



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
CENTRO DE POSGRADO  
MAESTRÍA EN SALUD COMUNITARIA**

# **INTENTO DE AUTOLIMITACIÓN, FACTORES DE RIESGO EXPRESADOS POR ADULTOS MAYORES**

**Autor:**

Lic. Esp. Silvia González

**Tutor:**

Prof. Agda. PhD. Graciela Noemí Umpiérrez Chávez

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

**Montevideo, 2021**



## FACULTAD DE ENFERMERÍA



### DICTAMEN DEL ACTO DE DEFENSA

Siendo las \_\_\_\_\_, del día \_\_\_ del mes \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_ en la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República, este tribunal compuesto por:

Presidente:

\_\_\_\_\_

Vocales:

\_\_\_\_\_

Tutor:

\_\_\_\_\_

Después de evaluar la tesis del aspirante:

\_\_\_\_\_

Titulada:

\_\_\_\_\_

Evaluar la presentación y criterios del tesista, hacen las siguientes consideraciones:

1. Sobre el acto de defensa.

\_\_\_\_\_

2. Sobre las respuestas del tesista a los miembros del tribunal.

\_\_\_\_\_

3. Sobre el cumplimiento de las normas de redacción y presentación.

\_\_\_\_\_

4. Sobre la aplicación de la tesis y su contribución a la práctica social.

\_\_\_\_\_

Por lo antes expuesto este tribunal acuerda otorgar la calificación de \_\_\_\_\_ al acto de defensa de la tesis referida y proponer a la Decana de la Facultad, que se le otorgue el título de MASTER En:

\_\_\_\_\_

a:

\_\_\_\_\_

Recomendaciones:

\_\_\_\_\_

**Firman:**

\_\_\_\_\_ **Vocal**

\_\_\_\_\_ **Vocal**

\_\_\_\_\_ **Presidente**



## AGRADECIMIENTOS

Estoy profundamente agradecida con todas las personas que se cruzaron en mi vida y de maneras diferentes aportaron un granito de arena para inspirarme desde el comienzo de la maestría y principalmente a finalizar la tesis.

Un especial agradecimiento a mi querida amiga Lic. Leticia Sobrera quien tuvo mucha fe en mí desde el comienzo, también a la Facultad de Enfermería por brindarme la posibilidad de realizarla.

Además, expresar mi gratitud y reconocimiento especial a mi tutora Prof. Agda. PhD. Graciela Noemí Umpiérrez Chávez quien me apoyo, acompañó y ayudo brindando generosamente todos sus conocimientos en todo el proceso de la tesis, soportando mis caídas, ayudándome a levantarme, y apuntalando.

Así como a los responsables de la cátedra de Geriátrica de la Facultad de Medicina, por permitirme realizar en ese entorno las entrevistas Adultos Mayores que concurren a la misma, al personal de Enfermería, Licenciada y Auxiliar, quienes fueron piezas fundamentales para la obtención del contacto con los Adultos Mayores.



## LISTA DE FIGURAS - TABLAS - GRÁFICOS

### FIGURAS

Nº	Título	Pág.
1	Matriz de categorización	29
2	Zona de residencia	34

### TABLAS

Nº	Título	Pág.
1	Categorías – Subcategoría	31
2	Edad de los Entrevistados	32
3	Convivencia - Número de hijos	37

### GRÁFICOS

Nº	Título	Pág.
1	Edad de los Entrevistados	32
2	Sexo de los Entrevistados	33



## FACULTAD DE ENFERMERÍA



### SIGLAS

<b>AM</b>	Adulto Mayor
<b>CNHPS</b>	Comisión Nacional Honoraria de Prevención de Suicidio
<b>CT_PSM</b>	Comisión Técnica del Programa Nacional de Salud Mental
<b>DeCs</b>	Descriptores en Ciencias de la Salud
<b>DM</b>	Diabetes Mellitus
<b>HTA</b>	Hipertensión Arterial
<b>HU</b>	Hospital Universitario
<b>IAE</b>	Intento de Autoeliminación
<b>INE</b>	Instituto Nacional de Estadística
<b>FR</b>	Factores de Riesgos
<b>MEVIR</b>	Movimiento Pro Erradicación de la Vivienda Rural Insalubres
<b>MSP</b>	Ministerio de Salud Pública
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>ONU</b>	Organización de las Naciones Unidas
<b>OPS</b>	Organización Panamericana de la Salud
<b>Udelar</b>	Universidad de la República



## RESUMEN

En Uruguay la cifra de Intentos de autoeliminación viene aumentando, encontrándose el mayor porcentaje en Adultos Mayores de 65 años.

El MSP desde la Atención integral de la Salud Mental desarrolla estrategias de prevención, considerando fundamental la intervención de todos entendiendo que la conducta suicida y el Intento de Autoeliminación no constituyen por sí mismas una enfermedad, sino una acción a consecuencia de complicaciones de la vida de las personas.

En este contexto es relevante identificar los posibles factores de riesgo ya sea como probabilidad de producido por un resultado adverso, o como factor que aumenta esa probabilidad.

Entendiendo que como Factores de Riesgo del suicidio se entrelazan los ambientales, psicológicos, sociales y físicos, variando de acuerdo a los diferentes ciclos de vida, siendo los Adultos mayores uno de los grupos etarios de mas vulnerables. En este contexto se entendió relevante Analizar los Factores de Riesgo de Intento de Autoeliminación que expresan los Adultos Mayores que asisten a la Policlínica de Geriátría del Hospital Universitario.

Se aplicó la metodología cualitativa, fenomenológica, recabando datos por medio de entrevistas en profundidad a Adultos Mayores que asisten a la policlínica de Geriátría del Hospital Universitario realizadas en sus domicilios, dado el contexto de la pandemia.

Para el análisis de los datos recabados a los 13 entrevistados se codificaron 5 categorías y subcategorías.

Se concluyó que el objetivo fue cumplido desde el fortalecimiento de la metodología, apelando a más de las expresiones verbales a las no verbales como elementos que las acompañaron.

Además, el partir del contexto de la asistencia del entrevistado, policlínica del Hospital Universitario que constituyo un factor de protección, considerado en el proceso se suma la importancia del factor relacionado a la pandemia.

Dejando la necesidad de continuar ampliando el conocimiento del tema.

**Palabras Claves:** Factores de riesgo Adulto mayor.Intentos de Autoeliminación



## ABSTRACT

In Uruguay, the number of Self-elimination attempts has been increasing, with the highest percentage being found in Adults over 65 years of age.

The MSP from the Comprehensive Mental Health Care develops prevention strategies, considering that everyone's intervention is fundamental, understanding that suicidal behavior and the Self-Elimination Attempt do not constitute by themselves a disease, but an action as a consequence of complications in the life of people.

In this context, it is relevant to identify the possible risk factors either as a probability of produced by an adverse result, or as a factor that increases that probability.

Understanding that as Risk Factors for suicide, environmental, psychological, social and physical are intertwined, varying according to different life cycles, with the elderly being one of the most vulnerable age groups. In this context, it was understood relevant to Analyze the Risk Factors of Self-Elimination Attempts expressed by Older Adults who attend the Geriatrics Polyclinic of the University Hospital.

The qualitative, phenomenological methodology was applied, collecting data through in-depth interviews with Older Adults who attend the Geriatrics polyclinic of the University Hospital carried out in their homes, given the context of the pandemic.

For the analysis of the data collected from the 13 interviewees, 5 categories and subcategories were coded.

I conclude that the objective was fulfilled from the strengthening of the methodology, appealing to more than verbal expressions to non-verbal ones as elements that accompanied them.

In addition, starting from the context of the interviewee's assistance, the polyclinic of the University Hospital that constituted a protection factor, considered in the process, adds the importance of the factor related to the pandemic. leaving the need to continue expanding the knowledge of the subject.

**Keywords:** Risk factors    Older adult    Self-elimination attempt



**TABLA DE CONTENIDO**

<b>1.</b>	<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>1</b>
<b>2.</b>	<b>ANTECEDENTES</b>	<b>5</b>
<b>3.</b>	<b>OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN</b>	<b>9</b>
<b>4.</b>	<b>MARCO CONCEPTUAL</b>	<b>10</b>
<b>5.</b>	<b>MARCO REFERENCIAL</b>	<b>21</b>
<b>6.</b>	<b>METODOLOGÍA</b>	<b>25</b>
<b>7.</b>	<b>RESULTADO</b>	<b>28</b>
<b>8.</b>	<b>ANÁLISIS</b>	<b>47</b>
<b>9.</b>	<b>CONCLUSIONES</b>	<b>52</b>
<b>10.</b>	<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>53</b>
<b>11.</b>	<b>ANEXOS</b>	<b>58</b>



## 1.INTRODUCCIÓN

Partiendo que en los múltiples sentidos que se aborda el concepto de salud se apunta a la consideración integral donde lo físico, mental, emocional, social, se interrelacionan con el medioambiente generando una calidad de vida en el desarrollo personal de los individuos, destacándose que la naturaleza de todos estos aspectos son relevantes tanto para inclinar, fortalecer o debilitar variables emocionales que condicionen estados anímicos que impulsen al Intento de Autoeliminación (IAE), llegando al suicidio.

Varios autores consideran que el IAE, es más que el síntoma de una patología mental ya que lo integra lo afectivo y ético transformándose en un significado existencial. De hecho, al analizar profundamente dicho fenómeno se pueden encontrar entre sus causas aspectos de diversos orígenes tanto sociológicos como también psicológicos, emocionales, clínicos e incluso filosóficos.

Al respecto Sánchez, E. menciona que:

*“El suicidio es un tema del que se habla poco, ha devenido un tant tabú, causa vergüenza a los allegados, nos interpela y constituye un reto para los profesionales del mundo socio sanitario. De todos modos, el suicidio es un fenómeno humano universal que ha estado presente en todas las épocas históricas. Tanto las conductas suicidas como el suicidio consumado representan un importante problema de Salud Pública en todo el mundo. Por ello, es importante conocer sus factores determinantes, centrándonos nosotros en esta charla en los referidos a los ancianos” (1).*

Sin duda alguna, este autor ofrece un aspecto importante a considerar en torno al suicidio y es que al ser un fenómeno universal requiere de la atención consideración debida para ser atendido.



Este representa uno de los principales problemas de salud pública en países desarrollados, pero también se suscita en países en vías al desarrollo.

A nivel social el IAE o suicidio representa una de las patologías que actualmente genera mayores tabúes, conducidos por la variedad de creencias existente en su entorno, lo cual ha llevado a muchos a condenarlo y evitar el tema, cuando quizás el hablarlo abiertamente permitiría mermar los estigmas alrededor de él.

Por su parte la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su portal web menciona entre otras cosas que “el suicidio es la segunda causa principal de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años” y “el 79% de todos los suicidios se producen en países de ingresos bajos y medianos” (2). Cerca de 800000 personas se suicidan cada año y, no obstante, a pesar de que usualmente se suele mencionar el suicidio en personas con edad comprendidas en la adolescencia, además se suscita en las personas de la tercera edad con mucha frecuencia.

Así, Larrobla, y otros, mencionan en su investigación, que en Uruguay el suicidio de Adultos Mayores (AM) constituye un problema preocupante desde hace bastante tiempo (3). Entre los años 2016 al 2019, su registro ha constituido uno de los peores de la historia, correspondiendo la cifra en el 2019 a 723 conformado por un 80% de hombres y un 20% de mujeres, cifras que aumentan con la edad y más elevadas que las causadas por siniestros en el tránsito.  Situación incrementada en la población de AM en el país, como ya lo mostraba el censo poblacional del Instituto Nacional de Estadística (INE) del año 2011 con un total de 463.726 AM, representando el 14,11% de la población total (4).

En ellos, junto a los cambios relacionados con el paso de los años que llevan a la inactividad sumándose muchas veces a condiciones físicas inadecuadas, así como condiciones sociales que llevan al abandono, soledad,.



depresión, estados de angustia, constituyendo Factores de Riesgo (FR) para el IAE.

En este sentido la salud pública representa uno de los principales elementos de responsabilidad no sólo del estado y las instituciones gubernamentales bajo las cuales se encuentra regido el país, sino también es responsabilidad del cumplimiento de las leyes en su marco normativo y de la propia ciudadanía. De esta forma, cuando se reconoce un problema de salud en la población, es imperativo la atención que al mismo se le debe brindar desde los ámbitos mencionados, así como su prevención.

Estas características no pasan inadvertidas en aquellos servicios de atención al AM, como es el caso de la Policlínica de Geriátrica a cargo de la cátedra de Geriátrica de la Facultad de medicina en el Hospital Universitario (HU) donde se brinda atención integral con énfasis en la prevención y promoción de la salud en esa etapa de la vida.

En este contexto esta situación en crecimiento es considerada por los profesionales de la salud como uno de los problemas a ser tratados con mayor cuidado, debido a que desafía a uno de los instintos evolutivos que mantiene el ser humano como es el de la supervivencia, la que disminuye en los AM que van perdiendo el sentido a la vida y se constituye como otro factor de riesgo.

Evidentemente que al referirnos a una preocupación de los profesionales de la salud se integra como elemento de consideración en la preparación profesional de estos profesionales desde la enseñanza.

