



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA COMUNITARIA**

**¿CUÁLES SON LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD CON
QUE CUENTAN EN SU VIVIENDA Y DE USO PERSONAL
PARA PREVENIR CAÍDAS, LOS ADULTOS MAYORES
COMPENDIDOS ENTRE LAS EDADES 65 A 80 AÑOS
QUE RESIDEN EN LOS COMPLEJOS HABITACIONALES
DE BPS EN EL PERÍODO DEL 4 AL 6 DE DICIEMBRE DE
2007?**

AUTORES:

Br. Caballero, Natalia
Br. Carballal, Ma Jimena
Br. Mela, Ma Elina
Br. Olivera, Lourdes

TUTORAS:

Prof. Lic. Enf. Barrenechea, Cristina
Prof. Agda. Lic. Enf. Lacava, Esther

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

Montevideo, 2007

INDICE

AGRADECIMIENTOS	p. 3
EPÍGRAFE	p.4
INTRODUCCIÓN	p.5
TEMA	p.6
PROBLEMA	p.6
OBJETIVO GENERAL	p.6
OBJETIVO ESPECIFICO	p.6
JUSTIFICACIÓN	p.7
MARCO TEÓRICO	p.11
DISEÑO METODOLÓGICO	p.21
PROCESAMIENTO DE DATOS	p.25
ANÁLISIS	p.38
CONCLUSIÓN	p.39
SUGERENCIAS	p.40
BIBLIOGRAFÍA	p.41
ANEXOS	p.43

AGRADECIMIENTOS

- A la Arq. María Noel López Salgado por su colaboración y disposición brindada, dejando de manifiesto que para brindar atención en salud se debe conformar un equipo interdisciplinario.
- Al personal de la Biblioteca de la Facultad de Enfermería por la orientación en el manejo bibliográfico.
- Al equipo docente de la Cátedra de Comunitaria por los datos aportados para realizar la investigación.
- A las autoridades del BPS quienes permitieron el ingreso a los complejos de dicha entidad.
- A nuestros vecinos que voluntariamente participaron en nuestra prueba piloto.
- A todas las personas que fueron partícipes de nuestra encuesta.
- A nuestros familiares y amigos que con su constante apoyo incondicional nos incentivaron a continuar y superar obstáculos encontrados.

*“Cuando éramos niños
los viejos tenían como treinta
un charco era un océano
y la muerte sencilla y llana
no existía*

*luego cuando muchachos
los viejos eran gente de cuarenta
un estanque era un océano
la muerte solamente
una palabra*

*ya cuando nos casamos
los ancianos estaban en cincuenta
un lago era un océano
la muerte era la muerte
de los otros*

*ahora veterano
ya le dimos alcance a la verdad
el océano es por fin el océano
pero la muerte empieza a ser
la nuestra”*

Mario Benedetti¹

¹ Mario Benedetti. “Vientos del exilio”, (Pasatiempo) 1era edición, Visor, España, 1983, Pág. 42.

INTRODUCCIÓN

Esta investigación fue llevada a cabo por cuatro estudiantes de la carrera Licenciatura en Enfermería, cumpliendo el requisito de trabajo de investigación final.

Nuestro estudio se centró en conocer las medidas de seguridad que cuentan en su vivienda y las de uso personal, los adultos mayores comprendidos entre las edades 65 a 80 años que residen en los complejos habitacionales de BPS en el período diciembre 2007.

La realización de dicho estudio se hizo mediante la implementación de un cuestionario predeterminado que contó con preguntas estructuradas y semi estructuradas de forma anónima.

El estudio se enfocó en el adulto mayor ya que la población uruguaya es una población envejecida, con alto porcentaje de mayores de 65 años (13,3%, año 2006²) y los accidentes son la 5ta causa de mortalidad en este grupo etáreo.

Las caídas constituyen la mayor parte de estos accidentes que representan uno de los problemas más importantes dentro de la patología geriátrica.

Es fundamental destacar que aunque tradicionalmente, se han considerado como sucesos fortuitos o como una consecuencia inevitable del envejecimiento, las caídas son "predecibles" y por tanto susceptibles de prevención.

Teniendo en cuenta que la satisfacción de la vivienda es uno de los más importantes componentes de la calidad de vida para este colectivo demográfico (Lindburg, et al, 1987) (Stolarz y Winkel, 1994), así como mantener la seguridad y evitar las caídas en su domicilio, es que consideramos relevante la intervención del personal de Enfermería para crear un entorno sin barreras que le permita continuar funcionando de forma independiente.

Con respecto a la metodología, se hizo un estudio descriptivo, de corte transversal el cual tuvo como objetivo describir la presencia de medidas de seguridad en la vivienda y de uso personal de los adultos mayores.

Se determinaron las siguientes variables: edad, sexo, integración del grupo familiar, caídas en el último año (para su estudio se subdividió en ocurrencia de caídas, actividad que estaba realizando cuando ocurrió la caída y número de caídas en el último año), medidas de seguridad personales ante caídas (protección de uso personal ante la dificultad en la marcha) y medidas de seguridad de la vivienda ante caídas (se subdividió en protección presente en la vivienda ante la dificultad en la marcha, seguridad durante las actividades cotidianas e información y uso sobre las medidas de seguridad).

² Dato extraído del INE

TEMA

Factores Protectores en el Adulto Mayor

PROBLEMA

¿Cuáles son las medidas de seguridad con que cuentan en su vivienda y de uso personal para prevenir caídas, los adultos mayores comprendidos entre las edades 65 a 80 años que residen en los complejos habitacionales de BPS en el período del 4 al 6 de diciembre de 2007?

OBJETIVO GENERAL

- Describir la presencia de medidas de seguridad en la vivienda y de uso personal para prevenir caídas en los adultos mayores comprendidos entre las edades 65 a 80 años que residen en los complejos habitacionales de BPS en el período del 4 al 6 de diciembre de 2007.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar la población de estudio.
- Conocer las características de la vivienda.
- Identificar las medidas de seguridad de uso personal para prevenir caídas.
- Identificar las medidas de seguridad con que cuenta la vivienda.
- Conocer la prevalencia de las caídas en el hogar de los adultos mayores.

JUSTIFICACIÓN

Cada año se agrega a la población mundial unos 9 millones de ancianos, lo que ascenderá a 14,5 en el período del 2010 al 2015. En la actualidad, un 77% de ese aumento será en las regiones desarrolladas y en los primeros 15 años de este siglo llegará al 80%. Ya para el 2045, cuando se considera que la población aumente cada año en 50 millones de personas, aquellas de la tercera edad, crecerán a razón de 21 millones anuales, fenómeno que se producirá fundamentalmente en las regiones subdesarrolladas.

El rápido crecimiento poblacional ocurrido en los últimos cuatro decenios y el inminente aumento en las cantidades de ancianos, son dos aspectos del mismo fenómeno de transformación histórica, apuntan los especialistas, y constituyen un reto para cualquier sociedad.

Desde hace muchos años Uruguay viene afrontando cambios etéreos en su población. Uruguay es el país más envejecido de América Latina. Según la Comisión Económica para América Latina, (CEPAL), "... el envejecimiento poblacional será, sin duda, el proceso demográfico de mayor relevancia para las sociedades en la próxima centuria, particularmente en el caso de Uruguay, país que presenta la estructura demográfica más envejecida de la región"³. Las personas mayores de 65 años representan el 13% de la población total⁴.

Este sector de la población tiene determinadas particularidades que lo diferencian del resto de la población, por lo que hay que estudiarlo como un fragmento diferenciado. Algunas de estas características son:

- ◆ Creciente envejecimiento de los mayores de 75 años pasando de 191.987 personas (Censo 1996) a 753.222 (Censo fase I 2004).
- ◆ El 66% de los adultos mayores son mujeres.
- ◆ El 48% de estas mujeres son pobres.
- ◆ El 43% viven solas.

Existen diversas circunstancias que explican este envejecimiento: la disminución de la tasa global de fecundidad pasando de un 2,9% a un 2,03% para el 2006, (según los indicadores demográficos del Instituto Nacional de Estadística (INE), esta situación se combina con el aumento de la expectativa de vida (71 años para el hombre y 76 para la mujer). Otro factor importante es el aumento del porcentaje de emigración de jóvenes, este factor determina que el coeficiente de reposición demográfico aproximadamente 17%, se ve neutralizado por la emigración ya que presentan porcentajes similares⁵.

Según el demógrafo Juan José Calvo⁶, el problema en Uruguay no fue el envejecimiento, sino el contexto económico en el que se procesó la transición demográfica. Las sociedades que previamente habían avanzado en el proceso de transición demográfica, de aumento de la población adulta mayor, lo habían hecho en situaciones económicas que permitieron ajustes menos traumáticos en la repartición de los recursos que en Uruguay.

Esto presenta un desafío al sistema, por las nuevas necesidades que genera el arribo de grandes contingentes de población a las edades mayores, al sistema de retiro y a los requerimientos habitacionales. Para este arribo de la población se deberían reconsiderar el rol de los mismos y la utilización plena de sus capacidades en el lugar donde viven.

Inicialmente la satisfacción de la vivienda es uno de los más importantes componentes de la calidad de vida para este colectivo demográfico (Lindburg, et al, 1987) (Stolarz y Winkel, 1994). No en vano la mayoría de los adultos mayores envejecen en sus casas y éste constituye el espacio donde invierte la mayor parte del tiempo. Según una investigación que se está desarrollando en el

³ CEPAL, "¿Cómo envejecen los uruguayos?", Montevideo, 2000.

⁴ INE, Primera fase del censo de 2004, Montevideo, 2004.

⁵ Paolillo, Felipe. Intervención de Uruguay en la II Asamblea Mundial sobre envejecimiento, Madrid, 2002

⁶ En el sitio web: <http://www.ghandi.edu.uy/complejas/forodos/calvo.htm>

Departamento de Clima y Confort Arquitectura (DECCA)⁷ y en la Unidad permanente de vivienda (UPV) los usufructuarios de estas viviendas pasan más de 14 horas en sus viviendas, siendo la mayoría la que pasa casi 24 horas en su hogar.

Visto que el adulto mayor pasa gran parte de su vida en su vivienda la misma debería estar adecuada a los cambios de esta etapa vital.

A medida que avanza el proceso de envejecimiento existe mayor probabilidad de que se instalen enfermedades crónicas, degenerativas. Esta mayor probabilidad de enfermedades degenerativas sumada a estilos de vida inadecuados y condiciones socio-económicas deprivadas, hace que el estado de salud funcional de la persona mayor esté en una condición de mayor vulnerabilidad. Esta vulnerabilidad puede transitar desde la autonomía, a la fragilidad, dependencia y finalmente postración. Habiéndose logrado agregar años a la vida, corresponde pensar en mejorar la calidad de vida, y aquí es donde los conceptos de independencia y autonomía pasan a ser fundamentales. Independencia entendida como la capacidad de desempeñar las funciones relacionadas con la vida diaria, es decir vivir en la comunidad recibiendo poca o ninguna ayuda de los demás. Autonomía entendida como la capacidad de tomar decisiones por sí solos y afrontar las consecuencias de ello de acuerdo a preferencias propias y los requerimientos del entorno.

Basándonos en estos conceptos definiríamos **calidad de vida**⁸ como la consecuencia de la satisfacción de las necesidades humanas fundamentales (NHF) y que esto es posible por medio de un plan de desarrollo que se refiere a las personas y no a los objetos.

Todas las personas tiene las mismas necesidades, lo que varía es la forma de satisfacerlas.

Estas necesidades son: protección, subsistencia, afecto, entendimiento, libertad, ocio, creación, participación e identidad.

Considerándolas todas fundamentales, por lo cual, la no satisfacción de una de ellas genera una patología, sea en los cuerpos o en lo social.

Por todo esto a fin de centrar nuestra tesis en un tema viable para los recursos con los que contamos, optamos por trabajar sobre una de las necesidades ya mencionadas y de ella abordar los factores protectores.

Después de realizada una revisión bibliográfica se desprendió que los accidentes son la 5ta causa de mortalidad entre las personas mayores de 65 años, las caídas constituyen la mayor parte de estos accidentes que representan uno de los problemas más importantes dentro de la patología geriátrica.

Constituye uno de los denominados gigantes de la medicina del adulto mayor dado el impacto que significa en la salud del anciano y su entorno.

Es fundamental destacar que aunque tradicionalmente, se han considerado como sucesos fortuitos o como una consecuencia inevitable del envejecimiento, las caídas son "predecibles" y por tanto susceptibles de prevención.

El 75% de las caídas se producen en mayores de 65 años.

La frecuencia de caídas se halla directamente relacionada con la edad y el sexo:

- ❖ Un tercio de las personas mayores de 65 años se caen una vez al año y de ellos la mitad vuelven a caer.
- ❖ Las mujeres caen con mayor frecuencia (40% caen cada año frente a 28% los hombres) hasta los 75 años y posteriormente se igualan en frecuencia.
- ❖ En los mayores de 85 años se producen caídas más reiteradas, con peores consecuencias y con menos posibilidades preventivas⁹.

