$

Proporción de distribución de antecedentes personales en el total de los residentes

Caídas	$\frac{47}{207} \times 100 = 22,7\%$
Episodios HTA	$\frac{14}{207} \times 100 = 6,76\%$
Diarrea	$\frac{11}{207} \times 100 = 5,31\%$
Infección urinaria	$\frac{10}{207} \times 100 = 4,83\%$
Constipación	$\frac{8}{207} \times 100 = 3,86\%$
Bronco-espasmos	$\frac{5}{207} \times 100 = 2,41\%$
Síndrome prostático	$\frac{4}{207} \times 100 = 1,93\%$

Hombres		Mujeres	
Caídas	$\frac{17}{80} \times 100 = 21,25\%$	Caídas	$\frac{30}{127} \times 100 = 23,6\%$
Episodios HTA	$\frac{6}{80} \times 100 = 7,5\%$	Infección urinaria	$\frac{10}{127} \times 100 = 7,87\%$
Broncoespasmos	$\frac{5}{80} \times 100 = 6,25\%$	Constipación	$\frac{8}{127} \times 100 = 6,4\%$
Diarrea	$\frac{4}{80} \times 100 = 5,0\%$	Episodios HTA	$\frac{8}{127} \times 100 = 6,4\%$
Síndrome prostático	$\frac{4}{80} \times 100 = 5,0\%$	Diarrea	$\frac{7}{127} \times 100 = 5,51\%$

CALCULO DE TASAS

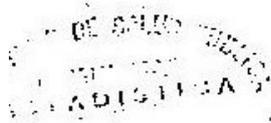
$$\text{Tasa de Prevalencia HTA} = \frac{95}{207} \times 1000 = 458,9 \text{ por mil}$$

$$\text{Tasa de incidencia Caídas} = \frac{47}{207} \times 1000 = 227 \text{ por mil}$$

Tasa de prevalencia = frecuencia de casos (todos)/ población total X 1000

Tasa de incidencia = número de casos nuevos aparecidos durante un periodo determinado/ población total X 1000

ANEXO-6



**PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN FALLECIDOS DE
85 AÑOS y MÁS.
Uruguay, 2001**

No. DE ORDEN	CAUSA DE MUERTE	No. de la CIE 10a. Rev. (Lista 1 de Mort. c/adapt nacionales)	Defunciones	Porcentaje sobre el total de defunciones	Tasa por 100,000 habitantes *
	TODAS LAS CAUSAS		7151	100.0	165.6 **
1	Enf. del aparato circulatorio	1-064	3116	43.6	6780.0
2	Tumores (neoplasias)	1-026	931	13.0	2026.4
	Tumores malignos	(1-027 - 1-046)	(900)	(85.7)****	(1958.9)
	Tumores in situ y tumores benignos	(1-047)	(31)	(3.3)****	(67.5)
3	Infecciones respiratorias agudas y neumonía	1-074 - 1-075	455	6.4	990.3
4	Trastornos mentales y del comportamiento	1-055	363	5.1	790.1
5	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	1-078	253	3.5	660.7
6	Accidentes y efectos adversos	1-095.0	112	1.6	243.8
7	Diabetes Mellitus	1-052	111	1.5	241.6
8	Insuficiencia renal crónica y no especif.	1-086.0 - 1-086.1	89	1.2	193.7
9	Claras enfermedades infecciosas y parasitarias	1-001	80	1.1	174.1
	Septicemia	(1-012)	(55)	(68.8)****	(119.7)
	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	(1-003)	(15)	(18.8)****	(32.8)
	Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos	1-094	511	7.1	1112.2

* Datos de población del INE.
 ** Tasa por 1000 habitantes.
 **** Porcentaje sobre el total de tumores, sobre el total de Enfermedades Infecciosas y sobre el total de Accidentes y efectos adversos.

PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE
AÑO 2001

ORDEN	CAUSA DE MUERTE	No. de Fallecidos (Lista de Mortalidad adapt. nacionales)	Definiciones	Porcentaje Sobre el total de defunciones	Tasa por 100,000 habitantes
	TODAS LAS CAUSAS		31228	100.0	9.3 **
1	Enf. del aparato circulatorio	1-064	10472	33.5	313.4
2	Tumores (neoplasias)	1-026	7447	23.8	222.9
	Tumores malignos	(1-027 - 1-048)	(7242)	(97.2)****	(- 216.7)
	Tumores in situ y tumores benignos	(1-047)	(205)	(2.8)****	(6.1)
3	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	1-076	1269	4.1	38.6
4	Accidentes y efectos adversos	1-095.0	1182	3.8	35.4
5	Infecciones respiratorias agudas y neumonía	1-074 - 1-075	1059	3.4	31.7
6	Trastornos mentales y del comportamiento	1-055	743	2.4	22.2
7	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	1-001	663	2.1	19.8
	Septicemia	(1-012)	(296)	(44.6)****	(8.9)
	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	(1-003)	(66)	(10.0)****	(2.0)
	Sida	(1-020)	(150)	(22.6)****	(4.5)
	Tuberculosis	(1-005 - 1-006)	(67)	(10.1)****	(2.0)
8	Diabetes Mellitus	1-052	656	2.1	19.6
9	Lesiones autoinfligidas intencionalmente (Suicidio)	1-101	605	1.6	15.1
10	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	1-092	296	0.9	6.7 ***
11	Insuficiencia renal crónica y no especif.	1-089.0 - 1-089.1	300	1.0	9.0
12	Cirrosis, fibrosis y enf. alcohólica del hígado	1-080.1	224	0.7	6.7
	Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos	1-094	2295	7.3	60.7