Esta investigación tomó relevancia debido a que el IAE en adultos mayores constituye uno de los principales problemas de salud pública de la sociedad uruguaya a ser atendido, tanto desde el punto de vista político, económico y social como también clínico y psicológico, considerando al mismo como un problema multifactorial, conformando factores de riesgos.



## FACULTAD DE ENFERMERÍA



Por otro lado, el HU Dr. Manuel Quíntela constituye una institución de salud de “alta complejidad”, en interrelación con todos los servicios de la Universidad de la República (Udelar), más específicamente los del Área de la Salud; ofertando atención al AM, desde la prevención de enfermedad hasta patologías avanzadas.

Referido a la Prevención de Enfermedades y promoción de la Salud ofrece su atención en la Policlínica de Geriátrica, a cargo de la Cátedra de Geriátrica de la Facultad de Medicina.

Entendiendo que la expresión de los propios involucrados, los AM, permitiría dar continuidad a investigaciones realizadas en el entorno de la autoeliminación por parte de los AM y poder sacar conclusiones sobre los factores de riesgos y conocer los que llevan a estas personas a cometer dichos actos, cuya posterior difusión puede derivar a cambios de estrategias para la disminución de los mismos.

De este contexto se desprende la pregunta Problema ¿Qué factores de riesgo de Intento de Autoeliminación, expresan los adultos mayores que concurren a la policlínica de Geriátrica del Hospital Universitario?

Para alcanzar su respuesta se aplica la Metodología cualitativa, fenomenológica, constituyéndose la población por AM que concurren a dicha policlínica, en un proceso transitado por un accionar ético, aplicando a los resultados el análisis de contenido culminando con las conclusiones generales.



## 2. ANTECEDENTES

Con el objetivo de fortalecer el tema a desarrollar, se buscaron antecedentes sobre los conocimientos con la realización de una revisión bibliográfica.

Se partió de las palabras claves: Factores de Riesgo, Intento de Autoeliminación, Adulto Mayor, identificadas entre los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCs) que permitieron la descripción de los contenidos relacionados con el tema en los artículos seleccionados.

**Factores de Riesgo:** (Risks inglés, Factor español, Factor portugués)

Aspecto del comportamiento personal o estilo de vida, exposición ambiental, característica innata o creada, que sobre la base de evidencia epistemológica se sabe que está asociada con alguna afección con la salud que es considerada importante prevenir.

**Adulto Mayor:** (Aged inglés, Anciano español, Idoso portugués)

Persona mayor de 65 años de edad.

**Suicidio:** (Suicidio inglés, Suicidio español, Suicidio portugués).

Acto de matarse a sí mismo.

Para esta revisión se consideraron como **criterios de inclusión.**

**Años:** 2014 al 2019.

**Idiomas:** Español y portugués.

**Autores y Países.** Todas Publicaciones: todas a texto completo.

La búsqueda se realizó en las bases de datos Scielo y Lilacs. Primeramente, se seleccionan los artículos desde los criterios de inclusión y de estos se caracterizaron los principales resultados de sus contenidos,



considerando: Títulos, Objetivos, Resumen y Conclusiones buscando su relación con la temática y luego su análisis.

**Resultados:** se encontraron 577 artículos (Scielo 225, Lilacs 352) de los cuales según criterios de inclusión se seleccionaron 10 (Scielo 1, Lilacs 9)

En relación a los **años:** 5 de ellos corresponden al año 2017 y el resto de los artículos 1 por cada uno de los años 2014,2015,2016,2018 y 2019.

En cuanto al **idioma:** 4 artículos estaban en portugués y 6 en español.

En relación a los **países:** España y Brasil están representados con 4 cada uno, Chile y Costa Rica 1 cada uno.

Mientras que los **autores** no se repiten.

Con respecto a los **contenidos** se destaca que:

El suicidio se considera como una de las principales causas de muerte en el mundo (5), mientras que otros autores en el año 2012 lo clasifican en dos vertientes: la primera el suicidio auténtico, identificado por acciones eficaces para su cometido, correspondiendo mayoritariamente a varones entre los 40 y los 60 años y la segunda el para suicidio o gesto suicida, integrado por acciones auto agresivas no dirigidas a la autoeliminación, pudiendo llegar a un suicidio (6).

En referencia al suicidio del AM, profesionales de salud entienden que, debido a la letalidad de los intentos, se debe considerar un problema grave y real de la salud pública (7).



En la Habana Cuba, en el año 2012 la mayoría de los suicidios corresponden AM de más de 60 años. Quienes utilizaron métodos más mortales (armas y ahorcamiento) que los jóvenes y dando menos señales de aviso (6)).

En una investigación realizada en Costa Rica, se consideró la población mayor de 65 años un grupo vulnerable a cometer suicidio, con riesgo 1.5 veces mayor con respecto a los jóvenes (3).

Rodríguez, J y otros consideran que en esta etapa de la vida las personas suelen ser más propensas a desarrollar conductas y pensamientos relacionados con la depresión es por ello la necesidad de analizar los factores de riesgo para realizar intentos de autoeliminación (8).

Respecto a los Factores de Riesgo del suicidio, De Bedout los analiza desde un punto de vista histórico, sociológico y psicológico, destacando entre los rasgos característicos de una persona suicida la agresividad, irritabilidad y el aislamiento social (5).

En otro ámbito en relación con el IAE del AM se considera que, en esta etapa suelen ser más propensos a desarrollar conductas y pensamientos relacionados con la depresión es por ello la necesidad de analizar los FR, ya que los mismos cometen actos de suicidio con base en la experiencia registrada. El envejecimiento y sus cambios retan al individuo, de manera que su fracaso predispone a conductas suicidas.

Para Santurtún, M. y otros: “La depresión, los hábitos tóxicos y la ansiedad se han identificado como algunos de los principales factores de riesgo en los intentos de suicidio” (9).

Sostiene que para comprender las conductas suicidas es necesario considerar los análisis de factores de riesgo biológicos, sociales, económicos y educacionales.



## FACULTAD DE ENFERMERÍA



En Uruguay Heuguerot, C y otros acuerdan que no existen publicaciones sobre el tema lo que dificulta el análisis del mismo más en el AM (7). Con respecto a esto, profesionales de la salud entienden que el intento de autoeliminación en esta población constituye un problema relacionado a la legalidad de los mismos.

Como conclusión se destaca que, si bien no aparecen artículos uruguayos, relacionados con la temática; los datos encontrados fortalecen su relevancia para la investigación sobre todo en el país.

En los 10 artículos se destaca el alto porcentaje de AM entre los suicidas de varios países. Los factores de riesgo y su conocimiento se distinguen como elementos primordiales para la prevención.



### 3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

#### **Objetivo General**

Analizar los Factores de Riesgo de Intento de Autoeliminación que expresan los Adultos Mayores que asisten a la Policlínica de Geriátrica del Hospital Universitario.

#### **Objetivos específicos**

Identificar las principales características de los Adultos Mayores que asisten a la Policlínica de Geriátrica del Hospital Universitario.

Distinguir los factores de riesgo de Intento de Autoeliminación expresadas por los Adultos Mayores que asisten a la Policlínica de Geriátrica del Hospital Universitario.

Examinar los factores de riesgo de Intento de Autoeliminación expresadas por los Adultos Mayores que asisten a la Policlínica de Geriátrica del Hospital Universitario.



#### 4. MARCO CONCEPTUAL

En esta sección se condensa la información teórica pertinente con el tema que se investiga, en ella se inserta lo obtenido luego de una búsqueda detallada y concreta para que la temática del objeto de estudio presente un soporte teórico, que se pueda debatir, ampliar, conceptualizar y concluir.

Se presentan aspectos para abordar el tema de investigación, y presentar concepciones, ideas, pensamientos producidos por autores, así como algunos basamentos teóricos relevantes.

##### **Adulto Mayor**

La OMS considera como AM a toda persona mayor de 60 años, siendo clasificada entre 60 y 74 años como de edad avanzada, de 75 a 90 viejas o ancianas, y las que sobrepasan los 90 se les denomina grandes viejos o grandes longevos (10). Según la Dra. Margaret Chan (Directora General de la OMS). Hoy, incluso en los países más pobres más personas están viviendo mayor cantidad de años, lo que no asegura que tengan una buena calidad de vida, por lo que no alcanza con estar orgullosos de los años conseguidos, no solo necesitan combatir enfermedades sino vivir en ambientes que faciliten el desarrollo de su potencial.

Se considera el envejecimiento como el:

“Proceso fisiológico que comienza en la concepción y ocasiona cambios en las características de las especies durante todo el ciclo de la vida; esos cambios producen una limitación de la adaptabilidad del organismo en relación con el medio. Los ritmos a que estos cambios se producen en los diversos órganos de un mismo individuo o en distintos individuos no son iguales” (11)



El envejecimiento, según referencia de Aldaba y otros, conlleva generalmente a cambios que ocasionan, dependencia, rigidez psíquica, dificultad de adaptación, menor interés, disminución de las relaciones, actitudes pasivas (12).

Además, para el MSP en el año 2017, en quien transita la llamada Tercera edad “las enfermedades físicas suelen tener una repercusión emocional y no contar con el sostén apropiado”; podrían enfrentar circunstancias vitales adversas y complejas, incrementadas con sentimientos de pérdida general (13).

### **Autoeliminación o Suicidio**

El Suicidio, constituye un acto voluntario, auto infligido, de amenaza vital, que termina con la muerte. Se refiere al acto de quitarse la propia vida, y constituye una de las principales causas de muerte en el mundo, su ocurrencia se remonta a épocas remotas. Sin distinción de raza, edad, sexo o color (14).

Para Larrobla y otros, como tema preocupante, en Uruguay viene siendo analizado desde 1998 (3). Por su parte, la Comisión Nacional Honoraria de Prevención de Suicidio (CNHPS) (OPS, 2014) identifica que en el año 2014 se asistieron en servicios de salud, 3.365 personas con Intento de autoeliminación.

David Buss entre algunos resultados de la encuesta sobre psicología evolutiva, destaca. “(...) los pensamientos suicidas están correlacionados con sentirse una carga para los demás y, especialmente en el caso de los hombres, pocas perspectivas de reproducción. Para las personas mayores de 70 años, los pensamientos suicidas están correlacionados con una mala salud o problemas financieros. En relación a los Factores de riesgo de suicidio en el AM (15).



En este periodo de la vida el suicidio, se constituye en una de las importantes causas de muerte; presentando tanto el suicidio como la conducta suicida con rasgos que la distinguen, aunque las señales de aviso son menos y más difíciles de detectar, para Pérez ; Rivot y otros autores; se trata de actos menos impulsivos, más meditados y más eficaces. Constituyendo en general la relación de 15 a 20 intentos de autoeliminación por cada suicidio, mientras que en ancianos esa relación es de cuatro a uno (13).

Entre los rasgos característicos del suicidio en personas mayores Sánchez (1) considera a los :

- Intentos de autolesiones.
- Uso de métodos letales.
- Mostrar menos señales de aviso.
- Actos premeditados y reflexivos.
- Pueden adquirir formas de suicidio pasivo (dejarse morir).

Además, entiende que en los AM presentan síntomas de depresión o algún trastorno psicológico los que muchas veces no son tomados con la debida atención.

Entiende, que la presencia del Suicidio se basa en 2 modelos.

El etiológico, estrés-diátesis, considerando al estrés como una reacción fisiológica del organismo en el que se producen dispositivos de defensa ante la situación sentida como amenazante o demandante, constituyéndose, como respuesta de supervivencia demanda incrementada. Sumado a la Diátesis como la propensión orgánica a padecer enfermedad, genética o adquirida por factores ambientales. Este modelo es planteado en las enfermedades mentales, donde a la predisposición hay que añadir un acontecimiento ambiental estresante, está basado en las características de algunos individuos que los impulsa con reacciones particulares a estímulos el medio ambiente.



Los factores estresantes que se asocian al comportamiento suicida son generalmente experiencias traumáticas, enfermedades psiquiátricas como la depresión, así como las crisis psicosociales y el aspecto genético.

El segundo se basa en un proceso relacionado con las características de la personalidad y la interacción con el medio ambiente, estableciendo una secuencia progresiva que comienza con el mismo pensamiento. En él se detectan pensamientos de derrota, imposibilidad de escape con alteraciones de memorias personales y déficit para resolver problemas.

En este contexto, Pérez, considerando que los AM, conforman el segmento de edad de mayor crecimiento en la población, se verá incrementado el número de sus suicidios, considerándose que se duplicará para el 2030, por lo que se hace necesario profundizar en el conocimiento de los factores de riesgo en la vejez para atenuar en cierta medida dicha predicción. (16).

### **Expresión**

La palabra expresión proviene del término latino, *expressus* que significa “exprimido”, “salido”. Para transmitir una expresión basta con sacarla, se dé o no la recepción “Expresar” es simplemente “sacar”; es manifestar los pensamientos y las impresiones de nuestra realidad por medio de la palabra, gestos o actitudes”; “es la representación, a través de símbolos e imágenes de una manifestación de nuestra propia individualidad, y puede estar dirigida o no a otro sujeto” (17)

### **Riesgo**

Echemendía Belkis, refiere que el riesgo se constituye de dos elementos, la probabilidad de que un resultado negativo ocurra y la dimensión de ese resultado (18).