La mayoría de las caídas se producen durante actividades cotidianas, como andar, cambiar de posición o asearse. Solo el 5 - 10% tienen lugar en la ejecución de tareas claramente peligrosas como cambiar una lámpara¹⁰.

⁷ López Salgado, María Noel. Evaluación del comportamiento higrotérmico de las viviendas del BPS-MVOTMA, centrado en la ventilación natural a través de percepción de los adultos mayores de los anales de las cuartas jornadas de investigación en Arquitectura. Montevideo, 2005. En proceso de publicación.

⁸ "Desarrollo a escala humana" M. Max Neef

⁹ Datos extraídos de la página web: www.saludalia.com/Saludalia/servlets/asisa/parseador/ps.jsp?x=doc_caidas#1. Autor: Dra. Cristina Castro Cristóbal. Médica Especialista en Geriátrica. Hospital Getafe. Madrid. Agosto 2000.

¹⁰ Datos extraídos de la página web: www.pubmed.com

Las caídas y sus consecuencias afectan fundamentalmente a los ancianos más frágiles y vulnerables como los que viven solos, con escaso apoyo socio-económico y familiar, pacientes ingresados en residencias asistidas o internados en hospitales de agudos o unidades de rehabilitación.

Las causas pueden ser múltiples, algunas propias del sujeto (factores intrínsecos) y otras vinculadas al ambiente o entorno que lo rodea (factores extrínsecos).

La principal implicación clínica de ello es que el riesgo puede ser reducido si modificamos o eliminamos algunos de estos factores.

Dentro de los factores intrínsecos debemos diferenciar los relacionados con los cambios vinculados con la edad o el proceso normal del envejecimiento de los que son producto de enfermedades que facilitan las caídas así como de la yatrogenia o empleo inadecuado de fármacos.

Al considerar los factores extrínsecos se debe evaluar el entorno ambiental del anciano distinguiendo los presentes en la vivienda de los riesgos que surgen en el exterior (calles, plazas, medios de transporte, etc.).

El factor ambiental o extrínseco está implicado hasta en un 22%, según estudios, en la génesis de las caídas del anciano que vive en la comunidad por lo que la adopción de políticas de educación que permitan concientizar a la población sobre el problema de las barreras arquitectónicas y otros obstáculos constituye una medida preventiva primordial.

La meta global de todas las estrategias de prevención debe ser minimizar el riesgo de caída sin comprometer la movilidad y la independencia funcional del adulto mayor y si esto no es posible evitar la gravedad de sus consecuencias. La atención preventiva incluye intervenciones primarias, secundarias y terciarias.

La primera es la más efectiva abarcando las medidas destinadas a evitar que las caídas se produzcan siendo aplicable a toda la población anciana. Consiste básicamente en campañas de educación y promoción de hábitos saludables, medidas de seguridad del ambiente y detección precoz de patologías.

Resulta de vital importancia el mantener la seguridad en el adulto mayor y evitar las caídas en su domicilio.

El personal de Enfermería lo ayudará a crear un entorno sin barreras que le permita continuar funcionando de forma independiente.

La seguridad es una importante prioridad en las intervenciones del personal de Enfermería ante este tipo de usuario.

Por todo lo mencionado anteriormente es que consideramos de importancia el estudio de la seguridad como factor protector.

Creemos que son necesarias más investigaciones en este grupo etareo, ya que la información brindada será fundamental herramienta en la práctica diaria de nuestra carrera en especial aquellas que busquen mejorar la calidad de vida de los usuarios.

MARCO TEÓRICO

Al realizar la presente investigación nos apoyamos en determinado marco teórico que nos permitió abordarla.

A continuación se intenta explicar los aspectos que se consideran más importantes de dicho marco.

Partiendo del hecho que nuestra investigación es sobre Factores Protectores de la salud en el adulto mayor y siendo este en esencia un “hombre”. Se considera necesario explicar que se entiende como:

“Al hombre un ser histórico en una integración bio-psico-socio-cultural y espiritual que mantiene una relación dialéctica con el medio y es capaz de transformarse así mismo y al medio”¹¹

Nos basamos en el concepto de que la salud-enfermedad es:

“un proceso que constituye un producto social que se distribuye en las sociedades según el momento histórico y cultural en que el hombre se encuentra. En este proceso el hombre puede tener distintos grados de independencia de acuerdo a su capacidad reaccional y a la situación salud-enfermedad en que se encuentra. La salud es un derecho inalienable del hombre que debe estar asegurado por el Estado a través de políticas eficaces, con la participación de la población y del equipo de salud, promoviendo la autogestión de los grupos.”¹²

Se define la Enfermería como:

“una disciplina científica encaminada a fortalecer la capacidad reaccional del ser humano (persona, familia, grupo poblacional). La capacidad reaccional del hombre está dada por la lucha continua del mismo por mantener su equilibrio con el medio; es una respuesta individual o grupal frente a alteraciones bio-psico-sociales. Enfoca la atención a través de un proceso integral, humano, continuo, interpersonal, educativo y terapéutico en los diferentes niveles de atención: primario, secundario y terciaria”.

Visto esto, se define que son los factores protectores de la salud.

El informe de Lalonde ha sido pionero en éste sentido. La sociología de la salud que tiene sus comienzos en los años treinta ha orientado su preocupación hacia el estudio de los factores socioculturales que inciden en la salud humana. Pero estos estudios se circunscribieron a aspectos relacionados con la salud negativa que poco o nada dicen de los factores socioculturales que contribuyen a que la gente goce de buena salud y quienes escriben sobre estos temas no lo hacen como resultado de investigaciones sociológicas.

Por su parte la psicología (en particular la psicología humanista) ha hecho aportes de otra naturaleza que han contribuido a que se tenga una comprensión más total tanto de la persona enferma como de la persona sana y de los factores individuales que ayudan a la salud.

Todavía no se ha “traducido” lo suficiente a la práctica lo que la psicología transpersonal podría contribuir a la comprensión de la persona más allá de lo biológico o dicho en otras palabras a estudiar la salud positiva, vista ésta como forma de posesión o apropiación por parte del ser humano para utilizar las capacidades y potencialidades existentes en él para atender su salud.

Esta tridimensionalidad que configura la estructura y la dinámica de toda persona ha sido

¹¹ Conceptos extraídos del Plan de Estudio 93

¹² Idem 1

descripta de manera más o menos parecida por diferentes autores.

Los mismos suelen definir a los Factores de Protección como:

“todas aquellas características, hechos o situaciones propias del sujeto o de su entorno, que elevan su capacidad para hacer frente a las adversidades o disminuyen las posibilidades de desarrollar desajustes psicosociales frente a la presencia de factores de riesgo”.¹³

El interés de un estudio sobre caídas reside principalmente en la posibilidad de prevenirlas teniendo en cuenta que son en su mayoría evitables.

La prevención descansa bajo cuatro pilares: la investigación, la información, la legislación y la educación, y comprende medidas generales válidas para todas las formas de caídas y medidas específicas según las causas.

La educación y la protección son dos elementos que deben combinarse para una adecuada prevención de las caídas.

“La prevención de las caídas es la educación de la seguridad y educación del hombre”

Siendo la seguridad la protección frente a las amenazas a la salud y al bienestar. De una manera más específica puede significar protección del bienestar físico o psicológico frente a una lesión o daño no intencionado.

La seguridad es una necesidad humana reconocida universalmente, Maslow incluyó la seguridad como necesidad justo después de las necesidades fisiológicas más básicas como la comida, el aire y el agua.

Medidas de prevención:

Medidas necesarias y posibles que se toman para evitar que ocurra el evento o tratar de reducir sus efectos.

Al valorar el entorno que rodea al adulto mayor encontramos diferentes factores protectores para hacer frente al riesgo de las caídas en su vivienda:

- retirar las alfombras dispersas y fijarlas al suelo.
- retirar los cables alargadores y sujetar a la pared para evitar tropezar.
- poner pasamanos de seguridad en todas las escaleras.
- iluminar de forma suficiente entradas de la casa y escaleras.
- colocar los muebles de forma que se facilite caminar por la casa.
- poner dispositivos o alfombrillas antideslizantes en el fondo de la bañera o ducha.
- poner pasamanos en la bañera, ducha y junto al inodoro¹⁴.

Por todo esto consideramos que los factores protectores contribuyen a elevar la calidad de vida de las personas. Lo que nos lleva a definirla como:

“La percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones”.¹⁵

La calidad de vida estará relacionada con las posibilidades que tengan las personas de satisfacer adecuadamente sus necesidades humanas fundamentales.

Las NHF conforman un sistema, son independientes, son pocas, finitas (nueve) y universales, es decir que toda persona tiene las mismas necesidades, lo que varía es la forma de satisfacerla, (los satisfactores).

Estas necesidades son: subsistencia, protección, afecto, entendimiento, libertad, ocio, creación, participación e identidad.

Max-Neef plantea que todas las necesidades descritas son fundamentales, por lo cual, la no

¹³ “Conceptos básicos de psicología en la formación de los profesionales de la Salud”. Cátedra de ENSAME

¹⁴ “Enfermería Gerontológica”. A.S. Staab, L.C. Hodges.

¹⁵ OMS, 1994

satisfacción de una de ellas genera una patología, sea en los cuerpos o en lo social.¹⁶

Llegado a este punto se pregunta de qué grupo etareo se está hablando ya que estos factores tienen diferentes matices en los diferentes grupos. Nuestra respuesta es rápida y concreta ya que el mismo nos fue asignado con el tema al comenzar la investigación. Pero nos abre la puerta a nuevas interrogantes: ¿Quién es el adulto mayor? ¿Cuánto conocemos de él?

Aquí si comenzó nuevamente nuestra búsqueda de bases teóricas para responder a las nuevas interrogantes. Para esto se considera necesario hacernos una pregunta más ¿Qué disciplina estudia al adulto mayor y que nos pueden aportar? Lo encontrado fue:

De las teorías consultadas se extrajo:

“La geriatría se define como la rama de la medicina que estudia los aspectos clínicos, preventivos, terapéuticos y sociales del anciano, en situación de salud o de enfermedad. Incluye aspectos relativos a la mayor parte de las disciplinas clínicas y constituye una parte de la gerontología.”

Existen muchas razones para entender el auge que la geriatría está teniendo en todo el mundo durante los últimos años. Entre las más importantes cabe citar las siguientes:

1. *La presión demográfica.* El número de ancianos crece en todos los países desarrollados, y los ancianos cada vez alcanzan edades más elevadas, con un mejor nivel de salud y cultura y con una mayor conciencia de sus derechos en este terreno.

2. *Socioeconómicas.* Derivadas de la trascendencia que las decisiones médicas tienen en la política, en la economía y en lo social. Bastaría recordar el volumen económico que todos los países deben dedicar a pensiones y el derivado del consumo de farmacia o de la necesidad de aportar recursos sanitarios y sociales a los ancianos incapacitados o con problemas de recuperación.

3. *Científicas.* El conocimiento de lo que representa el proceso de envejecer y de las consecuencias que se derivan del mismo es algo que se ha venido –y se viene– produciendo de una manera tardía en relación con otras partes de la medicina, lo que deja un mayor margen para el estudio y la investigación en este campo.

Siendo que el objetivo prioritario de esta disciplina: es conseguir que el adulto mayor permanezca, o se reintegre, en su domicilio habitual en suficientes condiciones de bienestar y seguridad.

Con las expresiones de anciano, gente mayor, personas mayores, adulto mayor, nos referimos de forma genérica y no peyorativa al grupo de población de 65 años y más. El umbral de edad para formar parte del grupo de adulto mayor o tercera edad, o de la llamada cuarta edad, varían según el organismo.

La ONU trabaja tanto sobre el umbral de los 60 años como el de los 65 años para hablar de adulto mayor¹⁷. La OMS, habla de mayores a partir de los 65 años y de muy mayores a partir de los 80 años.

A lo largo de la investigación el criterio adoptado para formar parte del grupo del adulto mayor son los 65 y 80 años respectivamente, por que se considera que estos umbrales son los manejados por el MSP en nuestro país para el grupo etáreo adulto mayor. Esto coincide con la aparición generalizada de problemas físicos y psíquicos relacionados con el envejecimiento. Considerando a este como: el proceso de la hipofuncionalidad progresiva asociada a la vida, es un proceso fisiológico, en el que aumenta la inestabilidad, la sensibilidad y la susceptibilidad del individuo a los procesos patológicos. Después de los lactantes, los ancianos constituyen el grupo expuesto a mayores riesgos.

¹⁶ “Desarrollo a Escala Humana”. M. Max Neef.

¹⁷ Ver United Nations (1999), World populations prospect: the 1998 revision, Nueva York

El enfrentamiento con un medio hostil durante toda la vida y el ritmo mas lento e irregular del reloj biológico, hacen al anciano particularmente frágil, por ésta razón las personas de edad avanzada necesitan una amplia gama de cuidados preventivos, curativos y de rehabilitación.

Existen en nuestros países grupos vulnerables cuyos problemas de salud necesitan ser resueltos con premura, a través de medidas de salud pública que permitan detener su deterioro.