* Datos de población del INE.

** Tasa por 1000 habitantes.

*** Tasa por 1000 nacidos vivos.

**** Porcentaje sobre el total de tumores, sobre el total de Enfermedades Infecciosas y sobre el total de Accidentes y efectos adversos.

PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN FALLECIDOS DE
65 - 69 AÑOS.
Uruguay, 2001

No. DE ORDEN	CAUSA DE MUERTE	No. de la CIE-10a.Rev. (Lista 1 de Mort. adapt nacionales)	Defunciones	Porcentaje sobre el total de defunciones	Tasa por 100,000 habitantes **
	TODAS LAS CAUSAS		2884	100.0	22.4 **
1	Tumores (neoplasias)	1-026	990	33.18	741.8
	Tumores malignos	(1-027 - 1-048)	(955)	(98.6)****	(715.3)
	Tumores in situ y tumores benignos	(1-047)	(35)	(3.5)****	(28.2)
2	Enf. del aparato circulatorio	1-064	907	30.4	679.4
3	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	1-076	167	5.3	117.6
4	Diabetes Mellitus	1-052	74	2.5	65.4
5	Accidentes y efectos adversos	1-095.0	68	2.3	60.9
6	Infecciones respiratorias agudas y neumonía	1-074 - 1-076	64	2.1	47.9
7	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	1-001	54	1.8	40.4
	Septicemia	(1-012)	(37)	(68.6)****	(27.7)
	Sida	(1-020)	(0)	(0.0)****	(0.0)
8	Lesiones autoinfligidas intencionalmente (Suicidio)	1-101	37	1.2	27.7
9	Cirrosis, fibrosis y enf. alcohólica del hígado	1-060.1	36	1.2	27.0
	Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos	1-094	240	8.0	179.8

* Datos de población del INE.

** Tasa por 1000 habitantes.

**** Porcentaje sobre el total de tumores, sobre el total de Enfermedades Infecciosas y sobre el total de Accidentes y efectos adversos

PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN FALLECIDOS DE
70 - 74 AÑOS.
Uruguay, 2001

No. DE ORDEN	CAUSA DE MUERTE	No. de la CIE 10a. Rev. (Lista de Mort. Internat. nacionales)	Defun- ciones	Porcentaje sobre el total de defunciones	Tasa por 100,000 habitan- tes
	TODAS LAS CAUSAS		3999	100.0	33.3 **
1	Enf. del aparato circulatorio	1-064	1356	33.9	1130.6
2	Tumores (neoplasias)	1-026	1218	30.6	1016.5
	Tumores malignos	(1-027 - 1-044)	(1200)	(93.4)****	(1000.7)
	Tumores in situ y tumores benignos	(1-047)	(18)	(1.6)****	(15.8)
3	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	1-076	214	5.4	178.6
4	Diabetes Mellitus	1-052	108	2.7	90.1
5	Infecciones respiratorias agudas y neumonía	1-074 - 1-075	84	2.1	70.0
6	Accidentes y efectos adversos	1-095.0	76	1.9	63.4
7	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	1-001	63	1.6	52.6
	Septicemia	(1-012)	(39)	(61.9)****	(32.6)
	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	(1-093)	(7)	(11.1)****	(6.8)
	Sida	(1-020)	(5)	(1.6)****	(0.8)
8	Trastornos mentales y del comportamiento	1-035	63	1.3	44.2
9	Lesiones autoinfligidas intencional- mente (Suicidio)	1-101	44	1.1	36.7
	Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos	1-094	297	7.4	247.7

* Datos de población del INE.

** Tasa por 1000 habitantes.

**** Porcentaje sobre el total de tumores, sobre el total de Enfermedades Infecciosas y sobre el total de Accidentes y efectos adversos.

PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN FALLECIDOS DE
75 - 79 AÑOS.
Uruguay, 2001

No. DE ORDEN	CAUSA DE MUERTE	No. de la CIE (10a. Rev. Lista de Mort. ciudadpt nacionales)	Defun- ciones	Porcentaje sobre el total de defunciones	Tasa por 100,000 habitan- tes **
	TODAS LAS CAUSAS		4517	100.0	61.9 **
1	Enf. del aparato circulatorio	1-064	1897	40.0	2076.7
2	Tumores (neoplasias)	1-028	1166	25.8	1340.0
	Tumores malignos	(1-027 - 1-046)	(1142)	(97.9)****	(1312,4)
	Tumores in situ y tumores benignos	(1-047)	(24)	(2.1)****	(27.6)
3	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	1-076	257	5.7	285.4
4	Diabetes Mellitus	1-052	143	3.2	154.3
5	Infecciones respiratorias agudas y neumonía	1-074 - 1-075	127	2.8	145.0
6	Trastornos mentales y del comportamiento	1-055	109	2.4	125.3
7	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	1-001	72	1.6	82.7
	Septicemia	(1-012)	(45)	(62.5)****	(51.7)
	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	(1-003)	(10)	(13.9)****	(11.5)
8	Accidentes y efectos adversos	1-025.0	69	1.3	67.8
	Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos	1-094	300	6.6	344.776

* Datos de población del INE.

** Tasa por 1000 habitantes.

**** Porcentaje sobre el total de tumores, sobre el total de Enfermedades Infecciosas y sobre el total de Accidentes y efectos adversos

PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN FALLECIDOS DE
80 - 84 AÑOS.
Uruguay, 2001

No. DE ORDEN	CAUSA DE MUERTE	No. de la CIE-10 Rev. (Lista 1 de Mort. adapt. nacionales)	Defunciones	Porcentaje sobre el total de defunciones	Tasa por 100,000 habitantes **
	TODAS LAS CAUSAS		4358	100.0	79.8
1	Enf. del aparato circulatorio	1-064	1811	41.3	3293.3
2	Tumores (neoplasias)	1-026	909	20.7	1653.0
	Tumores malignos	(1-027 - 1-046)	(892)	(95.1)****	(1622.1)
	Tumores in situ y tumores benignos	(1-047)	(17)	(1.9)****	(30.9)
3	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	1-076	243	5.6	441.9
4	Infecciones respiratorias agudas y neumonía	1-074 - 1-075	156	3.6	283.7
5	Trastornos mentales y del comportamiento	1-058	152	3.6	276.4
6	Diabetes Mellitus	1-052	104	2.4	189.1
7	Accidentes y efectos adversos	1-095.0	64	1.5	116.4
8	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	1-001	61	1.2	92.7
	Septicemia	(1-012)	(28)	(54.9)****	(50.9)
	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	(1-003)	(10)	(19.8)****	(18.2)
	Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos	1-094	252	5.7	458.3

* Datos de población del INE.

** Tasa por 1000 habitantes.

**** Porcentaje sobre el total de tumores, sobre el total de Enfermedades infecciosas y sobre el total de Accidentes y efectos adversos

FE DE ERRATAS

Pag				
2	Donde dice	Palabras Claves	Debe decir	Palabras Clave
2	Donde dice	Perfil Epidemiológico y Socio demográfico	Debe decir	Perfiles Epidemiológicos y socio demográficos
3	Donde dice	Un docente	Debe decir	Dos docentes
11	Donde dice	Esperanza de vida	Debe decir	Esperanza de vida
12	Donde dice	27000 y a 30000	Debe decir	27000 a 30000
34	Donde dice	Cada residente	Debe decir	A cada residente
35	Donde dice	tubo	Debe decir	tuvo
35	Donde dice	Ver anexo 3	Debe decir	Ver anexo 4
35	Donde dice	Se tomarán	Debe decir	Se tomaron
48	Donde dice	Destacamos de la tabla	Debe decir	Destacamos del gráfico
51	Donde dice	En ésta tabla	Debe decir	En éste gráfico
53	Donde dice	Observar en la tabla	Debe decir	Observar en el gráfico
55	Donde dice	hogar español	Debe decir	Hogar Español
55	Donde dice	Del perfil social	Debe decir	Del perfil sociodemográfico
55	Donde dice	Ver anexo 4	Debe decir	Ver anexo 6
56	Donde dice	Ver anexo 5	Debe decir	Ver anexo 6
57	Donde dice	Ver anexo 4 (ambas veces)	Debe decir	Ver anexo 5
59	Donde dice	Importancia que la información	Debe decir	Importancia de la información
		Anexo 1 Metodología		
A 1	Donde dice	Prevención, rehabilitación	Debe decir	Prevención y rehabilitación
A 1	Donde dice	Integral cada residente	Debe decir	Integral a cada residente
		Anexo 1 Fuente de datos		
A 1	Donde dice	Utilizamos	Debe decir	utilizaremos
		Anexo 1 Instrumento		
A 1	Donde dice	Un interrogatorio	Debe decir	Con un interrogatorio
A 1	Donde dice	Acabo	Debe decir	A cabo