O sea  $\text{Riesgo} = \text{probabilidad} \times \text{consecuencias}$ .



Los riesgos se pueden reducir disminuyendo las probabilidades a través de las medidas de prevención y las consecuencias a través de las medidas de protección.

### Factores de Riesgo

La aplicación del enfoque de riesgo al estudio de la conducta suicida es uno de los pasos más importantes en el conocimiento y prevención del suicidio producido a nivel mundial, ya que los Factores de Riesgo (FR) pueden ser causa o indicadores del comportamiento, pero su importancia radica en que son observables o identificables antes de la ocurrencia de este, permitiendo una mirada preventiva, adecuada y oportuna a fin de evitar dicha conducta patológica (19).

De acuerdo con la OMS un FR es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión (20).

Determinando a los FR del suicido como:

- 1) Los primarios: trastornos psiquiátricos y enfermedad médica crónica.
- 2) Los secundarios, que presentan una actitud disfuncional, como la dificultad en la solución de problemas y el pesimismo.
- 3) Los terciarios, integran los factores demográficos como la edad, el género, inciertos periodos vulnerables, formar parte de un grupo socialmente minoritario perseguido o vetado. Las poblaciones en edad extremas se consideran más vulnerables por factores como la depresión en la tercera edad que se suma a otras patologías y conlleva, por su parte hay una relación muy estrecha con los trastornos afectivos.



En otro sentido Gutiérrez, Contreras y Chajal, analizan dentro de los factores de riesgo del Suicidio a los (21).

- Factores psicosociales: Pérdida reciente (padres en la infancia) Inestabilidad familiar.
- Rasgos de personalidad: impulsividad, agresividad, labilidad de humor.
- Historia familiar de trastornos psiquiátricos: (Depresión, Esquizofrenia
- Ansiedad, Enfermedad bipolar, Alcoholismo, Suicidio).
- Aislamiento social o soledad: Desesperanza (No vivir con la familia, no contar con alguien).
- Estado civil: viudos, separados/divorciados, solteros, casados.
- Historia previa de hospitalización por autolesiones.
- Tratamiento psiquiátrico anterior.
- Factores bio psiquiátricos.
- Género masculino, depresión, alcoholismo, drogadicción, esquizofrenia.
- Trastornos de personalidad: antisocial Intento de suicidio previo.
- Enfermedades: discapacitantes, dolorosas, termina la incapacidad para afrontar y resolver problemas.

En el mismo sentido la Comisión Técnica del Programa Nacional de Salud Mental (CT\_PNSM) en la guía de Prevención y detección de FR de conductas Suicidas, indica la importancia de identificar FR, tanto asociados al comportamiento suicida, como trastornos mentales que aumentan el riesgo, identificando entre ellos los:

**FR Sociales:** -Tensión social. - Cambio de posición socioeconómica. - Problemas con las redes sociales de apoyo. - Pérdidas personales. - Pérdida de empleo.

- Catástrofes. - Desarraigo.- Aislamiento - Exposición al suicidio de otras personas. - Violencia ambiental, de género y violencia intergeneracional.



**FR Familiares:** - Funcionamiento familiar problemático. - Alta carga familiar suicida. - Abandono afectivo y desamparo. - Familia inexistente. - Violencia doméstica. -Abuso sexual.

**FR Psicológicos:**- Intento de autoeliminación anterior. - Pérdidas familiares. -- Frustraciones intensas. - Ansiedad. - Depresión. - Baja autoestima.

**FR Biológicos:** -Trastornos metabólicos. - Factores genéticos de enfermedades psiquiátricas en primer grado de consanguinidad. - Edades extremas de la vida, edades avanzadas, adolescencia. - Enfermedades y dolor crónico (22).

### **Demografía**

Según la Organización de las Naciones Unidas (ONU), es la “ciencia cuyo objeto es el estudio de las poblaciones humana con respecto a su dimensión, estructura, evolución y características generales, consideradas principalmente desde el punto de vista cuantitativo”.

Estudia a las poblaciones desde el conocimiento de la población en un momento dado (demografía estática) y la evolución de la población en el tiempo y movilidad (demografía dinámica) (23).

### **Factores Psicosociales**

El suicidio no es explicable desde una única causa, ni desde la generalidad de las mismas, ya que cada caso responde a diferentes factores por lo que el suicidio no se considera el resultado de un trastorno psicopatológico.



En este aspecto Durkheim explica el suicidio como “todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir ese resultado” (24). Usualmente se tiende a analizar cada caso de forma individual identificando causas puntuales en cada uno; sin embargo, para Durkheim, las verdaderas causas obedecen a fenómenos sociales.

El autor expresa además que “los más diversos acontecimientos de la vida hasta los más contradictorios pueden igualmente servir de pretexto al suicidio. Pero ninguno de ellos es su causa específica” (25) .

En la actualidad, investigaciones Científica (Guibert W. El suicidio. Análisis y enfrentamiento. TTR. Ciudad de La Habana, 1997), exponen que en los intentos suicidas presentan generalmente sentimientos de desesperanza y culpa, presencia de depresión mayor, personas que han sobrevivido al intento suicida, personas que han llamado la atención por presagiar o amenazar con el suicidio (proyecto suicida), antecedentes familiares de suicidio o de intento, personas sin apoyo social y familiar y presencia de impulsividad o de ansiedad y hostilidad (19).

Dentro de los factores son importante los factores familiares detectando como importantes La pérdida de seres queridos, la viudez durante el primer año es un momento crítico para el anciano, muchas veces causa de autodestrucción pasiva, desencadenada por depresión la migración forzosa el ingreso en un hogar de ancianos.

### **Factores Psicopatológicos**

Varios autores coinciden que los trastornos mentales más frecuentemente asociados con intentos suicidas entre otros, son principalmente trastornos del estado de ánimo, relacionados con ingestas de sustancias, trastornos de la personalidad como ansiedad, esquizofrenia.



Agregando que excepto el Retraso Mental y la demencia, aumentan el riesgo suicida (26).

*Los factores psiquiátricos se relacionan con los psicológicos. Incluyendo* sentimientos de soledad, inutilidad, inactividad, aburrimientos, falta de proyectos vitales y tendencia a revivir el pasado. Algunos de ellos no son tenidos en cuenta por el AM como la tristeza entendiendo que es característica de la vejez.

Se suman además, las depresiones de cualquier naturaleza, el abuso de alcohol y de drogas, los trastornos crónicos del sueño, las psicosis delirantes paranoides con gran agitación y desconfianza, la confusión mental.

De ellas la depresión es una de las más comunes en el AM, se puede presentar relacionada con varios factores entre ellos.

Como parte del envejecimiento, en ella se denota disminución de interés, revivir el pasado trastorno del sueño, aislamiento.

Se presenta con desorientación, deterioro de habilidades, trastornos de conducta entre otros.

Se muestra como enfermedad física u orgánica, dolores, molestias digestivas, falta de aire.

Se exhibe como enfermedad psiquiátrica no depresiva - ideas delirantes, paranoides que en realidad son una forma de actitud depresiva.

También aparece como síntoma somático, considerando tener enfermedades físicas que los lleva a consultas frecuentes.

Como enfermedad psiquiátrica depresiva -ideas de minusvalía y auto reproche, pérdida de autoestima, lentitud psíquica y motora, trastornos del sueño y el apetito, descuido del aseo personal.

Las señales de la depresión, el insomnio, pérdida de peso, apetito y energía, pirosis, acidez, digestiones lentas, constipación, palpitaciones, dolores en el pecho, mialgias, artralgias, lumbalgias y dolores de espaldas son



atribuidas por el anciano, como se ha señalado con antelación, a una enfermedad física y si el médico no está familiarizado con esta forma de presentación de los trastornos del humor, puede ocurrir que una depresión no suicida se convierta en una depresión suicida al no imponer el tratamiento antidepressivo específico.

### **Factores Proceso Salud-Enfermedad**

Varios autores identifican entre los FR los Factores Médicos incluyendo las características biológica o conducta que incrementa la probabilidad de padecer o morir de alguna enfermedad en aquellos individuos que la presentan.

Considerando que el proceso salud-enfermedad-atención es una construcción individual y social mediante la cual el sujeto elabora su padecimiento, cuya percepción es personal y subjetiva, así como la elaboración del padecimiento, que su comprensión requiere se contextualiza en las creencias, valores, medio sociocultural de cada persona y condiciones materiales de vida salud-enfermedad-atención. En este sentido se consideran relevantes las enfermedades crónicas, terminales, dolorosas, invalidantes, las neoplasias, la diabetes mellitus, la insuficiencia cardiaca, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica; la hospitalización periódica del anciano, así como ser sometido a intervenciones quirúrgicas frecuentes, y otras.

### **Pandemia**

La epidemia de COVID-19 fue declarada por la OMS una emergencia de salud pública de preocupación internacional el 30 de enero de 2020. El 11 de marzo del mismo año, dado los niveles de propagación la OMS determina en su evaluación que la COVID-19 puede caracterizarse como una pandemia.



La caracterización de pandemia significa que la epidemia se ha extendido por varios países, continentes o todo el mundo, y que afecta a un gran número de personas, caracterizando la OMS al COVID-19 como una pandemia (26).

En septiembre La Organización Panamericana de la Salud (OPS) advirtió que la pandemia por COVID-19 puede exacerbar los factores de riesgo de suicidio (27).

En este entorno la ONU señaló que los factores de riesgo de suicidio se vieron agravados en el periodo de la pandemia, considerando que el distanciamiento social puede aumentar el riesgo dado que, las personas con ideas suicidas necesitan contacto interpersonal.

Por otra parte en un artículo los Drs Gonzalez, Souto y LLamazares refieren al aislamiento, distanciamiento físico, incertidumbre, miedo, muerte de allegados, desempleo, pérdida económica, actividad educativa digital, hábitos no saludable (sedentarismo, abuso de pantallas digitales etc.), cambios psicosociales y de salud, como factores de riesgo de enfermedad mental y suicidio desarrollados como efectos de la medida sanitarias de la pandemia de covid-19. Además, en un gran periodo los servicios de salud mental no fueron prioritarios y su acceso quedó reducido, considerándose que pudo afectar negativamente a personas con ideación suicida (28).



## 5. MARCO REFERENCIAL

Los niveles de dependencia y la severidad de la misma, se incrementa mucho con la edad; para personas de setenta y cinco años y más, el 17% se encuentra en situación de dependencia, mientras que el 4,6% se encuentra en situación de dependencia severa (MIDES) (29).

En Uruguay un 11,5% de las personas mayores de sesenta y cuatro años están en situación de dependencia, de las cuales un 3,2% (quince mil personas aproximadamente) padece una dependencia severa.

A su vez es uno de los países sudamericanos con mayor tasa de suicidios, ubicándose los AM en casi la tercera parte de la prevalencia OPS (3).

Numerosos estudios señalan que los precursores más importantes son, intentos de autoeliminación (IAE) previos, Heuguerot y otros (7)

En Uruguay, una de cada tres muertes por suicidio corresponde a personas mayores de 65 años (30). Mientras que las tasas de suicidio por departamento varían entre uno y dos dígitos Clasifican tres grupos según la tasa media departamental del período 2012-2015 (31): el primero, hasta 25,9 cada 100.000 habitantes (Soriano, Río Negro, Paysandú, Montevideo, Cerro Largo, Durazno y Colonia); el segundo, entre 26 a 33.4 cada 100.000 habitantes (Artigas, Rocha, Rivera, Flores, Florida, Tacuarembó, Salto y Canelones) y, por último, mayor a 33.5 cada 100.000 habitantes (Treinta y Tres, Maldonado, Lavalleja y San José). Soriano es el departamento que muestra la menor tasa media de suicidios (2012-2015), con 15,3 cada 100.000 habitantes; en el otro extremo, San José tiene una tasa media de 40,8 cada 100.000 habitantes, en algunos períodos no hay datos.



En relación al sexo de los suicidas, Hein y González (2017) informan que 492 fueron hombres (79,7%) y 125 mujeres (20,3%): la relación es de cuatro hombres por cada mujer.

El método que predomina es el ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación con 47,3%, seguido por las armas de fuego con 34,8%; se trata de métodos altamente letales, que son elegidos por ocho de cada diez adultos mayores (el 80 %).

La Organización Mundial de la Salud estima que en el mundo ocurren alrededor de un millón de suicidios cada año, cantidad mayor que la correspondiente a todas las muertes debidas a guerras y homicidios. En cuanto a los intentos de suicidio, estos llegan a ser de 10 a 40 millones por año en todo el mundo (19).

Uruguay junto a Cuba son quienes presentan más suicidios en el continente es en función de sus habitantes, conformando los AM en edades de más de 65 años, una cada tres muertes, lo que conlleva a una situación alarmante, que no es visualizada por sí misma sino como causa de otro u otros factores, en este sentido la prevención es posible desde la atención específica de las personas según su ciclo de vida o patologías y detectando los factores de riesgo.

En el país, el Hospital Universitario (HU) Dr. Manuel Quintela, es referente de la atención a la Salud en carácter generalista. Dependiente de la Universidad de la República (Udelar), brinda atención a personas provenientes de todo el país.