Un país como el nuestro, en franco proceso de desarrollo, requiere soluciones permanentemente actualizadas y no operativos de emergencia.

El problema planteado a raíz del progresivo aumento de la población mayor de sesenta y cinco años y sus implicancias sanitarias, es un tema que preocupa a todos los países desarrollados. En los países industrializados, paralelamente al desarrollo socioeconómico se ha presentado el fenómeno del constante envejecimiento de la población.

Pero éste fenómeno no solamente se presenta en los países desarrollados, sino que en actualidad en la mayoría de los países del mundo, hay cada vez mas personas que rebasan los 60, 70 y los 80 años de edad.

También va en aumento la proporción que estas personas representan en la población total, ya que esa longevidad coincide con una reducción general de las tasas de fecundidad. Dicho en otras palabras, se ha creado una situación en que cada vez nacen menos niños y son mas las personas que llegan a la vejez.

La expectativa de vida al nacer en nuestro país es de 75 años, siendo para el sexo femenino de 79 años y para el sexo masculino de 71 años. El porcentaje de población mayor de 65 años es de 13,3 %, año 2006¹⁸.

Cuando en 1978 la Asamblea General de las Naciones Unidas, decidió convocar una Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, fue esencialmente con el propósito de llamar la atención mundial, sobre el importante cambio que se está produciendo en las estructuras de la población de todos los países más desarrollados y también menos desarrollados.

Ahora bien, el concepto del anciano como una persona que camina vacilante hacia la tumba, azotada y minado por las enfermedades, incapaz a la vez de amar y cuidarse, es falso¹⁹.

Recientes estudios realizados en ancianos sanos demuestran que incluso después de los 70 años, los mismos pueden hacer mucho más que ocuparse de si mismos, no solo pueden llevar a cabo una jornada de trabajo normal, sino también utilizar sus facultades

de creación, mantener relaciones amorosas y desempeñar una función activa en la comunidad.

El envejecimiento es un fenómeno biológico general que se manifiesta en todos los niveles de integración del organismo:

- a nivel psicológico y socioeconómico: los stress del proceso del envejecimiento se ven agravados por las tensiones que deben enfrentar el anciano, y que están relacionados fundamentalmente con el aislamiento social y el desamparo, la jubilación y la penuria económica, la vivienda o alojamiento.
- a nivel biológico, manifestado por la involución de órganos y funciones: además aumenta la inestabilidad, la sensibilidad y la susceptibilidad del individuo a los procesos patológicos. La iniciación y rapidez con que ocurren los cambios en las capacidades mentales y aptitudes varían según el sistema o aparato afectado, la experiencia vital y la herencia. Estos deterioros se manifiestan a nivel de las facultades mentales, de las funciones sensoriales, funciones motoras y del estado físico. La memoria de fijación o anterógrada revela signos deficitarios, como consecuencia, el anciano se encuentra imposibilitado de evocar hechos recientes, mientras que la memoria para el pasado o memoria retrógrada o de evocación permanece intacta. Lo mismo sucede con otras facultades mentales, fundamentalmente con la atención, orientación e imaginación. Con respecto a la percepción sensorial, puede decirse que se producen alteraciones importantes en el oído y en la vista; debilitamiento y a veces pérdidas de nivel de percepción del gusto,

¹⁸ Dato extraído del I.N.E.

¹⁹ RAE- N°23-Setiembre 1986/Pág. 55. "Acciones preventivas en el proceso de envejecimiento"

del olfato, el tacto, la temperatura, el dolor y la propiocepción. El déficit de la audición, incapacita y aumenta el aislamiento social de los ancianos. La agudeza auditiva y la agudeza visual, disminuyen con la edad y producen efectos psicosociales negativos y de gran magnitud. Las alteraciones de la visión aumentan la dependencia y la inseguridad de desplazamiento, como así también influyen negativamente en las actividades ocupacionales de recreación y de autocuidado. El tacto y el dolor disminuyen su efectividad, razón por la cual no es raro que los ancianos soporten quemaduras o heridas muy dolorosas sin quejarse. Las alteraciones cardiovasculares son muy comunes y principales causas de muertes en personas mayores de 65 años. Con el transcurso de los años se produce un enlentecimiento de la función cardíaca, como consecuencia de fibrosis más o menos marcada del miocardio. Por lo general la función respiratoria también es afectada por pérdida de elasticidad en musculatura corporal y que influye en los músculos respiratorios y pared torácica. Con el envejecimiento el esqueleto sufre la constante pérdida de sustancia ósea, apareciendo osteoporosis, fragilidad de los huesos y modificación en las estructuras mantenedoras del cuerpo humano. Centrando en la columna vertebral se observa que con el paso de los años disminuye su longitud, a causa de la pérdida de espesor de los discos intervertebrales y la osteoporosis de las vértebras. Además de la

disminución de la estatura existen cambios en la silueta:- por la presencia de cifosis dorsal, aumento del diámetro antero-posterior del tórax; - disminución del diámetro transversal; - desplazamiento del diámetro frontal hacia adelante; - desplazamiento del centro de gravedad de la cicatriz umbilical a la sínfisis púbica. Para compensar la cifosis dorsal frecuentemente el anciano realiza una flexión de caderas y de rodillas, para mantener el equilibrio. En los ancianos son frecuentes las deformidades de las rodillas en varo (piernas en paréntesis) que conllevan a diferentes patologías. La bóveda plantar está configurada por 26 huesos que soportan las fuerzas de compresión y la planta del pie constituida por ligamentos y músculos dándole toda la elasticidad necesaria para adaptarse a las irregularidades del terreno. Todo ello contribuirá a que exista una alteración en la marcha. Si además le añadimos el factor “calzado inadecuado” se llega a las tan temidas “caídas”.

Las caídas representan uno de los problemas más importantes dentro de la patología geriátrica. Constituye uno de los denominados gigantes de la medicina del adulto mayor dado el impacto que significa en la salud del anciano y su entorno. Es también un reto para las organizaciones sanitarias y profesionales que asisten a esta franja etaria en virtud de que mediante políticas de prevención tanto a nivel comunitario, medio residencial como hospitalario, se pueda disminuir la incidencia y prevalencia del fenómeno de las caídas tanto en términos de morbi-mortalidad como en su repercusión económica y social.

Se define la caída como la consecuencia de cualquier acontecimiento, que precipita al suelo al individuo contra su voluntad. Las causas pueden ser múltiples, algunas propias del sujeto (factores intrínsecos) y otras vinculadas al ambiente o entorno que lo rodea (factores extrínsecos).

Epidemiológicamente, las caídas son la causa principal de fractura de cadera en el anciano, comprobándose que el 88% se deben a esta circunstancia, un 8% debido a otro tipo de accidente, y solo un 3% a fractura en hueso previamente enfermo.

Las caídas y sus consecuencias afectan fundamentalmente a los ancianos más frágiles y vulnerables como los que viven solos, con escaso apoyo socio-económico y familiar, pacientes ingresados en residencias asistidas o internados en hospitales de agudos o unidades de rehabilitación. Uno de los objetivos primordiales de los médicos geriatras es la detección de los factores de riesgo de caídas mediante la valoración integral que incluye una evaluación multidimensional, socio-ambiental y psicofísica-funcional.

La principal implicación clínica de ello es que el riesgo puede ser reducido si modificamos o

eliminamos algunos de estos factores²⁰.

Dentro de los factores intrínsecos se debe diferenciar los relacionados con los cambios vinculados con la edad o el proceso normal del envejecimiento de los que son producto de enfermedades que facilitan las caídas así como de la yatrogenia o empleo inadecuado de fármacos.

Al considerar los factores extrínsecos se debe evaluar el entorno ambiental del anciano distinguiendo los presentes en la vivienda de los riesgos que surgen en el exterior (calles, plazas, medios de transporte, etc.).

El factor ambiental o extrínseco está implicado hasta en un 22%, según estudios, en la génesis de las caídas del anciano que vive en la comunidad por lo que la adopción de políticas de educación que permitan concientizar a la población sobre el problema de las barreras arquitectónicas y otros obstáculos constituye una medida preventiva primordial.

Factores intrínsecos

Cambios del envejecimiento

- Disminución de la agudeza visual
- Disminución de la audición y de la conducción nerviosa vestibular
- Disminución de la sensibilidad propioceptiva.
- Enlentecimiento de los reflejos posturales.
- Disminución del tono y fuerza muscular.
- Cambios en la marcha (marcha senil).
- Degeneración de estructuras articulares.

Procesos Patológicos

- Síndrome de disfunción del equilibrio y de la marcha.
- Accidentes vasculares
- Demencia
- Parkinson.
- Tumores cerebrales.
- Síncope
- Arritmias
- Insuficiencia Cardíaca
- Artrosis
- Patología del pie

Yatrogenia

- Polifarmacia (más de 3 fármacos)
- Automedicación
- Utilización abusiva de psicofármacos.
- Fármacos hipotensores.

Factores Extrínsecos

Vivienda

- Suelo: irregulares, deslizantes, muy pulidos y lustrosos, con desniveles, alfombras con arrugas o con los bordes levantados, cables u otros objetos no fijos.
- Iluminación: luces muy brillantes. Insuficiente.
- Escaleras: iluminación inadecuada, ausencia de pasamanos, peldaños o escalones altos sin

²⁰ Datos extraídos de página web: www.circulocatico.com.uy/articulos/medicos/caidasenelanciano.html.
Autor: Dr. Emilio Pérez Piñeyro.

descanso.

- Cocina: muebles situados a una altura inadecuada, suelos resbaladizos.
 - Cuarto de baño: lavamanos y water muy próximos o demasiado bajos, ausencia de barras en duchas o de suelo antideslizante.
 - Dormitorio: camas altas y estrechas, cables sueltos, objetos en el suelo.
 - Mobiliario inestable y bajo.
 - Uso de calzado inadecuado
-
- Actividades domésticas cuya realización implique riesgo de caídas (limpieza de lugares altos, cambio de lámpara de luz en altura, cambio de cortinas en altura, etc.)

Vía Pública (calles, plazas, jardines, etc.)

- Veredas estrechas, con desniveles, baldosas sueltas, obstáculos, etc.
- Pavimento defectuoso
- Semáforos de breve duración.
- Bancos de plazas y jardines de altura inadecuada.

En medio de transporte

- Escalones o escalerillas inadecuadas de autobuses.
- Movimientos bruscos del vehículo.
- Tiempos cortos para entrar o salir.

CONSECUENCIAS DE LAS CAÍDAS

- Físicas: Traumatismos menores: contusiones, esguinces, etc.
- Traumatismos mayores: fracturas, afección de órganos internos, agravación de enfermedades subyacentes. Ulceras de apoyo (escaras). Trombo embolismo venoso.
- Mentales: Estados confusionales. Descompensación de demencias. Depresión. Síndrome psicológico post caída.
- Funcionales: Pérdida de autonomía. Síndrome de declinación funcional. Inmovilismo.
- Socio-Económico: Distorsión del núcleo familiar. Aumento de la demanda de servicios sanitarios. Riesgo de Institucionalización.

Es fundamental destacar que aunque tradicionalmente, se han considerado como sucesos fortuitos o como una consecuencia inevitable del envejecimiento, las caídas son "predecibles" y por tanto susceptibles de prevención.

La meta global de todas las estrategias de prevención debe ser minimizar el riesgo de caída sin comprometer la movilidad y la independencia funcional del adulto mayor y si esto no es posible evitar la gravedad de sus consecuencias. La atención preventiva incluye intervenciones primarias, secundarias y terciarias.

La primera es la más efectiva abarcando las medidas destinadas a evitar que las caídas se produzcan siendo aplicable a toda la población anciana. Consiste básicamente en campañas de educación y promoción de hábitos saludables, medidas de seguridad del ambiente y detección precoz de patologías.

La prevención secundaria requiere una valoración exhaustiva del anciano frágil con el objetivo de identificar los factores de riesgo actuando sobre los mismos de una manera personalizada.

La prevención terciaria tiene como finalidad disminuir la presencia de incapacidades debidas a las consecuencias físicas y psicológicas de las caídas incluyendo la enseñanza de técnicas para lograr levantarse evitando la permanencia prolongada en el suelo, rehabilitación de la estabilidad y reeducación de la marcha (fisioterapia, empleo de ayudas técnicas, bastones, etc.), tratamiento del síndrome post-caída.²¹

²¹ Texto extraído del sitio web: www.labomed.el/caidas.htm Fecha de publicación Agosto 2000

Para concluir, en la Declaración Universal de los Derechos Humanos²² del año 1948 ya se incluyó el reconocimiento del derecho a una vivienda adecuada en la vejez. En la misma línea, la Declaración de Principios de las Naciones Unidas para las personas mayores promulgada en 1999 con motivo Del Año Internacional de las Personas Mayores, defiende entre otras cosas, el principio de independencia en el acceso a la vivienda mediante ingresos, ayuda de la familia, de la comunidad y de su propia autosuficiencia, la posibilidad de residir en su domicilio tanto tiempo como sea posible.

Con las mismas premisas, en el Simposio Panamericano sobre Envejecimiento y Salud celebrado en Québec en diciembre del 2001, se trató el hecho de que los mayores prefieren vivir en su comunidad, barrio, pueblo, domicilio y estar cerca de su familia, amigos y conocidos; por lo tanto, entre las propuestas se insistió en la necesidad de mejorar su entorno vital con una política de vivienda adaptada para mantener su autonomía.

Como muestra de esta problemática, en las conclusiones del II Foro Mundial sobre el envejecimiento, se pedía ante las graves carencias de viviendas y de condiciones de vida, *“...que los gobiernos deben impulsar el desarrollo de redes de servicios sociales y socio-sanitarios que permitan el envejecimiento digno en casa, mejoras en el diseño de alojamientos y entornos medio-ambientales para promover la independencia con seguridad de las personas mayores, y promover estándares de diseño universales para garantizar la seguridad de las personas mayores en todo tipo de edificio, así como en todo tipo de transporte”*.

En otras palabras la casa donde vive el adulto mayor tiene que permitir la máxima autonomía, facilitando la realización de las tareas.

Muchos de estos adultos son autónomos, pero frágiles o sencillamente, tienen dependencia funcional. En estos casos la adecuación de la vivienda es muchas veces clave para permitirles una vida autónoma e independiente. La adaptación de la vivienda usando tecnologías que faciliten las actividades de la vida diaria mediante el diseño, desarrollo, divulgación y empleo de ayudas técnicas. Como ser calefacción, teléfono, iluminación adecuada (natural y artificial), buenas condiciones de accesibilidad (rampas, ascensores en edificios), dimensiones suficientes de paso, baños, cocinas y escaleras adaptados (agarraderas, bordillo, pasamanos y otros)

Considerando las agarraderas como *“elemento de características y dimensiones ergonómicamente adecuadas para asirse de él”*, las mismas deben de ser construidas con materiales rígidos y deberán estar fijadas firmemente. Su superficie exterior tendrá el tacto suave y antideslizante y en caso de estar expuestas a temperaturas extremas deberán estar convenientemente revestidas. Los extremos deberán ser diseñados curvados de manera de evitar el punzonado o eventuales enganches.

Los bordillos son *“elementos elevados sobre el nivel del plano de circulación, con frente vertical o muy inclinado que puede contener a un empuje lateral.”*

Todas las circulaciones que presenten desniveles con respecto a las zonas adyacentes superiores 100mm y que no supongan un tránsito transversal a las mismas, deberán estar provistas de bordillos de material resistente de más de 50 mm de altura, los bordillos deberán tener continuidad en toda la extensión del desnivel.

Los pasamanos son *“elementos continuos de apoyo y sujeción que acompañan la dirección de una circulación.”* Los pasamanos deberán ser construidos con materiales rígidos e inalterables y deberán estar fijados firmemente por parte inferior, los extremos deberán ser curvados de manera de evitar el punzonado o eventuales enganches, la sección transversal del pasamanos deberá ser tal que permita el buen deslizamiento de la mano, y el apoyo, la sujeción fácil y segura. Los pasamanos a colocarse en rampas y escaleras deberán ser continuos en todo el recorrido (inclusive en los descansos y con prolongaciones horizontales iguales o mayores de 300 mm al comienzo y al final de aquella.

²² Declaración Universal de los Derechos Humanos adoptada y proclamada por la resolución 217ª de la Asamblea General de la ONU del 10 de diciembre de 1948.

BREVE MARCO REFERENCIAL

COMPLEJOS DEL BPS²³

En 1987 se crea la ley para la construcción de vivienda por el BPS destinadas a jubilados y pensionistas cuyas asignaciones mensuales sean inferiores al monto de 2 salarios mínimos nacionales. Desde ese momento hasta hoy estas viviendas tienen tres tipos de calidades de vivienda: en altura; de muy buenas terminaciones y de ubicaciones centrales, y aisladas, los NBE (núcleo básico evolutivo) localizado en zonas periféricas y viviendas en tiras.

Diferencias encontradas en las viviendas en cuanto a construcción:

En cuanto a las viviendas en altura cuentan con un dormitorio, living- comedor, cocina, baño y terraza, el diseño en un 20% del total de las viviendas son para adultos mayores con discapacidad.

En su mayoría estas se ubican en planta baja, cuentan con ascensor y escaleras diseñadas adecuadamente para este sector. Además disponen de un grupo electrógeno para que funcionen adecuadamente los ascensores así como las bombas para el suministro de agua caliente.

En las viviendas del (NBE) tienen un área de 32 m, construcción mínima para evolucionar.

Las viviendas en tiras se ubican en zonas periféricas y en el interior según las exigencias de las condiciones deberán “enchufarse” a los servicios públicos y de electricidad.

Presentan un dormitorio, comedor, cocina y baño, además espacios intermedios patios o balcones así como espacios de servicios múltiples para realizar actividades.

Cuando tienen dos plantas cuentan con escaleras diseñadas adecuadamente para ese sector. Las terminaciones son de mejor calidad que las anteriores.

Todos los complejos son de hormigón, con ladrillo a la vista, y pisos de cerámica.

DISEÑO METODOLOGICO

Es un estudio descriptivo, de corte transversal.

Universo: Todos los habitantes de los complejos pertenecientes al BPS que se encuentren en la base de datos.

Muestra: Todos los individuos que viven en los complejos habitacionales Agraciada, Centenario, L A Herrera, Propios II y Tres Ombúes CH 87, (seleccionados de forma probabilística de la base de datos²⁴) en la ciudad de Montevideo.
La población correspondió a 112 individuos.

Hombres y mujeres entre 65 hasta 80 años que acepten participar en la entrevista.

La muestra se seleccionó de la siguiente manera:

- Se ordenaron todos los complejos de la base de datos alfabéticamente.
- Se numeraron los mismos de uno a diez
- Se escogieron los números pares.

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO:

Se realizó una prueba piloto del mismo, para evaluar posibles modificaciones pertinentes y así mejorar la calidad del instrumento.

²³ “Políticas de viviendas para nuevas demandas: El caso del programa de jubilados y pensionistas del BPS-MVOTMA”. Propuesta de artículo para el INVI. Arq. María Noel López Salgado. 19/04/06

²⁴ Base de datos perteneciente al estudio realizado por los alumnos de salud individual y colectiva gen 2006, cátedra comunitaria

CRITERIOS DE RECOLECCION, TABULACIÓN Y REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE DATOS.

Recolección:

- × Selección de la Base de datos.
- × Entrevista estructurada de aproximadamente 10 minutos (cuestionario)

Tabulación:

- × Tablas de frecuencias

Representación gráfica:

- × Diagrama de barras
- × Diagrama sectorial

VARIABLES

Edad: variable cuantitativa continua.

Definición conceptual: tiempo transcurrido en años desde el nacimiento hasta la época actual

Definición operativa: para este estudio se tomara el periodo comprendido entre los 65 a 80 años

Categorías (años):

- 65 - 69
- 70 - 74
- 75 - 80

Sexo: variable cualitativa nominal

Definición conceptual: características anatómo fisiológicas que diferencian al hombre y a la mujer.

Definición operativa: características anatómicas visibles

Indicadores:

- Femenino
- Masculino

Integración del grupo familiar: variable cualitativa nominal

Definición conceptual: conjunto de personas unidas por lazos co-sanguíneas o no, que vivan en la misma vivienda.

Definición operativa: Individuos que hasta el momento de la entrevista viven en el mismo techo.

Indicadores:

- Solo
- Acompañado: Cónyuge
Hermano
Hijo
Nieto
Otros

Caídas en el adulto mayor en el último año: variable compleja

Definición conceptual: es el resultado de un acontecimiento brusco e inesperado que hace perder al individuo el control postural.

Definición operativa: Ocurrencia de caídas.

Indicadores

- Si
- No

Definición operativa: Actividad que estaba realizando cuando ocurrió la caída

Indicadores

- Bañándose
- Subiendo una escalera
- Limpiando lugares altos
- Simplemente caminando
- Otras

Definición operativa: Número de caídas.

Indicadores

- 1
- 2 o más

MEDIDAS DE SEGURIDAD PERSONALES ANTE CAIDAS

Definición Conceptual: Variable cualitativa, nominal y compleja.

Conjunto de acciones realizadas por el individuo con el fin de evitar o disminuir las caídas en el hogar.

Definición Operativa: elementos utilizado por la persona que le brinda seguridad ante la marcha.

- *Protección de uso personal ante la dificultad en la marcha*

Indicadores

- Uso de zapatos cerrados, suela de goma.
 - Siempre
 - A veces
 - Nunca
- Uso de bastón.
 - Si
 - No
- Uso de andador.
 - Si
 - No

MEDIDAS DE SEGURIDAD DE LA VIVIENDA ANTE CAIDAS

Definición Conceptual: Variable cualitativa, nominal y compleja.

Elementos que presenta la vivienda con el fin de evitar o disminuir las caídas.

Definición operativa: Elementos visibles que presenta la vivienda.

- *Protección presente en la vivienda para evitar la caída*

Indicadores:

- Presenta pasamanos en la escalera
 - Si
 - No
- Presenta iluminación en los desniveles
 - Si
 - No
- Presenta alfombra de goma en la ducha
 - Si

- No
- Presenta asideras en el baño
 - Si
 - No
- ***Seguridad durante las actividades cotidianas***

Definición conceptual: Medidas de seguridad que utiliza el individuo al realizar actividades de la vida cotidiana que impliquen riesgo de caídas.

Definición operativa: Acciones que toma el individuo que impliquen riesgo de caídas como ser actividades que superen su propia altura.

Indicadores:

- Solicita ayuda para cambio de lámpara de luz en altura
 - Si
 - No

- Utiliza extensor / solicita ayuda para limpieza de lugares altos
 - Si
 - No

- Solicita ayuda para el cambio de cortinas en lugares altos
 - Si
 - No

PROCESAMIENTO DE DATOS

Para llevar a cabo ésta investigación se realizaron 112 entrevistas a los adultos mayores de edades comprendidas entre 65 y 80 años que residen en 5 complejos habitacionales del BPS previamente seleccionados, en el período del 4 al 6 de diciembre de 2007.

Del total de la población entrevistada el 19% corresponde a Agraciada, el 20% a Centenario, 26% a L. A. Herrera, 18% a Propios II y el 17% a Tres Ombúes CH 87.

Dentro de la población entrevistada se destaca un 70% del sexo femenino y 30% masculino. En relación a la edad el 67% corresponde a la franja etárea de 75 – 80 años, seguido de un 19 % con edades comprendidas entre 65- 69 años y un 14% de 70 – 74 años.

En lo que se refiere a la integración del grupo familiar se observa que el 63% vive solo, el 18% con su cónyuge, 10% con su hijo, otros 4%, hermano 3% y nieto 2%.

En los adultos mayores entrevistados, las caídas han tenido una prevalencia del 38%. Del 38% (43) que se caen; un 37% presentan recurrencia de caídas (definidas como la ocurrencia de 2 ó + caídas en el período de un año).

Se destaca que el 29% de éstas caídas sucedieron mientras caminaban, con igual porcentaje al realizar otro tipo de actividades.

También se igualan los porcentajes (16%) al momento de bañarse o limpiando parado en silla y 10% subiendo una escalera.

En cuanto a la dificultad en la marcha se observa que el 43% tiene dificultad y el 57% no presenta.

Al momento de identificar el tipo de apoyo utilizado por éstos; un 78% utiliza bastón y un 22% andador.

En relación al uso de zapato cerrado con suela de goma, un 48% lo utiliza siempre, 47% a veces y 5% nunca.

Con respecto a la presencia de escaleras y pasamanos en el hogar, se debe aclarar que en el complejo Tres Ombúes se consideraron las que dan acceso a su vivienda, ya que los habitantes de dicho complejo deben utilizarlos para poder ingresar a la misma. Un 58% cuentan con escaleras y el 42% no, ya que viven en planta baja.

También se consideró la presencia de desniveles y su iluminación fuera del hogar por la misma razón incluyendo ahora también los habitantes que viven en planta baja (100%).

De la iluminación se destaca que todas las viviendas tenía instalación pero sólo funcionando el 74%.

En lo que se refiere a las alfombras antideslizantes en ducha, un 57% no la utiliza.

Se destaca que el 66% no presenta asideras en su ducha y con respecto al uso de las alfombras antideslizantes y de las asideras se desprende que el 60% las usan siempre; un 21% a veces y un 19% nunca.

Un 46% realiza actividades que superan su propia altura contra un 54% que no realiza.

Con respecto a las actividades se menciona que 61% solicita ayuda para el cambio de lámpara de luz, 63% utiliza extensor o solicita ayuda para limpieza de lugares altos y 63 % solicita ayuda para el cambio de cortinas.