En este contexto le ofrece al AM atención, promoción de la salud y prevención de enfermedades en la policlínica de Geriátrica, apuntando al desarrollo e interacción del AM con su medio social. En ella la población objetivo son los AM de 65 años y más, que presentan el carnet del H U y pase de médico.



La misma es coordinada por la cátedra de geriatría de la Facultad de Medicina integrada por policlínicas que en su conjunto constituyen la atención generalizada para el AM.

- Geriatría-Consulta General lunes 09:00 a 12:00 horas; martes a viernes 08:00 a 12:00 horas)
- Geriatría - Oncogeriatría (lunes 13:00 a 15:00 horas)
- Geriatría - Caídas (martes 13:00 a 16:00 horas)
- Geriatría-Memoria (miércoles 13:00 a 16:00 horas)
- Geriatría-Nutrición (miércoles 08:00 a 11:00 horas)

La Policlínica de Consulta General atiende con solicitud previa de fecha y hora con un total de 10 números diarios, rondando en una atención mensual de 200 usuarios.

La compone un equipo disciplinario coordinado por un Grado 5, 4 y residentes de la cátedra de la Facultad de Medicina. Integrando especialistas el resto de las policlínicas para el cumplimiento del objetivo. Al equipo suma una Licenciada en Enfermería y una Auxiliar de enfermería.

Su objetivo apunta a unificar la atención del AM, constituyendo la primera consulta y derivando al AM a las especialidades necesarias para la atención integral e integradora.

El tiempo entre consultas para el seguimiento de los AM no supera los 6 meses para el control de salud, con variantes que dependen de cada caso particular.

Es importante destacar que en dicho servicio se cuenta con toda la información de contacto de quienes allí asisten.

En el año 2020, debido a la Pandemia del COVID 19, en los primeros meses del año, de acuerdo a protocolos institucionales seguidos ante la



## FACULTAD DE ENFERMERÍA

---



emergencia sanitaria y justificado por constituirse los AM la población de más riesgo de contraer la enfermedad y llevarlos a la muerte impulsada por las múltiples patologías presentes habitualmente en este ciclo de vida, primeramente, se cerraron las policlínicas, reabriendo en el mes de septiembre, con un aforo reducido y protocolo para la atención.



## 6. METODOLOGÍA

Se desarrolló una investigación de tipo cualitativa, fenomenológica. Para Creswell la investigación Cualitativa, es un proceso interpretativo de indagación basado en distintas tradiciones metodológicas (32).

En cuanto a la “fenomenología”, la palabra proviene del griego “phainomenon” (todo lo que se muestra, manifiesta o aparece ante un individuo que se interroga) y “logos” (que significa estudio o tratado). Para Husserl, su significado etimológico es el tratado de lo que se manifiesta o de lo aparente (33).

Cómo Universo se consideró las personas AM que concurren a la policlínica geriátrica del H U.

Los AM captados para las entrevistas se seleccionaron de la Población comprendida por quienes asisten a la policlínica de Geriatria. del Hospital Universitario y cumplían con los criterios de:

**Inclusión:** Ser Adultos mayores de 65 años de edad, de ambos sexos, que concurren a la Consulta general de la Policlínica de Geriatria del H U y firmaron el consentimiento informado (autografía o huella digital). (Anexo N°1).

**Exclusión** Qué No firmaran el consentimiento o que presenten dificultad en la comunicación.

### Recolección de datos

Para la recolección de datos se consideró el decir de Denzin y Lincoln quienes mencionan que las/os investigadoras/es cualitativas indagan en situaciones naturales, intentando dar sentido o interpretar los fenómenos en los términos del significado que las personas otorgan (34).



Los datos se obtuvieron por medio de la entrevista cualitativa la que, según Fernández, en Vargas, es un modelo que propicia la integración dialéctica sujeto-objeto considerando las diversas interacciones entre la persona que investiga y la investigada. Buscando comprender, mediante el análisis exhaustivo y profundo, el objeto de investigación dentro de un contexto único sin pretender generalizar los resultados (35).

El proceso de la recolección de datos se dio comienzo luego del aval del comité de ética del HU (Anexo N.º 2), y la autorización de la dirección de la Policlínica Geriátrica (Anexo N.º 3), proceso que se vio alterado por la emergencia sanitaria y el cierre de la policlínica geriátrica, como medio de prevención ante el COVID 19.

En este contexto, cuando se retomó la atención con el foro establecido en la Policlínica de Geriátrica, se habló nuevamente con su directora, a quien previamente se le había solicitado autorización para la realización de las entrevistas a los AM, con la finalidad de dar comienzo a las mismas, estableciendo información de contacto con el equipo de salud para coordinar el abordaje de los AM en domicilio.

De esta forma, posteriormente la Aux. de enfermería contacto a los AM, entregando a estos, los datos de la investigadora (Anexo N.º 4), información que se reiteraba al AM en el contacto telefónico.

Luego del contacto telefónico, brindando número de cédula de la investigadora para mayor seguridad del mismo y presentado posteriormente al ingreso del domicilio; se le solicita la posibilidad de realizarle la entrevista, coordinando día y hora, luego de explicar el motivo y el proceso de la misma.

Para su realización se consideraron todas las medidas de prevención, uso de tapaboca, alcohol en gel y el permanente mantenimiento de la distancia óptima.



Luego de la presentación, se explicó nuevamente el motivo de la entrevista, se daba lectura al consentimiento y se solicitaba la firma ya que en ningún momento la toma de huella digital fue necesaria.

Como herramienta se utilizó una guía con los ítems a tener en cuenta durante la entrevista. (Anexo N° 5), relacionados a los objetivos trazados. Además del grabador y un cuaderno de campo donde se ejecutaron registros provenientes de las diferentes observaciones de las entrevistas.

El número total de entrevistas se determinó en primera instancia por la saturación, la que en la investigación cualitativa se considera como el punto en el cual no aparecen nuevos elementos en la información recabada, siguiendo algunas controversias al respecto, también se consideró que los datos permitieran una lectura importante en relación con el objetivo, si bien es muy relevante dar continuidad al tema desde diferentes puntos (36).

En todo el proceso partiendo de la declaración de Helsinki, en cuyos principios fundamentales, se considera a la investigación como un aporte para la comunidad, maximizando los beneficios y reduciendo al mínimo los riesgos, se mantuvo comportamiento ético, tanto en la relación con integrantes del equipo de la policlínica como con los entrevistados, agregando en esta situación la consideración del ingreso a su domicilio.



## 7 RESULTADOS

Las principales características de las 13 entrevistas realizadas a los AM atendidos en la Policlínica de Geriátrica del HU, constituyen el marco derivado de los criterios de inclusión establecidos, ser mayor de 65 años, ambos sexos, no presentar dificultad para la comunicación y firmar el consentimiento informado.

A medida que se realizaban las entrevistas fueron desgrabadas quedando registrados los principales datos que confirman la saturación, agregando otras entrevistas para asegurar la calidad de la información y posibilidad de ser analizados los factores de riesgos de IAE expresados.

De ellos se destaca que, todos se atendían en la policlínica Geriátrica del HU, eran mayores de 65 años, ambos sexos y no presentaron dificultad en la comunicación, así como firmaron el consentimiento informado.

Con el fin de procesar la información recabada, el resto del contenido de las entrevistas fue sintetizado para facilitar su análisis e interpretación, entendiendo como Hernández Sampieri que el objetivo es determinar la confiabilidad del estudio a través de la descripción de cada una de las variables y las relaciones entre ellas (38). Categorizando la información para privilegiar la más importante y desechar lo que no es pertinente.

Este procedimiento ayuda a considerar el significado de los datos y sus posibles relaciones de unos con otros.

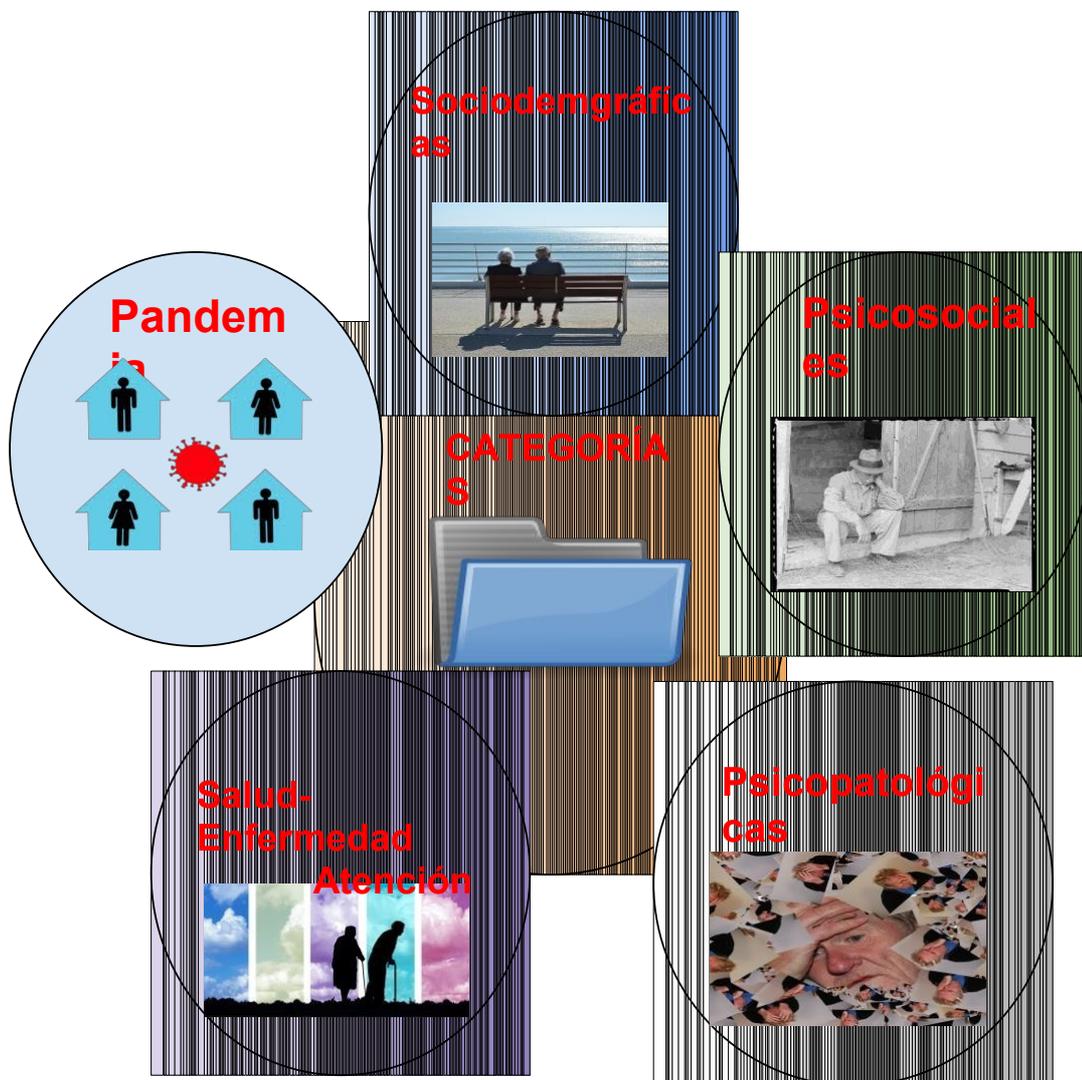
Para codificar primero se desarrollaron categorías, agrupando los datos y posteriormente se precisó por medio de comparaciones o vinculaciones entre las categorías propuestas.

En este caso para la codificación de las categorías se tuvo en cuenta la clasificación de los factores de riesgos desde el modelo explicativo según enfoque

de Van Heeringen , como un proceso basado en las características rasgo-estado de la personalidad del sujeto y su intercambio con el medio ambiente(39).

Interrelacionando con los datos de las entrevistas, se identifican 5 Categorías (Imagen N°1)

**Imagen N°1** Matriz de categorización





### **1- Sociodemográficas**

En esta categoría se considera la información general de las personas relacionadas con la finalidad del posterior análisis.

### **2 - Psicosociales**

Incluyen la referencia a la conducta humana y su inserción en la sociedad, el accionar individual analizado desde los aspectos sociales. El ser humano y su comportamiento en un contexto social es objeto de estudio individual y de la sociedad.

### **3 - Psicopatológicos**

En esta categoría se extraen las características psicológicas que se presentan como riesgo para un IAE, como los estilos de enfrentamiento, las auto percepciones, pensamientos, sentimientos y la presencia de trastornos de salud mental.

### **4 - Proceso Salud - Enfermedad**

Se consideraron los elementos relacionados con el mantenimiento del proceso salud enfermedad, vivencias personales que los condicionan como factores de riesgo.

### **5 - Pandemia**

Esta categoría surge en forma específica dado que las entrevistas se desarrollan en el contexto de la pandemia COVID 19 y en ellas se señalan las expresiones que las contextualizan como factor de riesgo.