TABLA N°1: Distribución de la población en relación a la edad , en el período correspondiente del 4 al 6 de diciembre de 2007

EDAD	FA	FR%
65 - 69 años	21	19
70 - 74 años	16	14
75 - 80 años	75	67
TOTAL	112	100

Fuente : Planilla de cuestionario

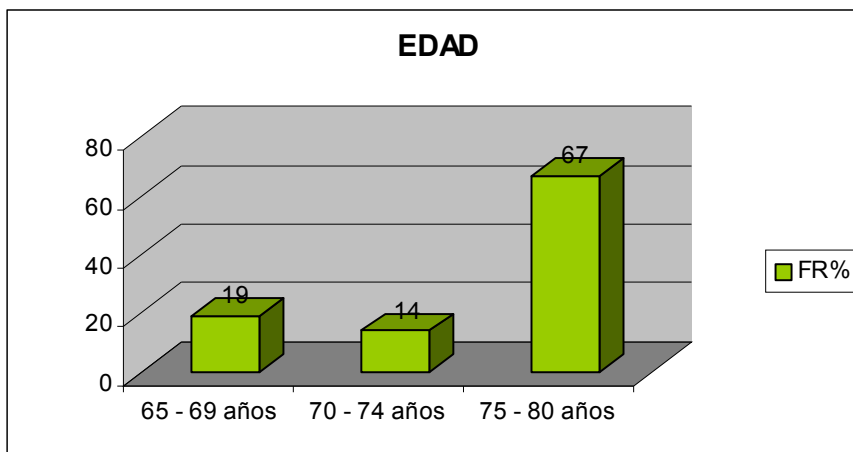


TABLA N° 2: Distribución de la población en relación al sexo, en el período correspondiente del 4 al 6 de diciembre de 2007

SEXO	FA	FR%
Femenino	79	70
Masculino	33	30
TOTAL	112	100

Fuente : Planilla de cuestionario

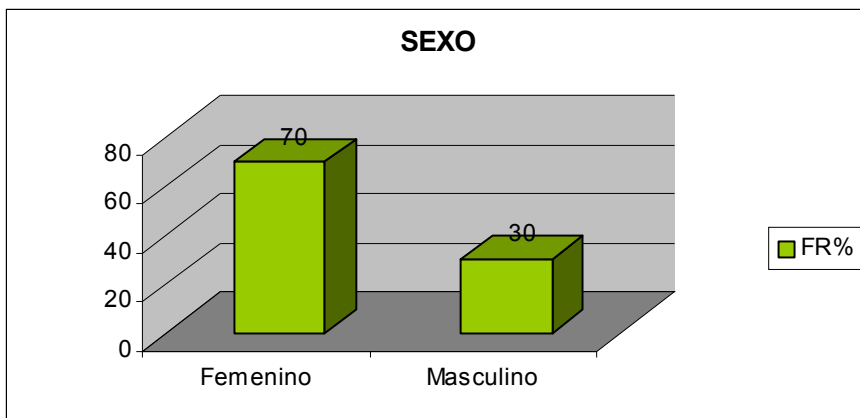


TABLA N° 3: Distribución de la población en relación a la integración familiar, en el período correspondiente del 4 al 6 de diciembre de 2007

INT. GRUPO FAMILIAR	FA	FR%
Sólo	71	63
Cónyuge	20	18
Hermano	3	3
Hijo	11	10
Nieto	2	2
Otros	5	4
TOTAL	112	100

Fuente : Planilla de cuestionario

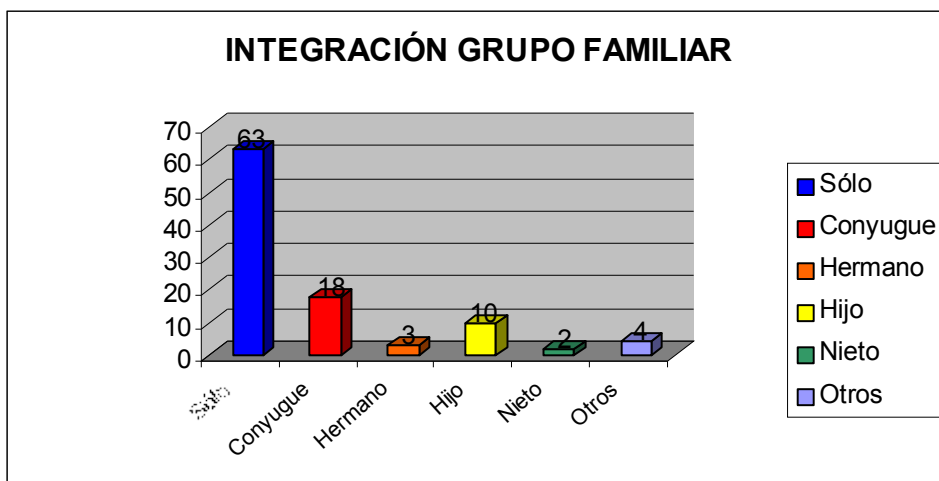


TABLA N° 4: Distribución de la población en relación a caídas en el último año, en el período correspondiente del 4 al 6 de diciembre de 2007

CAÍDAS EN EL ÚLTIMO AÑO:	FA	FR%
Si	43	38
No	69	62
TOTAL	112	100

Fuente : Planilla de cuestionario

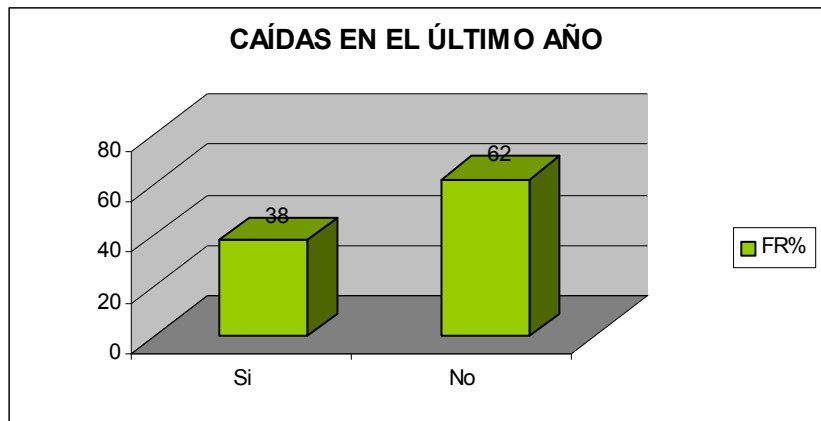


TABLA N° 5 : Distribución de la población en relación a cantidad de caídas en el último año, en el período correspondiente del 4 al 6 de diciembre de 2007

CANTIDAD DE CAÍDAS EN EL ÚLTIMO AÑO	FA	FR%
1	27	63
2 o +	16	37
TOTAL	43	100

Fuente : Planilla de cuestionario

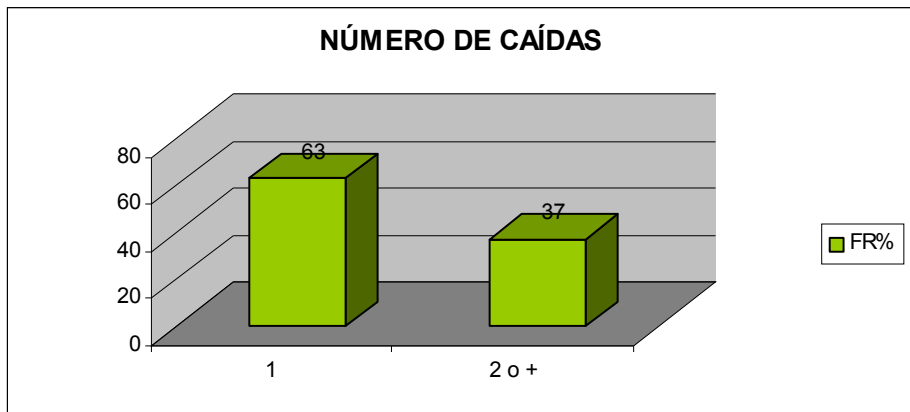


TABLA N° 6 : Distribución de la población en relación a la actividad que estaba realizando al momento de la caída, en el período correspondiente del 4 al 6 de diciembre de 2007

ACTIVIDADES QUE ESTABA REALIZANDO AL MOMENTO DE LA CAÍDA	1 Caída	FR%	2 o más Caídas	FR%
Bañándose	6	23	5	21
Subiendo una escalera	2	8	3	12
Limpiando, parado en una silla	3	12	6	25
Simplemente caminando	10	38	6	25
Otras	5	19	4	17
TOTAL	26	100	24	100

Fuente : Planilla de cuestionario

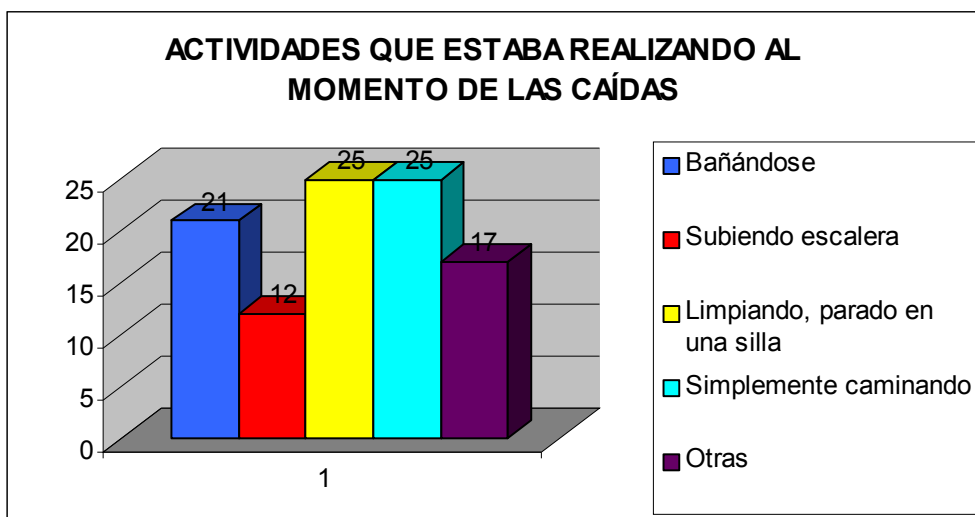
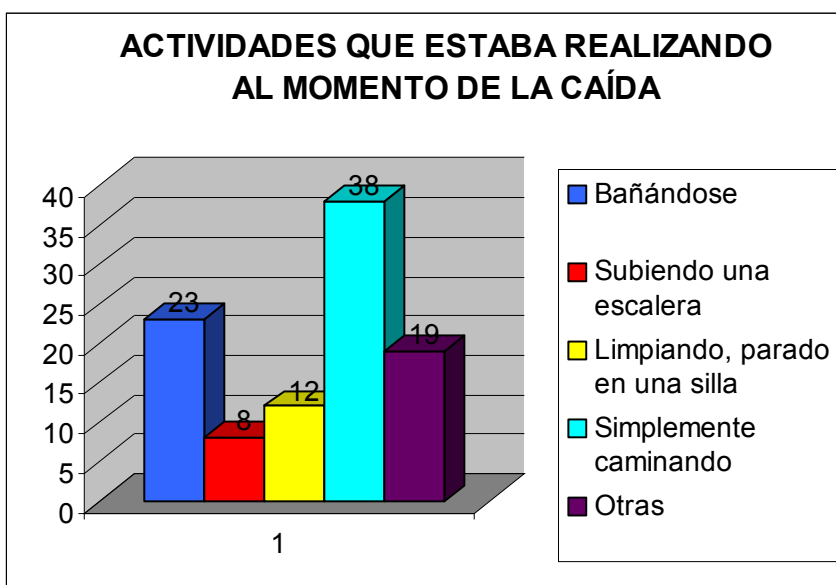


TABLA N° 7: Distribución de la población en relación dificultad en la marcha, en el período correspondiente del 4 al 6 de diciembre de 2007

DIFICULTAD EN LA MARCHA	FA	FR%
Si	48	43
No	64	57
TOTAL	112	100

Fuente : Planilla de cuestionario

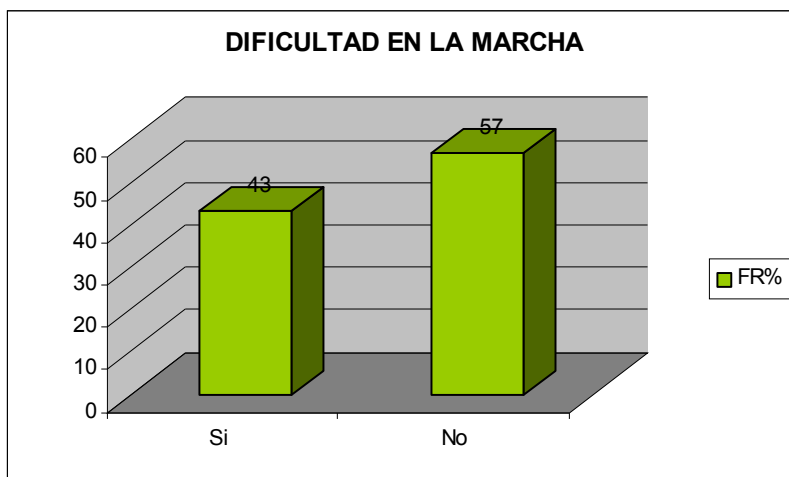


TABLA N° 8: Distribución de la población en relación al la presencia de dificultad en la marcha y al uso de apoyo, en el período correspondiente del 4 al 6 de diciembre de 2007

USO DE APOYO	FA	FR%
Bastón	21	44
Andador	6	12
Otro		
No usa	21	44
TOTAL	48	100

Fuente : Planilla de cuestionario

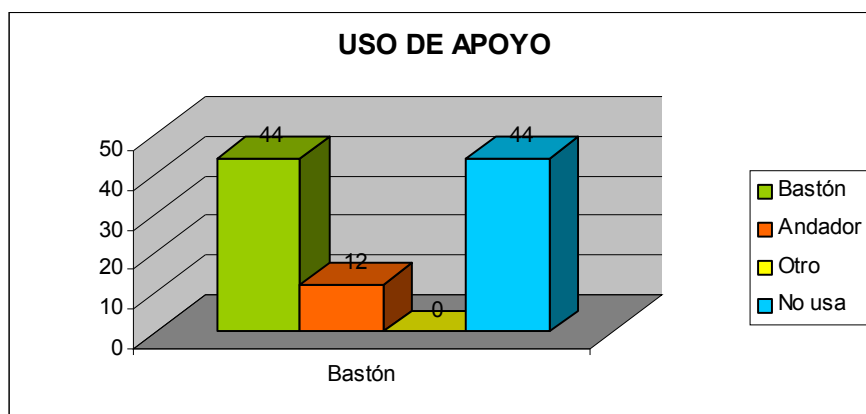


TABLA N° 9: Distribución de la población en relación al uso de zapato cerrado con suela de goma, en el período correspondiente del 4 al 6 de diciembre de 2007.