En cada una de estas categorías siguiendo referencias conceptuales y los datos obtenidos de las entrevistas se codificaron subcategorías (Tabla N° 1)

**Tabla Nro. 1.**

**Categorías - Subcategorías**

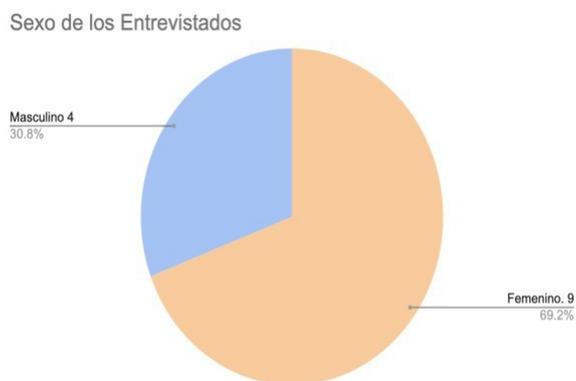
<b>Categorías</b>	<b>Subcategorías</b>
<b>1-Sociodemográficas</b>	Edad Sexo Zona de Residencia Vivienda Convivencia Sustentos Económicos
<b>2- Psicosociales</b>	Vínculos: Hijos, Familia, Grupos sociales Recreación
<b>3- Psicopatológicos</b>	Procesos relacionados con la muerte Pensamientos, Sentimientos, Vivencias. Depresión
<b>4-Proceso Salud- Enfermedad</b>	Patologías Medicación Cambios y Limitaciones físicas
<b>5-Pandemia</b>	Cambios de rutinas Miedo al contagio Distanciamiento Social

**Elaborado por:** Lic. S. González **Fuente:** Entrevistas

### Sexo:

En cuanto a los sexos, el femenino tiene mayor representatividad con 9 y 4 el Masculino (Gráfico N° 2)

**Gráfico N° 2** Sexo de los Entrevistados



**Elaborado por** Lic. S. González **Fuente** Datos de las entrevistas

- **Zona de Residencia :**

Los lugares de residencia conformaron una amplia zona geográfica integrando Montevideo (2 Paso de la Arena, 1 Buceo, 1 Unión, 1 Malvín, 1 Pocitos, 1 Comercial y 1 Tres cruces ) y Canelones (4 Pando, 1 Estación Pedrera) (Figura N°2). Solo 1 se encontraba en zona rural presentando dificultad de acceso y escasos recursos, solo almacén. La gran mayoría estaban en una zona con iluminación y con calles asfaltadas, excepto la de la zona rural.

En 5 de los casos no presentan saneamiento, más de la mitad no cuenta con centros de recreación cercanos ni grupos de AM.

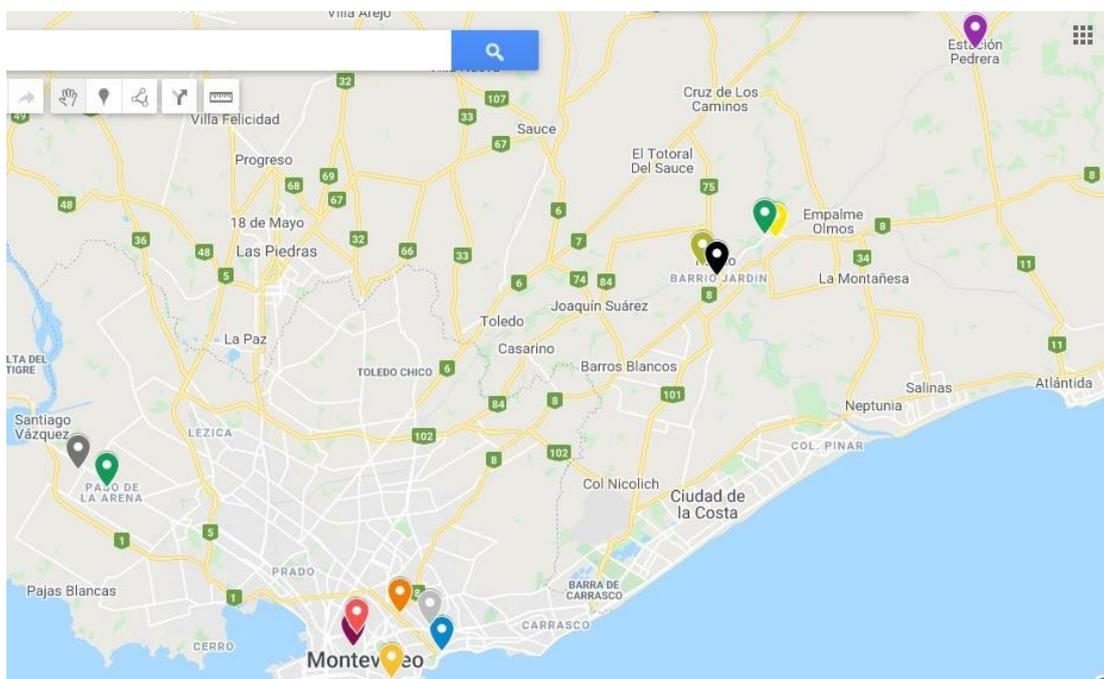


Figura N°2 Zona de residencia de los entrevistados

Elaborado por: Lic. S. González Fuente: Datos de las entrevistas



- **Vivienda**

En 12 de las entrevistas las viviendas son de propiedad de los AM, mientras que el restante alquila, de las cuales 4 fueron adquiridas por herencia familiar, una construida por el Movimiento Pro Erradicación de la Vivienda Rural Insalubres (MEVIR) y el resto compradas por los AM.

Todas tienen espacio suficiente y dado que el número de convivientes no es mayor a 3 en ninguno de los casos hay hacinamiento.

Además, cuentan con electricidad y agua potable, mientras que 5 no tienen saneamiento, pero presentan baño interior.

“ Mi casa está en un barrio en pando, tiene todos los servicios, luz y agua potable. no hay saneamiento” (Ana)

### **Convivencia**

Más de la mitad, 7, viven con su esposo/sa, 3 solos y 1 con su ahijado, los 2 restantes viven una con su hijo discapacitado y otro con una de las hijas con patología severa.

### **Sustento Económico**

Los ingresos económicos de 10 de los entrevistados provienen de la jubilación y/o pensión, 4 de ellos les suman trabajo a los ingresos jubilatorios cuidando enfermos, niños, ayudando al hijo en trámites para su negocio, como Chofer, o venta de productos cosméticos

En cambio, 3 dependen exclusivamente de la colaboración de terceros (esposo, ahijado, pensión del hijo) para su sustento que consideran muy insuficiente o como lo clasifica Ana “Sustento económico deplorable”



Así quién cuida a su hijo cobra una pensión por él y otra recibe ayuda su ahijado a quien le brindó un lugar para vivir.

De sus expresiones y la observación se deduce dificultades económicas, que no llegan en ningún caso sumergirlos y no poder resolver sus necesidades básicas Si se evidencia que los aportes jubilatorios provocaron cambios en sus estilos de vida “Ya hace 3 años que me pase a ASSE porque no podía aguantar los costos” (Raúl)

En muchos casos tienen ahorros o pagan compañía de cuidadores previniendo una enfermedad, por lo que también los preocupa no poder sustentarlo por mucho tiempo.

“Siempre tengo algún ahorro por si tengo que llamar a una persona, que me cuide dos o tres días, pero no tengo idea qué hacer si fuera mucho tiempo” (Teresa)

## 2 Psicosociales

Los factores psicosociales se codifican de las expresiones, mayormente de gestos y contradicciones, que acompañan sus palabras.

### Vínculos

#### Hijos

De los 13 entrevistados 3 no tienen hijos, los 10 restantes tienen entre 1 a 5 hijos.

Las dos entrevistadas que no tienen hijos una de ella vive con su ahijado y la otra sola.(Tabla N°3)

Sólo dos viven con algunos de sus hijos, en un caso una hija en la actualidad con tratamiento oncológico y el otra con el hijo discapacitado.

Una de las que tiene 4 hijos propios se les suman 2 hijastros

**Tabla Nº 3** Convivencia - Número de hijos

Entrevistado	Con quién Vive	Nº hijos
Marta	Sola	0
Ana	Esposo	4
Rosa	Hijo-Nieta	5
María	Ahijado	0
Teresita	Sola	2
Julio	Esposo	5
Estela	Esposo	0
Juan	Esposa	1
Alicia	Esposo	1
Olga	Sola	4 2 hijastros
Raúl	Hija	5
Mario	Esposa	3
Juana	Esposo	2

**Elaborado por:** Lic. González

**Fuente:** Datos de las entrevistas

**Referencias:**

	Vive sola/o
	Familiares
	Esposo/a



Relacionado a los vínculos con los hijos, ninguno muestra reacciones de alegría al hablar de los hijos, expresando “Me apoyan”, “Andan en la vuelta”, “Me ayudan” ,”Los veo”,

“La que anda siempre en la vuelta es la más chica, Jeni, no sé si es porque es la más chica o por qué.” (Olga)

Quienes tienen expresiones de afecto son de aquellos quienes los cuidan y mucha preocupación por ellos.

En un solo caso manifiesta el no llevarse con uno de los hijos y en otro caso tiene mala relación con sus hijastros.

En general los ven poco, sobre lo que expresan justificaciones, por las actividades que ellos tienen.

“ Por sus actividades los veo menos que antes, pero si los veo Ellas tienen sus actividades y sus trabajos y a mí no me gusta ser una carga” (Ana).

Otra expresión: “Rafael, está con sus cosas y para sus hijos me supongo, El mayor trabaja viene los fines de semana”. (Olga)

Otros porque viven lejos, “Los 5 viven fuera del País” (Julio) “ Trabaja en Montevideo y vienen en la noche por lo cual vienen poco”. “ Tania viene de vez en cuando también, viene, cada 15 días más o menos” (Olga) .

O porque ya son independientes “Pero ya son independientes, uno más que el otro” (Teresa).

También traen recuerdos de vivencias de sus hijos “Uno de mis hijos estuvo un tiempo metido en las drogas, tiene 31 años” (Teresa).

## **Familia**

Los integrantes de las familias se mencionan poco, las hermanas quienes viven la casa de al lado, también en relación a la posible necesidad de cuidado.



“Si, la familia, pero yo me cuido para seguir haciendo todo por mí solo, todo lo que hago es justamente para prevenir esas cosas”.(Juan)

El vínculo entre quienes viven con sus esposos es transmitido como bueno, solo en un caso deja la idea de no ser lo esperado “Me atiende lo mejor que puede, pero él está mayor, se ocupa de muchas cosas” (Ana).

De los convivientes, a más de expresiones sobre quienes cuidan se agrega sobre una nieta, pero apuntando a la relación con el cuidado de su hijo enfermo y no por vínculo con ella. “Además crie a mi nieta , la que vive conmigo, que estudia, para pagar sus estudios, enfermería, trabaja, pero gana justo para eso, porque quiere que estemos mejor, me ayuda con el tío siempre que puede. Pienso que si a mí me pasa algo ella se ocuparía del tío, pienso”. (Rosa)

### **Grupos Sociales**

En la mayoría de los casos no comentan sobre personas no familiares o grupos con los que se sientan apoyados, relacionándose las expresiones de apoyo con vecinos y amigos. “Tenemos armado el grupo vecino en alerta, que si nos pasa algo mandamos mensajes y siempre alguien ayuda”. (Ana)

“Los que viven cerca de mi casa son casi todas personas mayores, mujeres casi todas, pero si pasa algo grave te ayudan porque no tenemos ni policía en el lugar”. (Rosa)

“Un matrimonio que la visita y apoyaron cuando la robaron “Marta. “Tengo unos amigos, un matrimonio que ella trabaja, pero él está jubilado y viene todas las mañanas a tomar mate conmigo y los fines de semana vienen los dos”.(Ana)



## Recreación

La mayoría expresan que ya (antes de la pandemia) no desarrollan muchas actividades recreativas.

Los que participan describen que los liberan de la rutina, la inactividad y sedentarismo; disminuyendo el estrés, el aburrimiento e inclusive de la depresión, como quienes comentan que salen a caminar “Yo tengo una vecina que salimos a caminar todos los días”. (Rosa)

En varias situaciones el motivo por lo que no realizan actividades recreativas, es por no tener ningún lugar cercano “Está solo el club de basquetbol, nada para adultos. Después está la Biblioteca Amado Nervo”(Marta)[] “Hicieron una plaza, ahora, pero me queda a 2 km” (Rosa)

Algunas veces han comenzado actividades y las dejaron por no adaptarse “Tuve tiempo asistiendo a plaza 7 con los adultos mayores, me aburría, no me exigía mi cuerpo. Ahora salgo a caminar” (Julio)

## 3 Psicopatológicos

Se mencionan situaciones que propician la depresión, desde escenarios de vulnerabilidad, que aumentan, más en los AM, los riesgos vitales pudiendo ser devastadores de su equilibrio emocional generado cambios y problemas en su calidad y expectativa de vida, predisponiendo en ellos conductas suicidas no esperadas .



### Procesos Relacionados con la muerte : Pensamientos, Sentimientos, Vivencias,

Solo en una entrevista se expresa la consideración del suicidio, relacionado a sentirse limitado.

“ Si tuviera una enfermedad limitante me mato” (Filiberto) y en otra que la encierra en la legalidad “Estoy deseando que se legalice la eutanasia, porque yo quiero poder decidir”.(Teresita)

El resto si bien no expresan abiertamente pensamientos de autoeliminación “No, el día que me toque, me va a tocar porque es la ley de la vida”.(Olga)

Algunos relacionan el no considerarlo al hecho de tener algo importante que lo lleva a vivir.