USO DE ZAPATO CERRADO CON SUELA DE GOMA	FA	FR%
Siempre	51	48
A veces	56	47
Nunca	5	5
TOTAL	112	100

Fuente : Planilla de cuestionario

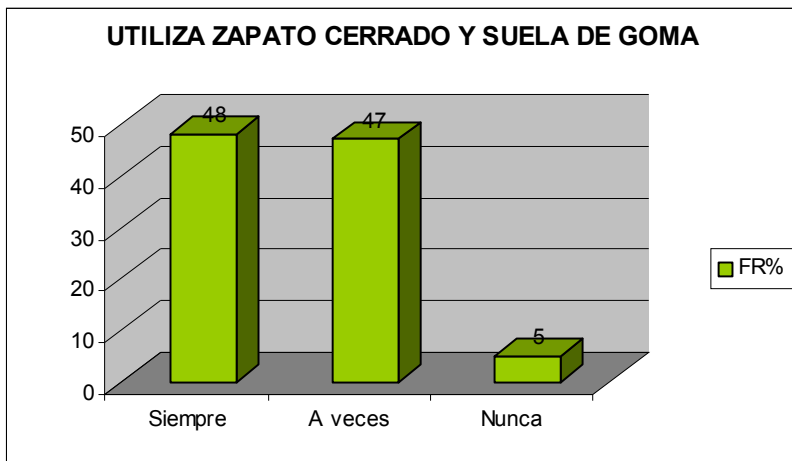


TABLA N° 10: Distribución de la población en relación a la presencia de alfombra antideslizante, en el período correspondiente del 4 al 6 de diciembre de 2007

PRESENCIA DE ALFOMBRA ANTIDESLIZANTE	FA	FR%
Si	48	43
No	64	57
TOTAL	112	100

Fuente : Planilla de cuestionario

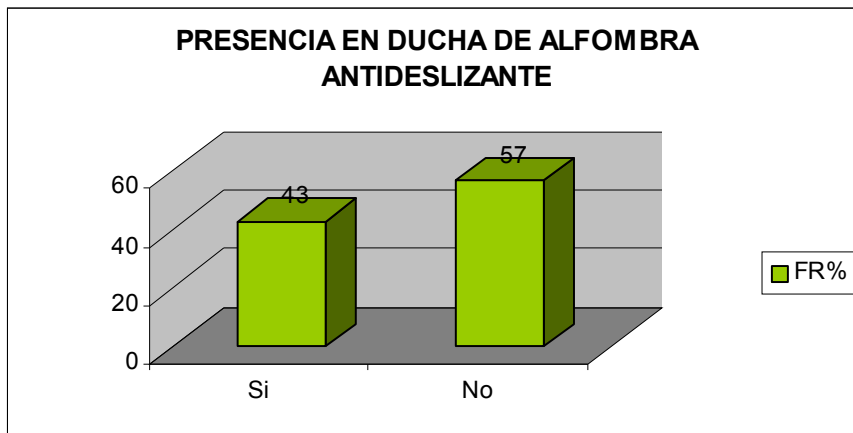


TABLA N° 11: Distribución de la población en relación a la presencia de asidera en el periodo correspondiente del 4 al 6 de diciembre de 2007

PRESENCIA DE ASIDERA	FA	FR%
Si	38	34
No	74	66
TOTAL	112	100

Fuente : Planilla de cuestionario

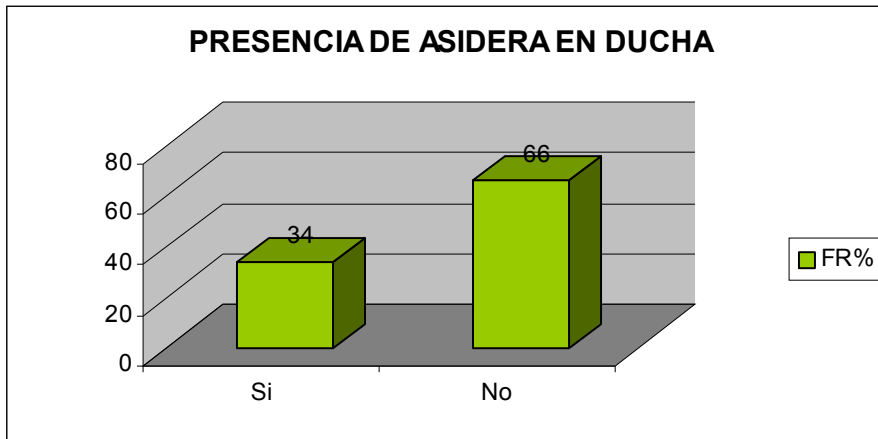


TABLA N° 12: Distribución de la población en relación al uso de asidera en el periodo correspondiente del 4 al 6 de diciembre de 2007

USO DE ASIDERA	FA	FR%
Siempre	14	67
A veces	4	19
Nunca	3	14
TOTAL	21	100

Fuente : Planilla de cuestionario

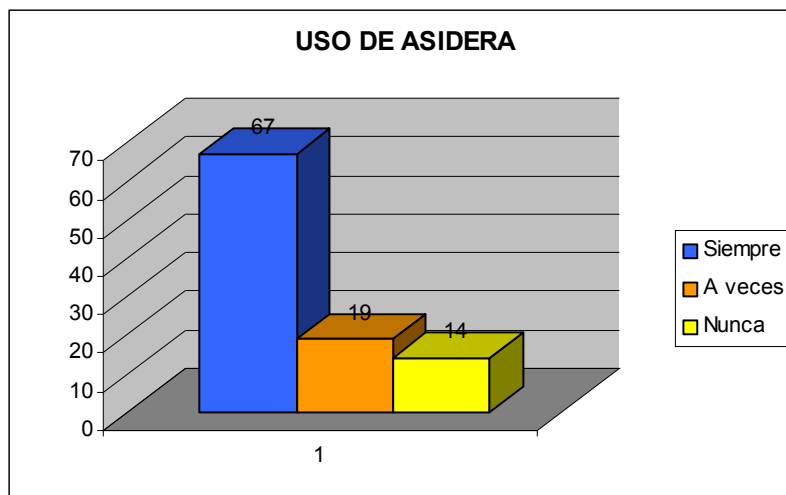


TABLA N° 13: Distribución de la población en relación al uso de alfombra antideslizante en el período correspondiente del 4 al 6 de diciembre de 2007

USO DE ALFOMBRA ANTIDESLIZANTE	FA	FR%
Siempre	20	69
A veces	9	31
Nunca		
TOTAL	29	100

Fuente : Planilla de cuestionario

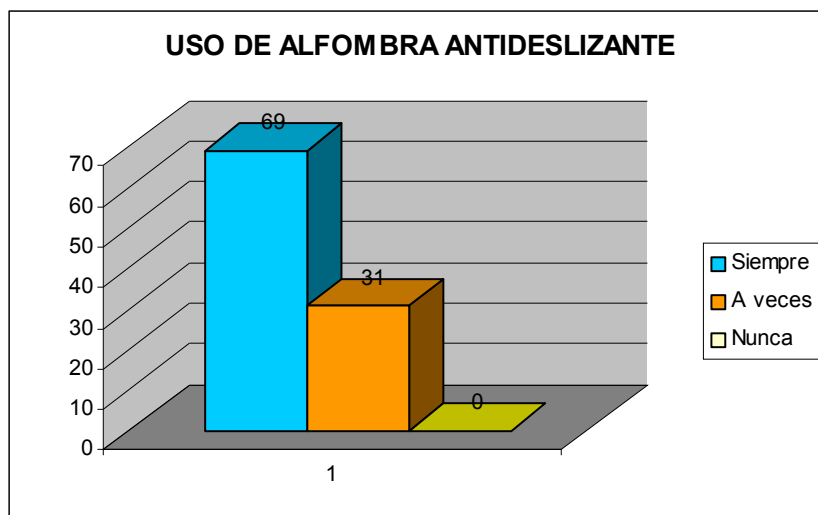


TABLA N° 14: Distribución de la población en relación al uso de alfombra antideslizante y asidera en el período correspondiente del 4 al 6 de diciembre de 2007

USO DE ALFOMBRA ANTIDESLIZANTE Y ASIDERA	FA	FR%
Siempre	16	89
A veces	2	11
Nunca		
TOTAL	18	100

Fuente : Planilla de cuestionario

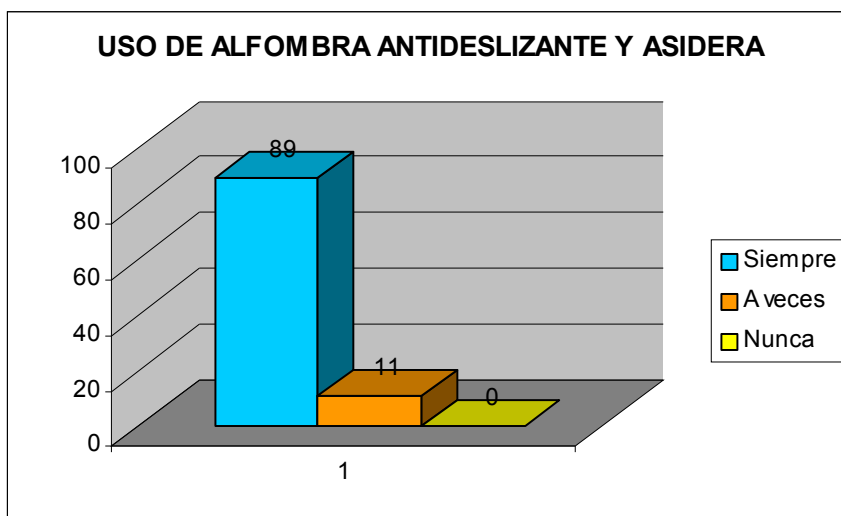


TABLA N° 15: Distribución de la población en relación a las actividades que superan su propia altura de la en el período correspondiente del 4 al 6 de diciembre de 2007

ACTIVIDAD QUE SUPEREN SU PROPIA ALTURA	FA	FR%
Si	51	46
No	61	54
TOTAL	112	100

Fuente : Planilla de cuestionario

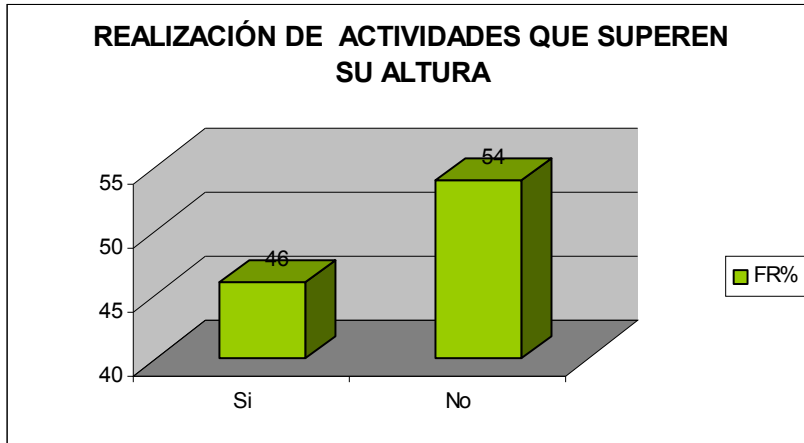


TABLA N° 16: Distribución de la población en relación a si solicita ayuda para el cambio de lámpara de luz, en el período correspondiente del 4 al 6 de diciembre de 2007