“Si Pienso en la muerte por supuesto, pero yo ahora a lo que estoy abocado es a que ella (Hija) ahora esta con quimioterapia y bueno es para eso y es como yo le digo hace poco tiempo que le apareció esto” .(Raúl)

“No, pero es una cosa normal que en algún momento va a llegar. bueno en realidad el problema es que no sé qué va a pasar con mi hijo por eso es que yo quiero que aprenda a comer solo y eso. Que tenga otros medios para sobrevivir, necesita alguien que esté un par de horas y le enseñe” (Rosa)

Por otra parte, está muy presente el no querer sufrir o sentirse una carga , en este caso muchos indican preferirían la muerte, “No quiero terminar en mal estado deseó la muerte antes que la limitación o terminar en un asilo”(Ana)

“No quiero terminar diciendo incoherencias ni pasarla mal, no quiero que mi gente lo pase mal, porque yo sé lo que sufre el que cuida, se lo que es estar del lado del hijo que se hace cargo, la tristeza que da. Si me viera mal y puedo hacer algo lo hago” (Teresa). “No quiero estar en una silla de ruedas ni cáncer No quiero sufrir ni verme mal” (Marta)



Esto se relaciona con el deseo de no ir a una “casa de salud” (asilo) que se presenta desde el miedo.

“Entonces no tengo ni idea como pueden ser mis últimos años, porque yo ir a una casa de salud tengo terror....

.... Yo tuve a mi madre y eso me dio mucha tristeza, y honestamente le deseé la muerte muchas veces, antes de verla como estaba”. (Teresa)

“no se si mis hijas podrían ocuparse de mí o si terminaría en un asilo, para eso prefiero la muerte” (Ana)

Algunos respaldan sus sentimientos con la religión, siendo las nombradas la evangélica y mormona o actividades físicas- espirituales como el Taichí .

“No, el señor sabe el día que nacemos y el día que nos toque”(Olga)

### **Depresión**

Si bien no se mencionan cuadros depresivos habituales, se describen experiencias muy movilizadoras de situaciones que tuvieron que enfrentar generalmente relacionados a pérdidas afectivas: personas, trabajo, aporte económico al hogar, jubilación sentida de la utilidad para otros, sentimiento de ser una carga, sufrimiento entre otros “Tristeza no poder hacer lo que hacía hace 10 o 15 años atrás por mis piernas y brazos” ( Ana)

“Desgraciada por la salud” (Isabel)

“Yo tengo un hermano que se suicidó, yo vivía con él. Él vivía en la casa de adelante y yo en el apartamento de atrás trabajaba de chofer en taxi en ese momento, mi hermano, a los 60 años se pegó un balazo en la cabeza” (Raúl)

Algunos antecedentes se presentan como factores de riesgo y puedan derivar en depresión.



“Fui operada de un tumor hace 10 años , me asusté en el momento, pero ya lo superé” (Alicia)

Tuve Oclusión Intestinal en el 2006 y Linfoma No hodgkin en el 2007 me dieron el alta (Julio)

“A veces no me siento muy bien, estoy como triste, pero se me pasa , por eso me gusta ir a lo de mi amiga porque me siento bien, me gusta mucho ir y tengo que estar bien porque es mucho trabajo cuidar a mi hijo”.(Rosa)

#### **4 Proceso Salud-Enfermedad**

##### **Patologías**

Todos los adultos mayores a los que se les aplicaron las entrevistas expresan tener más de una patología las que son tratadas en la policlínica o en el mismo HU por lo que deben seguir tratamientos o asistir de forma regular a control.

La más presente es la Hipertensión Arterial HTA en 8 de los 13 y junto con la diabetes están presentes en integrantes de ambos sexos.

Referidas solo por mujeres 3 tienen artrosis y como consecuencia de la osteoporosis 2 presentan prótesis de cadera, en una de ellas se suma de rodillas y una tercera operada de rodilla y brazo. Otras presentes en representante del sexo femenino son relacionadas con la visión, Glaucoma, y otra con antecedente de ACV.

Las patologías presentes en los integrantes del sexo masculino son las relacionadas con la próstata, cardiovasculares, audición, dermatitis.



## Medicación

Todos en mayor o menor medida están medicados y es auto administrada, se la administran ellos mismos, generalmente expresan que toman “mucho” y algunos solo en momentos necesarios.

“Cuando tengo empuje de gastritis compro en la farmacia omeprazol y tomé unos días, después lo dejo” (Olga), especialmente “calmantes para seguir.” (Ana)

También expresan que la toman, aunque no les agrada y algunos no cumplen la dieta indicada.

## Cambios y Limitaciones físicas

La mayoría señalan los cambios físicos y limitaciones que modifican su estilo de vida como consecuencias de problemas de salud que restringen su capacidad para desempeñar actividades cotidianas, como anteriormente lo hacían.

Estas situaciones son vivenciadas en algunos casos con tristeza “Sí muchos cambios, me da tristeza no poder hacer lo que hacía hace 10 o 15 años atrás por mis piernas y brazos” (Ana)

Si bien en algunos casos la recuperación no ha sido total “Un brazo me opere los tendones y no quedo con toda la movilidad, y el otro tiene los tendones rotos, eso no me permite moverlos bien y en una de mis rodillas tuve una fractura y me operaron quede bastante bien, pero con el tiempo de apoyarla mal me lastime la otra que no me animo a operar” (Ana)

Otros han ido recuperando sus posibilidades de movimiento luego de intervenciones médico-quirúrgicas “tengo prótesis de las dos caderas, antes usaba bastón y me movía muy poco y con dificultad, por suerte ahora me muevo bien” (Rosa) .



Por otra parte, son importantes las limitaciones que no tienen solución médica y no se realizan los cuidados “ La artrosis me limita , pero yo igual hago lo que no puedo hacer. Por ej.: amasar no puedo eso no lo hago, No puedo torcer el paño , ni la ropa, barrer. Pero si barro, pero torcer no, porque si lo hago me duele, me arde es como un fuego” (Marta).

Otras limitaciones sentidas son pérdida de memoria o pérdida de audición, así como la inseguridad.

“He ido perdiendo cosas como la memoria, la atención. Me da la impresión que ya estoy medio enclenque” (Teresa) “... ahora no, porque no escucho bien, estoy deseando ponerme los audífonos” (Juan)

“ Si me subo a la escalera no me siento segura” (Olga)

En los hombres son ocasionados por problemas prostáticos “Tengo la próstata agrandada , eso me hace levantar en la noche, tengo que levantarme 3 veces en la noche pongo el despertador porque si sigo de largo llega un momento que no puedo orinar” (Raúl)

O por patologías crónicas “Tengo sinusitis crónica por alergia , tengo que seguir para adelante , que tengo que seguir y seguir , que no me queda otra” (Rúa), También expresiones que aseguran sentirse bien con la realización de ejercicios “Yo estoy mejor que hace 20 años, porque incorpore ejercicio, las personas no entienden, pero es así”.(Juan)

## 5 Pandemia

Esta categoría surge en relación al entorno de la pandemia Covid 19 integrando elementos relacionados con los cuidados necesarios principalmente en el AM.



### **Cambios de rutinas**

La mayoría expresa que se pudieron adaptar a la situación, buscando entretenimientos en su hogar.

El cambio mayor fue realizar actividades virtuales por ZOOM, juegos en celular, que entre otras consecuencias afecta la vista.

“ En este momento recreación nada, miro tv o juego a unos juegos en el celular” (Ana)

Lo único que extraño, es que nos juntábamos con amigas y ahora no podemos, salíamos, íbamos al shopping, hace 8 meses que no voy a ninguna excursión. Antes nos juntamos con las amigas y nos íbamos a comer, a tomar el té a algún lugar, tengo una amiga que tiene auto y nos íbamos a la rambla, yo no tomo mate, pero ella llevaba su mate y yo mis jugos y eso”. (Olga)

### **Miedo al contagio**

Si bien aparecen expresiones que indica no tener miedo “No, yo no le tengo miedo si me tiene que dar que me dé, pero el hecho de que ya que no sale nadie, para qué andar en público”(Ana)

La mayoría comenta sobre reuniones con grupos reducidos de amigos y sobre el hecho de que antes asistían a actividades que ya no lo hacen. Incluso algunos comentan que prefieren no salir pues temen a que les pase algo y no reciban ayuda.

- **Distanciamiento Social**

En mayor o menor medida los entrevistados aumentaron el distanciamiento social por la pandemia, todos manifiestan cuidarse, disminuyendo sus reuniones con amistades, además la dificultad de la suspensión de controles médicos y cirugías.



## FACULTAD DE ENFERMERÍA

---



La mayoría expresa necesitar el apoyo de sus familiares, pues indican sentirse solos y aislados, algunos expresan escasas visitas y la poca atención de la familia.

El encierro los lleva a la nostalgia de sus actividades habituales principalmente salidas, entre pares. “ Yo tenía muchas actividades antes”. (Marta)

“Me cuido , no salgo mucho y mi hijo me hace los mandados para que no me arriesgue , pero si salgo tomo precauciones” (Juana)

Refiriéndose a las amigas “Con ellas hablo todo los días por celular, con algunas me encuentro en el vivero, antes salíamos a caminar pero ahora por la pandemia no. Yo no le tengo miedo” (Olga)

## 8 ANÁLISIS

Entendiendo que el análisis alude a las estrategias empleadas para procesar los datos obtenidos y cumplir con los objetivos trazados.

Considerando, además, que, desde el punto de vista lógico, analizar significa descomponer un todo en sus partes constitutivas para su más concienzudo examen. La actividad opuesta y complementaria a ésta es la síntesis, que consiste en explorar las relaciones entre las partes estudiadas y proceder a reconstruir la totalidad inicial (39).

Según, Hurtado “El propósito del análisis es aplicar un conjunto de estrategias y técnicas que le permiten al investigador obtener el conocimiento que estaba buscando, a partir del adecuado tratamiento de los datos recogidos.” (40).

En esta investigación, desde la codificación de los datos resultante de las entrevistas realizadas, teniendo en cuenta lo expresado en el discurso y otros signos, dejan entrever que los Adultos Mayores que asisten a la Policlínica de Geriátrica del Hospital Universitario, entrevistados están expuestos a factores de riesgo medioambientales, biológicos y vínculos socio familiares factibles de potenciar el Intento de Autoeliminación, en diferentes medidas.

Desde este contexto las principales características de los 13 entrevistados AM, muestran que tienen entre 65 y 85 años, concurren a la Policlínica de Geriátrica del H U enmarcando una población en el seguimiento y atención del equipo de salud especializado en esa etapa de vida.

La mayoría tiene pareja e hijos sumándose a la mayor presencia del sexo femenino, reflejando lo mencionado entre otras cosas por Huenchuan, que se ve acentuada la feminización de la vejez a medida que avanza la edad, característica que tiene la implicancia de la longevidad con más probabilidades que los varones de vivir solas y mayor riesgo de aislamiento social (41).

Sin embargo, este hecho no aumenta por sí los Factores de riesgo de este grupo ya que las estadísticas muestran un mayor porcentaje de suicidios en los hombres.

Teniendo en cuenta los lugares de residencia que constituyen una amplia y variada zona geográfica con diferentes características, considerando la definición de geografía de la Salud de Johnston, como “la aplicación de las perspectivas y métodos geográficos al estudio de la salud de las poblaciones, la salud de los individuos y todas aquellas actividades relacionadas con la salud” Basada en la relación dinámica entre la salud y los lugares, desde una visión holística, centrándose en la observación de las múltiples relaciones entre la población y su contexto social, cultural y ambiental (42).

En este sentido, las viviendas, así como las zonas de residencia, no constituyen en sí mismas FR para el IAE, por el contrario, el tiempo de residencia en la zona, el conocimiento de las mismas, constituyen un Factor protector.

El Sustento económico se basa en los aportes jubilatorios o pensiones, lo que les aporta un nuevo status (jubilado o pensionista), que integra expectativas y cambios de roles (43).

Considerando que solo 3 dependen de ingresos de otros y si bien satisfacen las necesidades básicas, la mayoría expresan tener dificultades económicas, especialmente quienes dependen de otros a pesar de que no hay elementos que indiquen que no cubren sus necesidades básicas; si se entrevén dificultades, por el cambio de su estilo de vida previa a jubilarse.

Se entiende que de pasar a ser una seria preocupación, sumada a otras constituye un factor de riesgo, teniendo en cuenta a Baratz y Grigsby que consideran la pobreza como “una privación severa de bienestar físico y bienestar mental, estrechamente asociada con inadecuados recursos económicos y consumos” (44) .

En cuanto a los vínculos de los hijos la expresiones no indican mayor apoyo, en esta relación se podría prever la posibilidad de sumarse como FR,



principalmente en los casos que son cuidadores principales de uno de sus hijos, con mucha expectativa puesta en ellos, lo que podría causar un desenlace emotivo negativo. Se suma el no querer ser una carga, a su vez saber a sus hijos ocupados y la relación posible de ser puestos en una casa de salud lo que la mayoría no desea.

Por parte de la familia, considerando que esta, como grupo social “provee la atención a sus integrantes tanto para la preservación de la salud como para su desarrollo”, con acciones de ayuda a la dignificación y funcionalidad del adulto mayor (45) y el reflejo de los resultados que deja entrever carencia de afectos familiares, si bien dada la solvencia de los entrevistados no constituye en el momento un factor de riesgo, al sostenerse muchos de ellos con sus parejas de vida o al suplantarlos por otros afectos, al igual que los anteriores es un potencial a serlo, considerando que: “Investigaciones indican que la familia y la comunidad son fuentes importantes de apoyo durante la vejez; de ello depende mucho la calidad de vida y el estado de salud mental de los ancianos, esencial para interactuar y participar en las actividades propias de la familia, la comunidad y la misma sociedad, lo que aumenta la autoestima y mejora las relaciones con el entorno.” (46)

En este contexto la recreación que en todos los casos en mayor o menor medida y en diversas formas constituyen una actividad placentera y espontánea que a su vez satisface el descanso, entretenimiento, expresión, aventura y socialización.

Este hecho muy positivo para la calidad de vida de estos AM, que redundará en la capacidad funcional y psíquica, considerando por la gran mayoría de los entrevistados que los hace sentir bien se vio disminuido por las estrategias sanitarias para prevención del COVID 19. Este hecho no refleja ser un factor de riesgo en sí mismo, pero al no contar con este elemento positivo, puede ser un factor que pondere otras situaciones.



Por otra parte atendiendo al decir de Benton, sobre “ Las razones por las que una persona decide acabar con su vida son habitualmente diversas y complejas, pero detrás de una decisión tan dramática emerge habitualmente una serie de factores personales y sociales que actúa como predisponente o precipitante” (6) .

En este contexto, los pensamientos, sentimientos, y vivencias expresadas por los entrevistados son factibles de generar episodios de depresión, suscitando vulnerabilidad y aumentando los riesgos tanto vitales como su equilibrio emocional predisponiendo el intento del suicidio.

Entendiendo que los cambios físicos y emocionales relacionados con el Proceso de envejecimiento son dinámicos, progresivo e irreversible en el que intervienen múltiples factores biológicos, psíquicos y sociales interrelacionados entre ellos.

Por su parte los cambios estructurales y funcionales que ocurren después de alcanzar la madurez reproductiva, implican una disminución de la capacidad de adaptación ante factores nocivos y tiene como consecuencia un aumento de las probabilidades de muerte en el tiempo...”. (47).

En cuanto a las expresiones en las entrevistas, vinculadas con el proceso de salud enfermedad que relacionan a la presencia de afecciones físicas y psíquicas cuentan con la fortaleza de la atención y vínculos generados en la policlínica de geriatría del H U. No obstante, si bien este hecho colabora a que generalmente en relación a su edad no presentan elementos que ocasionen un alto porcentaje de limitaciones, se evidencia mayormente que cuentan con antecedentes que surgen como posibles movilizados de miedos que a su vez relacionan a la posibilidad de “encierro” en una casa de salud lo que es para todos un hecho muy limitante.

El contexto general relacionado a los factores de riesgos expresados en el momento de las entrevistas en este año tan particular donde se ha visto modificado el ámbito sanitario y social debido a las medidas preventivas que aumentaron el distanciamiento social generando un mayor aislamiento, que



## FACULTAD DE ENFERMERÍA

---



fortalece los factores de riesgo de IAE de esta franja etaria que si bien no aparecen expresados directamente, se evidencia múltiples elementos favorecedores.



## 9 CONCLUSIONES

El proceso de la investigación cualitativa permitió lograr el objetivo trazado, principalmente porque esta metodología permite la consideración de factores que son imprescindibles a la hora de analizar un tema que es considerado socialmente como tema tabú y por ende de muy difícil expresión oral, lo que si sucediera sería de más fácil prevención.

Se caracterizaron los FR, aunque ninguno de los entrevistados manifiesta abiertamente idea de autoeliminación, expresan como hecho relacionado el no querer ser una carga, en este caso prefieren la muerte antes que terminar en un residencial y todos esperan estar igual dentro de 5 años.

El hecho de que la población parte de la asistencia a un servicio de atención calificada en todo lo referente al Adulto Mayor, constituye un factor de protección, considerado en todo el proceso, dejando la necesidad de ampliar el conocimiento del tema para poder verificar este hecho.

Se evidencia que los FR de IAE son multicausales y no expresados directamente, de esta forma inciden contextualizado en los cambios relacionados con este ciclo de vida, físicos, psíquicos y económico que conllevan a un cambio de rol social .

Se suma la interrelación de los contextos geográficos, sus antecedentes, los vínculos, sentimientos y en este caso el factor externo relacionado a la pandemia.

Es evidente que el entorno social adquiere en esta etapa de la vida una gran importancia y una de las que más constituyen factores de riesgos, llevadas desde el contexto de no perder su autonomía y dignidad, los miedos a perderlos principalmente ante sufrimientos causados por dolor o vivir en una “casa de salud”



## 10 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - Sánchez E. El suicidio en ancianos: prevención e intervención psicológica. [Internet]. 2013. Disponible en: <http://www.cop.es/uploads/PDF/EL-SUICIDIO-EN-ANCIANOS.pdf> [consulta: 10 oct 2019].
- 2 - Organización Mundial de la Salud. Datos y cifras sobre el suicidio. [Internet]. 2019. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide> [consulta: 10 oct 2020].
- 3 - Larrobla C, Hein P, Novoa G, Canetti A, Heuguerot, C, González, V, et al (comp). 70 años de suicidio en Uruguay : 7 disciplinas, 7 entrevistas, 7 encuentros. [Internet]. 2017. Disponible en: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/9489/1/70-anos-de-suicidio-en-uruguay.pdf> [consulta: 7 mar 2021].
- 4 - Thevenet N. Cuidados en personas adultas mayores: análisis descriptivo de los datos del censo 2011. [Internet]. 2013. Disponible en: [http://dspace.mides.gub.uy:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/452/527\\_Thevenet\\_2013\\_Cuidados%20en%20personas%20adultas%20mayores.%20An%20análisis%20descriptivo%20de%20los%20datos%20del%20Censo%202011.5.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://dspace.mides.gub.uy:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/452/527_Thevenet_2013_Cuidados%20en%20personas%20adultas%20mayores.%20An%20análisis%20descriptivo%20de%20los%20datos%20del%20Censo%202011.5.pdf?sequence=1&isAllowed=y) [consulta: 16 feb 2021].
- 5 - De Bedout A. Panorama actual del suicidio: análisis psicológico y psicoanalítico. Revista Internacional de Investigaciones Psicológicas [Internet] 2008; 1 (2): 53-63. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/2990/299023508007.pdf> [consulta: 19 oct 2020].
- 6 - Ribot V, Alonso M, Ramos M, González A. Suicidio en el adulto mayor. Suicidio en el adulto mayor. Rev Haban Cienc Méd [Internet] 2012 ; 11( Suppl 5 ): 699-708. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2012000500017](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2012000500017) [consulta: 19 oct 2019].
- 7- Heuguerot C, Díaz E, Lucero R, París M, Porto V. Tentativa e ideación de suicidio en adultos mayores en Uruguay. Ciênc Saúde Coletiva [Internet] 2015; 20(6): 1693-702. Disponible en: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232015000601693&lng=es&tlng=es](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000601693&lng=es&tlng=es) [consulta: 3 nov 2020].
- 8 - Rodríguez J, Calderón M, Bocanegra K, Gallego V. Caracterización de adultos mayores suicidas del área metropolitana de Risaralda, años 2005-2011. Desbordes [Internet] 2012; 3: 61-70. Disponible en: <https://hemeroteca.unad.edu.co/index.php/desbordes/article/view/1194/1556> [consulta: 3 nov 2020].
- 9 - Santurtún M, Santurtún A, Zarrabeitia M. ¿Afecta el medio a los suicidios que se cometen en España?: análisis descriptivo del patrón temporoespacial. Rev Psiquiatría y Salud Mental 2018; 11(4): 192-8. ( Se tiene impreso)



- 10** - Quintanar A. Análisis de la calidad de vida en adultos mayores en el municipio de Tetepango Hidalgo: a través del instrumento Whoqol – Bref [tesis] [Internet]. 2010. Disponible en : [http://dgsa.uaeh.edu.mx: 8080/bibliotecadigital/bitstream/handle/231104/249/Analisis%20de%20la%20calidad%20de%20vida.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://dgsa.uaeh.edu.mx:8080/bibliotecadigital/bitstream/handle/231104/249/Analisis%20de%20la%20calidad%20de%20vida.pdf?sequence=1&isAllowed=y) [consulta: 15 ene 2021].
- 11** - Landinez N, Contreras K, Castro Á. Proceso de envejecimiento, ejercicio y fisioterapia. Rev Cubana Salud Pública [Internet] 2012; 38(4): 562-80. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-3466201200040008](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-3466201200040008) [consulta: 15 ene 2021].
- 12** - Alaba J, Arriola E, Beobide I, Calvo J, Muñoz J, Umerez G. Guía farmacoterapéutica para los pacientes geriátricos. [Internet]. 2012. Disponible en: [http://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones\\_departamento/eu\\_def/adultos/farmacia/guia\\_pacientes\\_geriaticos.pdf](http://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_departamento/eu_def/adultos/farmacia/guia_pacientes_geriaticos.pdf) [consulta: 15 ene 2021].
- 13**- Brigante S. Prevención del suicidio en adultos mayores de Uruguay: utilidades de la activación conductual [tesis] [Internet]. 2018. Disponible en: [https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/tfg\\_brigante\\_prevenir\\_activando\\_conductas.pdf](https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/tfg_brigante_prevenir_activando_conductas.pdf) [consulta: 16 dic 2020].
- 14** - EcuRed. Suicidio. [Internet]. 2019. Disponible en : [https://www.ecured.cu/index.php?title=Suicidio&ol\\_did=3498978](https://www.ecured.cu/index.php?title=Suicidio&ol_did=3498978) [consulta:15 nov 2020].
- 15** - INFOBAE. El suicidio como otro problema de salud pública. [Internet]. 2019. Disponible en : <https://www.infobae.com/americamundo/2019/05/17/el-suicidio-como-otro-problema-de-salud-publica/> [consulta: 16 nov 2020].
- 16**- Hiebaum K. Comunicación, expresión y lenguaje. [Internet]. 2017. Disponible en: <https://www.gestiopolis.com/comunicacion-expresion-lenguaje/> [consulta:10 oct 2020]
- 17** - Belkis T. Definiciones acerca del riesgo y sus implicaciones. Rev Cubana Hig Epidemiol [Internet] 2011; 49 (3): 470-81. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/hie/v49n3/hie14311.pdf> [consulta: 15 nov 2020].
- 18**- Guibert Reyes W, Cueto de Inastrilla E Del . Factores psicosociales de riesgo de la conducta suicida. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet] 2003; 19(5). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252003000500004&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252003000500004&lng=es) [consulta: 22 dic 2020].
- 19**- Organización Mundial de la Salud. Factores de riesgo. [Internet]. 2019. Disponible en: [https://www.who.int/topics/risk\\_factors/es/](https://www.who.int/topics/risk_factors/es/) [consulta: 10 nov 2020].



- 20** - Gutiérrez A, Contrera C, Orozco R. El suicidio, conceptos actuales. Salud Mental [Internet] 2006; 29(5): 66-74. Disponible en: [http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud\\_mental/article/view/1130/1128](http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/1130/1128) [consulta: 25 nov 2020].
- 21**- Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Salud Mental. Guías de prevención y detección de factores de riesgo de conductas suicidio. [Internet]. 2007. Disponible en: <https://www.asse.com.uy/aucdocumento.aspx?10652,70790> [consulta: 3 feb 2021].
- 22** - Mariano E. Demografía, conceptos usos y fuentes de datos. [Internet]. 2014 . Disponible en: <http://www.ics-aragon.com/cursos/salud-publica/2014/pdf/M2T19.pdf> [consulta: 3 feb 2021].
- 23**- Castillo C, Maroto A. El suicidio desde un enfoque psicosocial y de salud comunitaria: los resultados del diagnóstico en Santa María de Dota, Costa Rica. Anuario de Estudios Centroamericanos [Internet] 2017; 43: 447-72. Disponible en: <https://www.scielo.sa.cr/pdf/aec/v43/2215-4175-aec-43-447.pdf> [consulta: 3 feb 2021].
- 24** - López L. Factores psicopatológicos de riesgo en intentos de suicidio. Cienc Psicol [Internet] 2017; 11(1): 89-100. Disponible en: <https://revistas.ucu.edu.uy/index.php/cienciaspsicologicas/article/view/1350> [consulta: 3 feb 2021].
- 25** - Pérez S. Factores protectores del comportamiento suicida en el anciano. [Internet]. 2004. Disponible en: [https://www.gerontologia.org\\_portal/information/showInformation.php?idinfo=253](https://www.gerontologia.org_portal/information/showInformation.php?idinfo=253) [consulta: 3 feb 2021].
- 26** - Organización Panamericana de la Salud. La OMS caracteriza al COVID 19 como una pandemia. [Internet]. Disponible en: [https://www.paho.org/uru/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1508:la-oms-caracteriza-a-covid-19-como-una-pandemia&Itemid=451#:~:text=v%20La%20epidemia%20de%20COVID,un%20gran%20n%C3%BAmero%20de%20personas](https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=1508:la-oms-caracteriza-a-covid-19-como-una-pandemia&Itemid=451#:~:text=v%20La%20epidemia%20de%20COVID,un%20gran%20n%C3%BAmero%20de%20personas) [consulta: 25 mar2020].
- 27** - González G, Souto M, Llamazares G. Suicidio en pandemia. [Internet]. 2020. Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/opinion/suicidio-en-pandemia-5969> [consulta: 3 feb 2021].
- 28** - González F, Massad C, Lavanderos F, Albala C, Sánchez H, Fuentes A, et al. Estudio nacional de la dependencia en los adultos mayores. [Internet]. Disponible en: <http://dspace.mides.gub.uy:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/1120/Estudio%20nacional%20de%20la%20dependencia%20de%20las%20personas%20mayores.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [consulta: 25 ene 2021].
- 29** - Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Comisión Nacional Honoraria de Prevención del Suicidio. Plan nacional de prevención del suicidio, para Uruguay 2011-2015: un compromiso con a vida. [Internet]. Disponible en: <https://www.asse.com.uy/aucdocumento.aspx?10652,76651> [consulta: 25ene 2021].