SOLICITA AYUDA PARA EL CAMBIO DE LÁMPARA DE LUZ	FA	FR%
Si	68	61
No	44	39
TOTAL	112	100

Fuente : Planilla de cuestionario

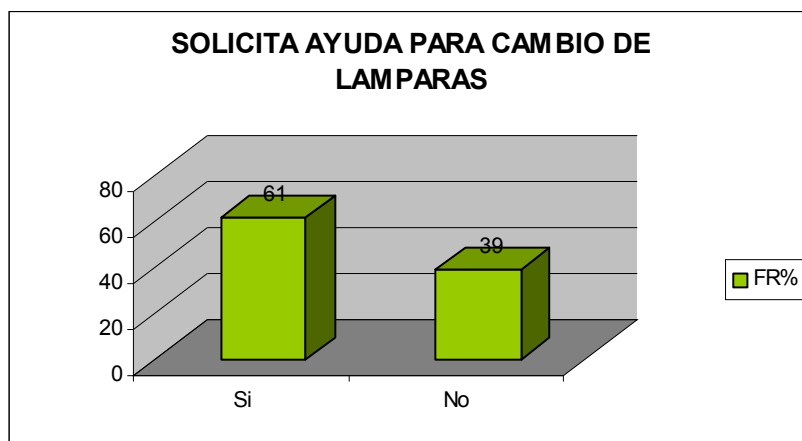


TABLA N° 17: Distribución de la población en relación al uso de extensor /solicita ayuda para limpieza de lugares altos, en el período correspondiente del 4 al 6 de diciembre de 2007

UTILIZA EXTENSOR/SOLICITA AYUDA PARA LIMPIEZA DE LUGARES ALTOS	FA	FR%
Si	70	63
No	42	37
TOTAL	112	100

Fuente : Planilla de cuestionario

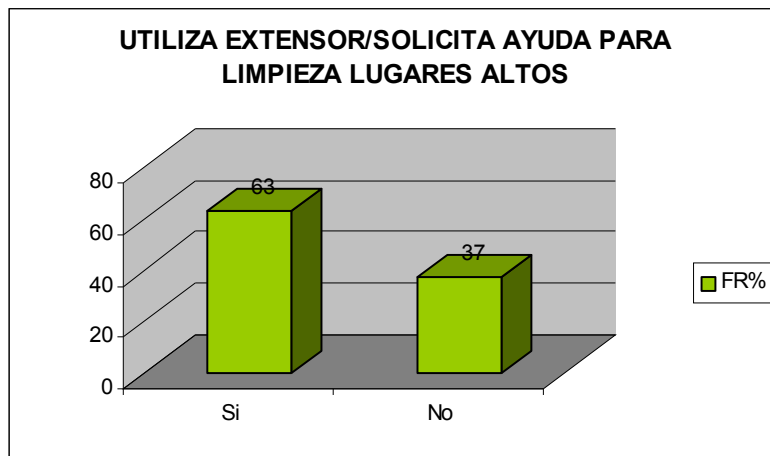


TABLA N° 18: Distribución de la población en relación a si solicita ayuda para cambio de cortina, en el período correspondiente del 4 al 6 de diciembre de 2007

SOLICITA AYUDA CAMBIO DE CORTINA	FA	FR%
Si	70	63
No	42	37
TOTAL	112	100

Fuente: Planilla de cuestionario

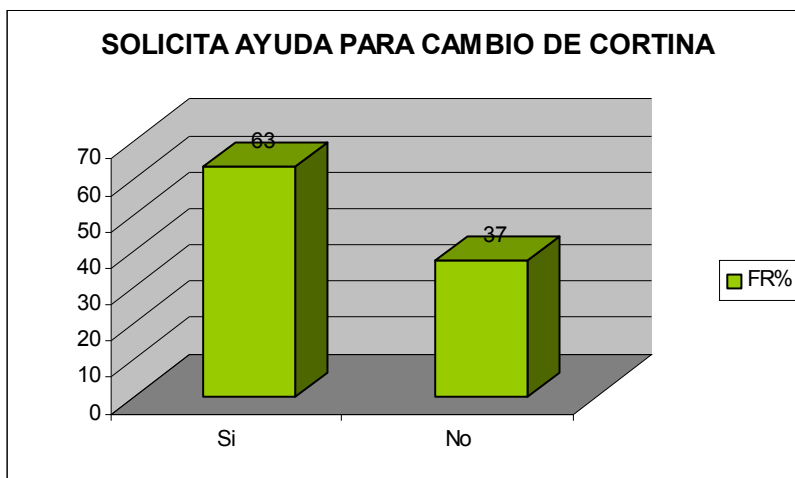


TABLA N° 19: Distribución de la población relacionando edad/caídas, en el período correspondiente del 4 al 6 de diciembre de 2007

RELACIÓN EDAD/CAÍDAS

EDAD	CAÍDAS		NO	FR%
	SÍ	FR%		
65 - 69 años	7	16	14	20
70 - 74 años	8	19	8	12
75 - 80 años	28	65	47	68
TOTALES	43	100	69	100

Fuente : Planilla de cuestionario

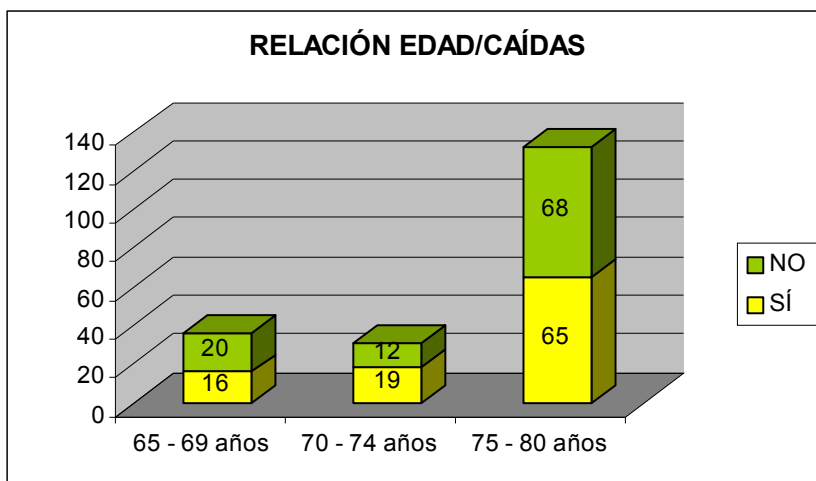


TABLA N° 20: Distribución de la población relacionando sexo/caídas, en el período correspondiente del 4 al 6 de diciembre de 2007

RELACIÓN SEXO/CAÍDAS

SEXO	CAÍDAS		NO	FR%
	SÍ	FR%		
Femenino	32	74	47	68
Masculino	11	26	22	32
TOTAL	43	100	69	100

Fuente : Planilla de cuestionario

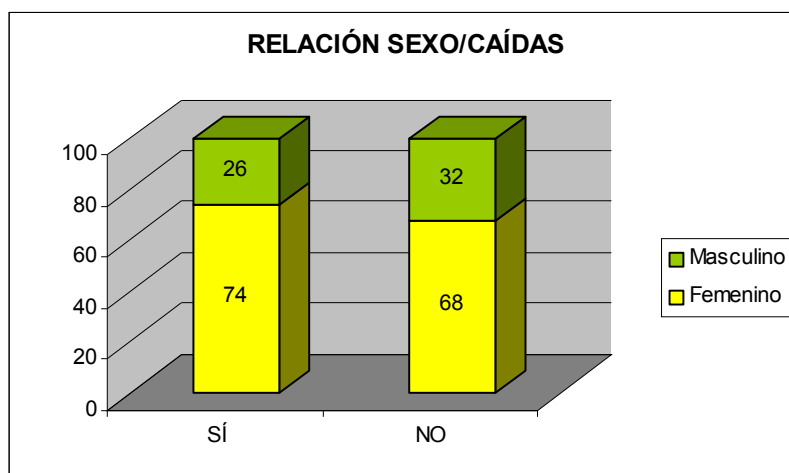


TABLA N° 21: Distribución de la población relacionando dificultad en la marcha y uso de apoyo, en el período correspondiente del 4 al 6 de diciembre de 2007

Relación dificultad en la marcha y uso de apoyo

USO DE APOYO	DIFICULTAD EN LA MARCHA		NO	FR%
	SI	FR%		
SI	27	56	64	100
NO	21	44		
TOTAL	48	100	64	100

Fuente : Planilla de cuestionario

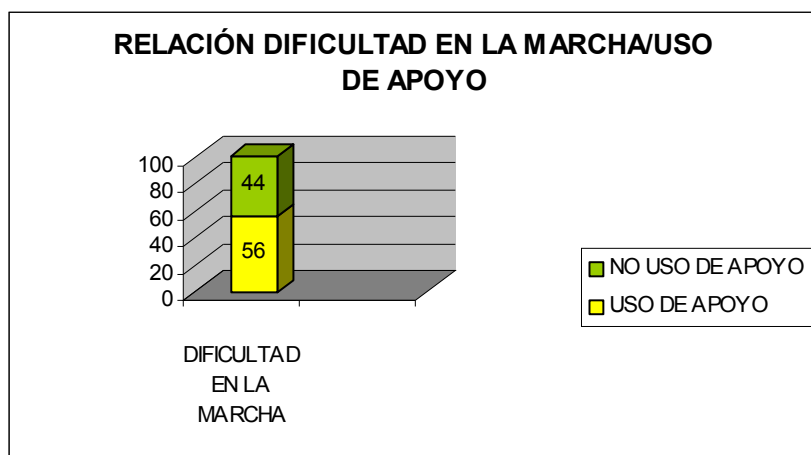


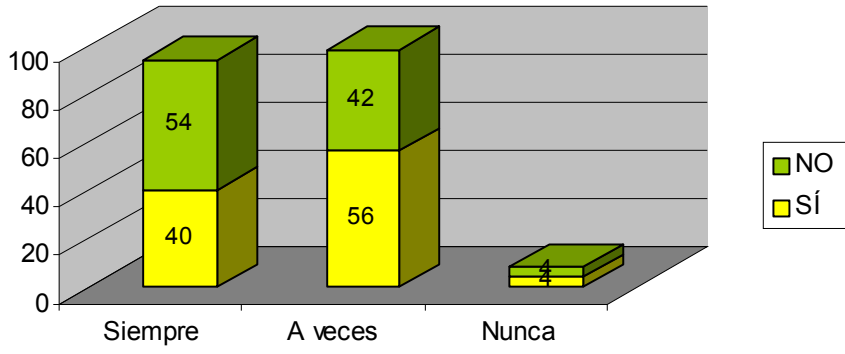
TABLA N° 21: Distribución de la población relacionando uso de zapato cerrado con suela de goma/caídas, en el período correspondiente del 4 al 6 de diciembre de 2007

Relación Uso de zapato cerrado con suela de goma/Caídas

USO DE ZAPATO	CAÍDAS		NO	FR%
	SÍ	FR%		
Siempre	17	40	37	54
A veces	24	56		
Nunca	2	4	3	4
TOTAL	43	100	69	100

Fuente : Planilla de cuestionario

RELACIÓN USO DE ZAPATO CERRADO C/SUELA GOMA/ CAÍDAS



ANÁLISIS

En nuestro país, según datos aportados por el censo 2004 se observa una prevalencia en la población del sexo femenino, además de un incremento notorio en los adultos mayores de 75 años.

Nuestra población objeto no escapa a ésta realidad ya que un 70% representa al sexo femenino y un 67% se ubica en el rango de edad de 75-80 años.

Con respecto a la integración del grupo familiar se encontró que el 63% vive solo.

Un 37% vive acompañado, del cuál el 25% son también adultos mayores y un 2% son niños.

Con respecto a las caídas en el último año cabe destacar que el 38% presentó 1 o más caídas. Aunque la mayoría de las caídas no provocan lesiones físicas graves o muertes, determinan a menudo una reducción en la actividad social y física y una pérdida de confianza en la independencia funcional.

Se puede observar que de 43 adultos mayores que se cayeron, 17 presentó recurrencia de caídas en el último año.

La frecuencia de caídas se halla directamente relacionada con la edad y el sexo.

De la población que presentó caídas el 74% fue de sexo femenino contra un 26% de sexo masculino y en lo que respecta al grupo etáreo el 65% era mayor de 75 años.

La mayoría de las caídas se produjeron durante actividades cotidianas, como caminar, al momento de bañarse u otras.

En relación a actividades que implican riesgo de caídas como ser cambio de lámpara de luz, cambio de cortinas o limpieza de lugares altos, más de un 60% de los entrevistados refiere solicitar ayuda.

En cuanto a la dificultad en la marcha se observa que 48 tienen dificultad, de estos 27 utilizan apoyo. Siendo de elección el bastón en un 78% y un 22% andador.

Cabe destacar que un 44% cuenta con dificultad y no usa apoyo.

En relación al uso de zapato cerrado con suela de goma se obtiene que los que refieren usar siempre se caen en un 40%. Los que lo usan a veces un 56% se cae y los que nunca los usan se caen en un 4%.

Como se expresa anteriormente en la caracterización de la población, el complejo Tres Ombúes fue en el único que se tomó en cuenta la presencia de escaleras como parte del hogar.

Si se compara con los demás complejos, se puede ver que la presencia de las mismas no incidió en el aumento de caídas.

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

CONCLUSIÓN

Con todos estos datos se pudo concluir que si bien las viviendas fueron pensadas para una población de adulto mayor, en la realidad encontramos por ejemplo, que en los complejos de altura visitados los pisos eran de cerámica pulida. Esto fue planteado como una inquietud importante por parte de los habitantes de los complejos.

Al igual que los pisos, se consideró a las asideras en los baños una importante medida de protección contra las caídas.

Se comprobó que en todos los complejos visitados, los baños no contaban con éstas, excepto en los edificios de altura en los apartamentos destinados a discapacitados que si contaban con ésta medida; estos representan sólo un 20% del total.

Es importante que se destaque la evolución que han tenido arquitectónicamente las viviendas destinadas para los adultos mayores aún quedando medidas protectoras a tener en cuenta.

En cuanto a las medidas personales se puede decir que el uso de zapato cerrado con suela de goma disminuye el número de caídas.

En lo que respecta a la dificultad en la marcha se concluye que un gran número de adultos mayores tiene dificultad pero no utilizan ningún tipo de apoyo, manifestando muchos de ellos la relación uso de bastón - vejez.

El profesional de enfermería ejerce un papel muy importante en la educación para la salud y las propuestas de políticas sanitarias, esto se debe aprovechar para desarticular colectivamente los mecanismos socioculturales e ideológicos que muestran a la vejez como una etapa de enfermedad, desprotección e inutilidad. Con esto se busca reeducar a la población en el respeto y valoración de cada etapa del ciclo vital.

Más allá de haber dado respuesta a nuestra interrogante y objetivos planteados, se considera que es impostergable profundizar aún más ésta temática. Especialmente en estos últimos tiempos, donde el tema ha cobrado mayor relevancia social manifestado por el aumento demográfico de la misma y las consiguientes implicaciones socio- económicas que esto genera.

Es en el área de la salud, donde se concentra los mayores desafíos, para desarrollar progresivamente políticas sólidas y favorecedoras en beneficio de todos, especialmente de quienes más lo requieran, para que puedan alcanzar así, un nivel de vida digno, brindándosele la posibilidad de construir espacios propios de integración y desarrollo para que los años “agregados” a la vida sean con “calidad de vida”.

Creemos que para poder implementar éstas políticas, enfermería debe tomar en consideración valores y creencias de los individuos, familias o grupos basados en sus formas culturales de vida en el mismo lugar donde viven e interactúan para poder proporcionar cuidados de enfermería eficaces, satisfactorios y culturalmente congruentes para cada grupo humano.

El personal de enfermería ayudará al paciente en su propio hogar a crear un entorno sin barreras que le permitan continuar funcionando de forma independiente. La seguridad es una importante prioridad en las intervenciones del personal de enfermería ante este grupo etéreo

Consideramos que el presente trabajo ha abierto el camino para futuras investigaciones las cuales creemos necesarias con el fin de recabar la suficiente información para poder generalizar sus resultados y de ésta forma establecer normas y leyes de prevención. Ya que consideramos que la prevención es la educación de la seguridad y la aplicación de la seguridad es un factor protector.

SUGERENCIAS

- Presentar la información obtenida a los organismos que correspondan para su posterior difusión con el fin de obtener estrategias preventivas.
- Sirva de base para posteriores investigaciones, ya que no se cuenta con suficientes estudios relacionados al tema en nuestro país.
- Desde nuestro rol enfermero en el primer nivel nos parece fundamental implementar pautas educativas las cuales requieren de autocuestionamiento y del convencimiento de la existencia de mejores alternativas.

BIBLIOGRAFÍA

- Ander Egg E. Técnicas de investigación social. 24^a ed. Bs. As.: Lumen; 1995.
- Benedetti M. Vientos del exilio: Pasatiempo; Visor; 1983. Pág. 42.
- Bosch I, Meda J. Envejecimiento y Vivienda. El problema residencial de las personas mayores en Catalunya, Obra Social. Barcelona : Fundación La Caixa; 2005.
- Brunner L, Suddarth S. Enfermería Médico-Quirúrgica. 9^a ed. México: MacGraw- Hill; 2002
- Burke M.. Enfermería Gerontológica. Cuidados integrales del adulto mayor. 2^a ed. Madrid: Elsevier; 1998.
- Castro C. www.saludalia.com/Saludalia/servlets/asisa/parseador/ps.jsp?x=doc_caidas#1. Madrid; 2000.
- Cátedra de ENSAME. Conceptos básicos de psicología en la formación de los profesionales de la Salud.
- De la Revilla L. Conceptos e instrumentos de la atención familiar. Barcelona: Doyma; 1994.
- El envejecimiento exitoso y saludable. Convivencia familiar- Descripción y correlación de los factores condicionantes. [Tesis].
- Instituto Uruguayo de Normas Técnicas. Normas para Accesibilidad de las Personas al Medio Físico. Montevideo: UNIT; 2000.
- López Salgado M. Políticas de viviendas para nuevas demandas : el caso del programa de jubilados y pensionistas del BPS-MVOTMA. Propuesta de artículo para el INVI. Montevideo: [s.n.]; 2006.
- López Salgado M. Evaluación del comportamiento higrotérmico de las viviendas del BPS-MVOTMA, centrado en la ventilación natural a través de percepción de los adultos mayores de los anales de las cuartas jornadas de investigación en Arquitectura. Montevideo: [s.n.]; 2005.
- Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional Adulto Mayor. Montevideo: MSP; 2007.
- Ministerio de Salud Pública. Dirección General de la Salud. Protocolos para el manejo en el Primer Nivel de Atención de los Principales Síndromes Geriátricos. Montevideo: MSP; 2007.
- Paolillo F. Intervención de Uruguay en la II Asamblea mundial sobre envejecimiento. Madrid; 2002. <http://www.ghandi.edu.uy/complejas/forodos/calvo.htm>
- Pérez Piñeiro E. www.circulocatolico.com.uy/articulos/médicos/caidasenelanciano.html/ .
- Pineda E B. Metodología de la Investigación. Manual para el desarrollo de personal de salud. 2^aed. Washington: OPS; 1994.
- Polit D. Investigación Científica en ciencias de la Salud. 5^a ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 1997.
- RAE- N°23-Setiembre 1986/Pág. 55. Acciones preventivas en el proceso de envejecimiento.
- Sabino C A. Como hacer una Tesis: Guía para elaborar y redactar trabajos científicos. 2^a ed. Bs. As.: Humanitas; 1986.
- Secretaría de Desarrollo Urbano y Vivienda. México; 2000.
- Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Naciones Unidas. Madrid; 2002.
- Staab A S, Hodges L C. Enfermería Gerontológica. México : McGraw-Hill; 1998.
- www.ine.gub.uy
- www.labomed.el/caidas.htm
- www.monografias.com/trabajos/explodemo/explodemo
- www.pubmed.com
- www.un.org/ageing/coverage/uruguays.htm

ANEXO

Universidad de la República
Facultad de Enfermería
2007

Fecha...../...../.....

Iniciales:

Sexo: F..... M.....

Edad:

Integración del grupo familiar:

1- ¿Ha presentado caídas en su vivienda en el último año?

Si....

No....

1.1 De ser afirmativa preguntar:

Cuántas veces:

1...

2 o más....

1.2 Que actividad estaba realizando:

Bañándose.....

Subiendo una escalera.....

Limpiando, parado en una silla.....

Simplemente caminando.....

Otras.....

2-¿Tiene dificultad en la marcha?

Si....

No....

2.1 De ser afirmativo preguntar:

Usa algún tipo de apoyo, por ej:

Bastón....

Andador....

Otro...

2.2 Utiliza zapato cerrado con suela de goma:

Siempre.....

A veces.....

Nunca.....

3- ¿Hay escaleras en su hogar?

Si.....

No.....

- 3.1 Si la respuesta es afirmativa, si la misma tiene pasamano
Si.....
No.....
- 3.2 ¿Utiliza Uds. en la escalera el pasamano?
Si....
No....
- 3.3 ¿Hay desniveles en su hogar?
Si.....
No.....
- 3.4 De ser afirmativa:
¿Presenta iluminación?
Si.....
No.....
- 3.5 ¿En su ducha o bañera utiliza alfombra antideslizante para bañarse?
Si...
No ...
- 3.6 ¿Presenta su ducha o baño asidera?:
Si...
No...
- 3.7 De ser afirmativo:
¿Lo utiliza?
A veces.....
Siempre.....
Nunca.....
- 4 ¿Realiza actividades en su hogar que superen su altura?
Si....
No....
- 4.1 Solicita ayuda para cambio de lámpara de luz:
Si.....
No.....
- 4.2 Utiliza extensor / solicita ayuda para limpieza de lugares altos:
Si.....
No.....
- 4.3 Solicita ayuda para el cambio de cortinas:
Si.....
No.....

FECHA	04/12/2007	05/12/2007	05/12/2007	06/12/2007	06/12/2007	06/12/2007	FA	FAA
COMPLEJO BPS	TAPES	CENTENARIO	LA HERRERA	TRES OMBÓES	PROPIOS U			
SEXO:								
femenino	12	17	24	10	16	79		112
masculino	9	6	5	9	4	33		
EDAD:								
65-69	4	2	4	8	3	21		
70-74	2	4	4	5	1	16		112
75-80	15	17	21	6	16	75		
INT. GRUPO FAMILIAR								
Sólo	12	13	19	13	14	71		112
Cónyuge	5	7	5	0	3	20		
Hermano	1	1	0	1	0	3		
Hijo	3	(1)	4	2	2+(1)	11		
Nieto	0	1	0	1	0	2		
Otros	0	1	1	2	1	5		
CAIDAS EN EL ÚLT. AÑO:								
SI	7	7	10	10	9	43		112
No	14	16	19	9	11	69		
CANTIDAD DE CAIDAS								
1	5	7	3	6	6	27		43
2 o +	2	0	7	4	3	16		
ACTIVIDADES								
Barfándose	2	0	3	2	2	9		55
Subiendo una escalera	0	0	1	3	1	5		
Limpiando, parado en silla	1	2	3	1	2	9		
Caminando	2	3	5	2	4	16		
Otras	2	2	0	12	0	16		
DIF. EN LA MARCHA								
SI	11	9	10	10	8	48		112
No	10	14	19	9	12	64		

USO DE APOYO																		
Bastón	5		2		10		1		3		21							27
Andador	3		0		2		1		0		6							
Otro	0		0		0		0		0		0							
UTILIZA ZAPATO C Y DE G																		
Siempre	9		12		13		6		11		51							112
A veces	11		8		15		13		8		56							
Nunca	1		2		1		0		1		5							
EXISTENCIA DE ESCALERA																		
Si	0		0		0		11		0		11							19
No	0		0		0		8		0		8							
PRESENCIA DE PASAMANO																		
Si	0		0		0		11		0		11							11
No	0		0		0		0		0		0							11
UTILIZA EL PASAMANO																		
Si	0		0		0		11		0		11							11
No	0		0		0		0		0		0							11
PRESENCIA DE DESNIVELES																		
Si	0		0		0		17		0		17							19
No	0		0		0		2		0		2							19
PRESENCIA DE ILUMINACIÓN																		
Si	0		0		0		13		0		13							17
No	0		0		0		4		0		4							17
PRESENCIA DE ALF. ANTL.																		
Si	11		9		10		7		11		48							112
No	10		14		19		12		9		64							112
PRESENCIA DE ASIDERA																		
Si	7		6		14		6		5		38							112
No	14		19		15		13		15		74							112

LO UTILIZA										
A veces	1	5	6	3	4	18			88	
Siempre	11	9	13	9	11	53				
Nunca	1	9	1	1	5	17				
ACTIVIDAD QUE SUP. ALTURA										
SI	7	13	10	13	7	51			112	
No	14	9	19	6	13	61				
SOLICITA AYUDA CAMB. LAMP										
SI	15	10	19	12	12	68			112	
No	6	13	10	7	8	44				
UTILIZA EXTENSOR/SOL. AYUDA										
SI	13	13	19	11	14	70			112	
No	8	10	10	8	6	42				
SOLICITA AYUDA CAMB. CORTINA										
SI	14	14	18	10	14	70			112	
No	7	9	11	9	6	42				
CONOC. MED. DE SEGURIDAD										
Zapato cerrado /suela de goma	15	20	27	15	18	95			449	
Bastón	11	16	24	7	8	66				
Andador	8	7	7	4	2	28				
Pasamanos en las escaleras	8	9	17	18	15	67				
Iluminación en los desníveles	5	7	17	11	10	50				
Afombreras antideslizantes	12	11	20	9	14	66				
Asideras en el baño	16	14	21	9	11	71				
Otros	0	4	0	1	0	6				