- 30** - Brunet N, Márquez C. Envejecimiento y personas mayores en Uruguay: atlas sociodemográfico y de la desigualdad de Uruguay. [Internet]. 2016. Disponible en: <https://www.ine.gub.uy/documents/10181/34017/Atlas+Fasciculo+7/a80a383e-d903-40bc-8023-8d69e30988e2#:~:text=El%20Atlas%20sociodemogr%C3%A1fico%20y%20de.%C3%A9tnico%2Dracial%2C%20por%20lugar%20de> [consulta: 25 ene 2021]
- 31** - Gonzalez P (Coo) Plan Nacional de Prevención del Suicidio 2011-2015. "Un compromiso con a vida" Ministerio de Salud Pública. División general de la salud Montevideo. Disponible en: [www.asse.com.uy/autodocumento.pdf](http://www.asse.com.uy/autodocumento.pdf) [consulta 3 de marzo 2021]
- 32** - Vasilachis I (coord). Estrategias de investigación cualitativa. Barcelona: Gedisa; España 2006.
- 33** - Siles J, Solano MC. El origen fenomenológico del "cuidado" y la importancia del concepto de tiempo en la historia de la enfermería. Cultura de los cuidados [Internet] 2012; 21: (19-27). Disponible en: <https://culturacuidados.ua.es/article/view/2007-n21-el-origen-fenomenologico-del-cuidado-y-la-importancia-del-concepto-de-tiempo-en-la-historia-de-la-enfermeria> [consulta: 20 feb 2021].
- 34** - Denzin N, Lincoln Y (coord). Manual de investigación cualitativa. Barcelona: Gedisa; 2012.
- 35** - Vargas I. La entrevista en la investigación cualitativa: nuevas tendencias y retos. Rev CAES [Internet] 2011; 31(1): 119-39. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3945773> [consulta: 20 feb 2021].
- 36** - Martínez C. El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias. Ciênc Saúde Coletiva [Internet] 2012; 17(3): 613-9. Disponible en: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v17n3/v17n3a06.pdf> [consulta: 20 feb 2021].
- 37** - Hernández Sampieri R. Metodología de la investigación. 5ta ed. México: Mc GrawHill; 2010.
- 38** - Van Heeringen K. The neurobiology of suicide and suicidality. Can J Psychiatry [Internet] 2003; 48(5): 292-300. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/070674370304800504> [consulta: 20 febrero 2021].
- 39** - Sabino C. El proceso de Investigación. [Internet]. 1992. Disponible en: [https://perio.unlp.edu.ar/tesis/sites/perio.unlp.edu.ar/tesis/files/CarlosSabino-ElProcesoDeInvestigacion\\_0.PDF](https://perio.unlp.edu.ar/tesis/sites/perio.unlp.edu.ar/tesis/files/CarlosSabino-ElProcesoDeInvestigacion_0.PDF) [consulta: 20 feb 2021].
- 40** - Camacaro, P Aproximación a la calidad de vida en el trabajo en la organización castrense venezolana Universidad Nacional experimental Simón Rodríguez Caracas, abril 2006 Disponible en: <https://www.eumed.net/tesis-doctorales/2010/prc/ANALISIS%20E%20INTERPRETACION%20DE%20LOS%20DATOS.htm> [consulta: 20 feb 2021].



**41-** Uruguay. Ministerio de Desarrollo Social. Instituto Nacional del Adulto Mayor. Las personas mayores en Uruguay: un desafío impostergable para la producción de conocimiento y las políticas públicas. [Internet]. 2015. Disponible en: <http://dinem.mides.gub.uy/innovaportal/file/61742/1/las-personas-mayores-en-uruguay-un-desafio-impostergable-para-la-produccion-de-conocimiento-y-las-politicas-publicas.-2015.pdf> [consulta: 5 mar 2021].

**42 -** Giraldez G. Geografía de la salud aplicada en un problema de salud mental: Dinámica espacial de los ingresos primarios del Hospital psiquiátrico Vilardebo, ocurridos durante 2007y 2008, procedentes de la ciudad de Montevideo [tesis][Internet]. 2014. Disponible en: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/6409/1/uy24-16972.pdf> [consulta: 5 mar 2021].

**43 -** Sánchez E. El suicidio en ancianos: prevención e intervención psicológica.[Internet]. 2013. Disponible en: <https://www.cop.es/uploads/PDF/EL-SUICIDIO-EN-ANCIANOS.pdf> [consulta: 10 feb 2021].

**44 -** Spicker P. Definiciones de pobreza: doce grupos de significados. [Internet]. Disponible en: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/gsd/collect/clacso/index/assoc/D9376.dir/06spicker.pdf> [consulta: 5 mar 2021].

**45 -** Ostigúin R, Bustamante E. Dimensiones del cuidado en familias urbanas Mexicanas. Enferm Univ [Internet]. 2016; 13(2): 80-9. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-70632016000200080](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632016000200080) [consulta: 5 mar 2021].

**46 –** Tello-Rodríguez T, Alarcón R, Vizcarra D. Salud mental en el adulto mayor: trastornos neurocognitivos mayores, afectivos y del sueño. Rev Perú Med Exp Salud Pública [Internet] 2016; 32(2): 342-50. Disponible en: <https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/2211/2165> [consulta: 5 mar 2021].

**47 -** Orosa T La tercera edad y la familia: una mirada desde el adulto mayor. La Habana: Félix Varela; 2001.



# ANEXOS



## Anexo 1. Consentimiento Informado

Información al participante:

Montevideo \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20\_\_\_\_\_

Quien suscribe Lic. Esp Silvia González, me encuentro realizando una Investigación en el marco de la Maestría en Salud Mental, en el Centro de Posgrado de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República, con el título Intento de Autoeliminación, Factores de Riesgos expresados por Adultos Mayores

El objetivo de esta investigación es: Analizar los Factores de Riesgo que expresan los Adultos Mayores que asisten a la Policlínica de Geriátrica del Hospital Universitario.

Para su logro se realizarán entrevistas en profundidad, en forma individual, relacionadas al tema, recogiendo la información mediante la grabación de la misma la que luego será transcrita y analizada junto con la de todos los participantes.

No ocasionará ningún tipo de riesgo ni daño físico, ni psíquico, ya que no se realizarán procedimientos invasivos ni dolorosos, transcurriendo en una conversación coloquial, teniendo la libertad de responder o no a las preguntas formuladas, pudiéndose retirar en el momento que lo desee, sin perjuicio de ningún tipo.

Como beneficio, tendrá el fortalecer el conocimiento para una mayor posibilidad de prevención del suicidio y por ende una mejor calidad de vida.

La información obtenida será estrictamente confidencial, identificando cada entrevista por las iniciales del nombre y apellido, siendo solo el investigador quien podrá acceder al registro de la misma. Los resultados se utilizarán con fines académicos, se podrán divulgar y publicar científicamente, estando a disposición de los participantes.



**Consentimiento informado**

Montevideo \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20\_\_\_\_\_

Yo, ....., manifiesto que recibí información sobre la investigación de Tesis de Maestría: Intento de Autoeliminación, Factores de Riesgos expresados por Adultos Mayores

Cuyo objetivo es: Analizar los Factores de Riesgo que expresan los Adultos Mayores que asisten a la Policlínica de Geriatría del Hospital Universitario.

Se me entregó una hoja con información y pude realizar todas las consultas respecto a la misma.

Se me informó que la entrevista será grabada, que puedo retirarme cuando lo desee, y que esto no me perjudicará de ninguna manera.

Se agregó que luego de finalizada la investigación, los resultados podrán ser utilizados sólo con fines académicos, pudiendo ser divulgados y publicados científicamente conservando el anonimato de las personas entrevistadas.

Considerando lo anterior, doy mi consentimiento para participar en el estudio.

**Participante:**

**Investigadora**

Firma .....

Firma .....

Aclaración .....

Aclaración .....

Cédula de Identidad.....

Cédula de Identidad.....

Teléfono celular.



## Anexo 2 Aval del comité de ética

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS  
"DR. MANUEL QUINTELA"  
SECRETARÍA GENERAL  
DEPARTAMENTO DE COMISIONES  
COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN

Montevideo, 9 de Julio de 2020

Se transcribe resolución del Comité de Ética del Hospital de Clínicas de fecha 9 de Julio de 2020

En relación al proyecto presentado por la Facultad de Enfermería

**"Intento de autoeliminación, factores de riesgo expresados por Adultos Mayores en el Hospital de Clínicas"**

**Investigadores Responsables: Lic. Silvia González**

El Comité de Ética de la Investigación del Hospital de Clínicas resuelve aprobar la realización de este proyecto en esta Institución.

La aprobación otorgada por este Comité de Ética es desde el 9 de Julio de 2020 hasta la fecha de finalización del mismo.

*pla*

Prof. Dr. Raúl Ruggia  
Coordinador del Comité de Ética de la Investigación

### Integrantes del Comité de Ética del Hospital de Clínicas

Prof. Dr. Raúl Ruggia	Coordinador – Ex Director de Neuropediatría
Dra. Gabriela Ballerio	Abogada- Asistente Académica de Dirección
Prof. Adj. Dra. Aurana Erman	Ex- Profesora Adjunta de Neurocirugía Especialista en Medicina Legal
Prof. Agda. Lic. Enf. Inés Umpiérrez	Integrante Licenciada en Enfermería
Prof. Adj. Dra. Leticia Cuñetti Terapéutica	Ex- Profesora Adjunta de Farmacología y Especialista en Nefrología y Farmacología
Lic. Psic. Sandra Torres	Secretaría Administrativa
Lic. C. P. Nadia Almeida	Secretaría Administrativa

Scanned by TapScanner



### Anexo. 3. Autorización de la dirección de la Policlínica de Geriatría

Re: Autorizacion del Comité de Etica y Proyecto Recibidos x



**Silvia Gonzalez**  
para silvia, mí

20 mar 2021 21:23 (hace 12 horas)



El sáb., 20 de marzo de 2021 21:16, silvia gonzalez <[aivlis200998@hotmail.com](mailto:aivlis200998@hotmail.com)> escribió:

Enviado desde [Outlook](#)

---

**De:** ana kmaid <[edos@vera.com.uy](mailto:edos@vera.com.uy)>

**Enviado:** miércoles, 2 de setiembre de 2020 18:51

**Para:** silvia gonzalez <[aivlis200998@hotmail.com](mailto:aivlis200998@hotmail.com)>

**Asunto:** Re: Autorizacion del Comité de Etica y Proyecto

Estimada Silvia para que Ud. pueda iniciar el reclutamiento de pacientes si Ud pudiera el lunes proximo 7 de setiembre reunirse en el Dto. afinariamos los detalles practicos

Entre las 8.30 y 10 seria lo mejor

Saludos

Ana Kmaid

---



#### **Anexo 4. Nota presentación a usuarios**

#### **FACULTAD DE ENFERMERÍA**

Desde la solicitud que le realizo la enfermera de la policlinica de Geriatria del Hospital Universitario Dr Manuel Quintela.

Le estare realizando una entrevista en su domicilio en el marco de la Investigacion sobre Factores de Riesgos expresados por los adultos mayores de 65 años.

A mas de informarle que he de mantener los cuidados pertinentes para prevencion del COVID 19, le dejo mis datos para que usted pueda confirmarlos cuando me presente.

Licenciada Silvia González C.I. 2.860.297-9  
Cel. 098- 360 652.

Sin mas agredesco la aceptacion a la misma

### Anexo 5. Instrumento para la Entrevista

- Iniciales Nombre
- Sexo
- Edad:
- Se atiende solo en la policlinica de geriatría o con algun otro especialista
- Entorno vivienda
- Padece usted alguna enfermedad (medicacion)
- Proceso de envejecimeinto (cambios físicos, movilidad, memoria, como se siente, miedos)
- Con quién vive Relaciones. Hijos Familiares y sociales.
- Estilo de vida, recreacion, habitos
- Cuénteme un día de su vida
- Que piensa sobre la muerte.( Pensamientos, experiencias
- ¿Alguna anecdota o experiencia que desee contar al respecto?
- Alguna otra cosa que desee compartir