



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



TRABAJO FINAL DE INVESTIGACIÓN

***“Factores Socio demográficos y
Epidemiológicos de la vejez en
complejos habitacionales del BPS”***

AUTORES:

Br. Colo, Leonardo
Br. Toledo, Patricia
Br. Saratsola, Enzo
Br. González, Victoria
Br. Díaz, María Laura

TUTORA:

Lic. Enf. Aquino, Virginia

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

Montevideo, 2011

ÍNDICE:

	Páginas
Resumen -----	3 - 4
Introducción -----	5
Marco Teórico -----	6 - 23
Metodología -----	24
Métodos e instrumentos -----	25
Resultados (tablas y gráficos) -----	26 -37
Síntesis de resultados -----	38 - 43
Discusión -----	44 - 48
Conclusiones -----	49 - 50
Bibliografía -----	51 -52
Anexos -----	53 - 69

RESUMEN

El presente trabajo en adultos mayores, es innovador ya que no se encontraron antecedentes de estudios de similares características en esta franja etárea.

El objetivo de este trabajo de investigación es Identificar, calificar y cuantificar los factores socio demográfico y epidemiológico en el entorno de los adultos mayores de los complejos habitacionales del BPS en Montevideo, entre el 15 y 18 de diciembre de 2011. Tiene como propósito conocer los factores favorables y desfavorables del entorno del adulto mayor.

Se propone un estudio descriptivo, de corte transversal, cualitativo-cuantitativo de un total de 100 adultos, donde se encuestaron 53 adultos mayores que participaron voluntariamente en el investigación, constituyendo nuestra muestra de estudio, la misma fue no probabilística intencional.

Se evaluaron las características de los registros mediante observación utilizando como instrumento de recolección de datos una entrevista estructurada de preguntas semi abiertas.

El estudio arrojo que se encuentran diferentes ítems que pueden ser tenidos en cuenta para mejorar los factores socios demográficos y epidemiológicos del entorno de los adultos mayores.

Se llega a concluir que se debe seguir trabajando para poder cumplir en la práctica lo que la legislación indica en la letra.

El conjunto de leyes que atienden los derechos del adulto mayor hacen referencia entre otros a la vivienda digna y a un entorno que interactúa para atender las necesidades en esta etapa de la vida.

Con el presente trabajo se encontró que hay una serie de derechos que aun no están englobados de forma de dar satisfacción a los derechos que la ley le otorga a esta franja etárea.

INTRODUCCIÓN:

El siguiente trabajo de investigación fue realizado por cinco estudiantes de la Facultad de Enfermería, cursando el cuarto ciclo de la carrera Licenciatura en Enfermería de la Universidad de la Republica.

El tema para la siguiente investigación fue “Factores socio demográficos y epidemiológicos en la vejez”, enmarcado en la Cátedra de Salud del Adulto y Anciano.

La misma tiene como objetivo identificar los factores sociodemográficos y epidemiológicos en el entorno de los adultos mayores en los complejos habitacionales de BPS en Montevideo.

El marco legal Uruguayo puntualiza cuales son los derechos de los adultos mayores, con este trabajo se busca identificar en que puntos la realidad no alcanza a la legislación.

El rango etáreo del adulto mayor es un porcentaje muy importante en la población de nuestro país. Los países denominados avanzados exhiben una alta longevidad, en el Uruguay se tiene una expectativa de vida que se aproxima a los más altos en el mundo. Dicho nivel de expectativa de vida compromete al país a trabajar y a continuar trabajando en mantener y mejorar continuamente dicho estándar.

MARCO TEORICO

Conceptos básicos, que fueron de utilidad para la realización del presente Trabajo de Investigación.

A continuación se mencionan los mismos.

Primeramente se define hombre como “un ser bio-psico-social, en relación dialéctica con el medio. Por su que hacer transformador de la realidad objetiva es un ser histórico que elabora conocimientos a cerca de sí mismo y de la realidad; se expresa a través de sus necesidades, que emergen de lo social y psicobiológico, aún cuando lo que el piensa y siente no siempre se refleja en la forma manifiesta. Es sobre la base del develar estas contradicciones que se procesa el desarrollo del hombre”.¹

El hombre se relaciona directamente con la salud, la cual se define de acuerdo a dos perspectivas diferentes. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), “Es el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o invalidez” y según la Facultad de Enfermería, Plan de estudio 1993, la define como “Un proceso que constituye un producto social que se distribuye en las sociedades según el momento histórico y cultural en que el hombre se encuentre. En este proceso el hombre puede tener distintos grados de independencia de acuerdo a su capacidad reaccional y a la situación salud-enfermedad en que se encuentre. La salud es un derecho inalienable del hombre, que

¹Plan de Estudio 1993. Facultad de Enfermería. Universidad de la República. Uruguay.

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”.

Cuando un individuo se encuentra sano y sufre ciertas alteraciones que provocan un desequilibrio a nivel mental, físico o social, pasa de un estado de salud a la enfermedad. Dichas alteraciones se manifiestan con la presencia de agentes patógenos también llamados noxas (virus, bacterias, problemas laborales, ruido, etc.). Si el organismo logra adaptarse a la influencia de las mismas, mantiene su estado de salud; de lo contrario, sobreviene la enfermedad.

Este proceso denominado **salud-enfermedad** está estudiado sobre la base de representaciones llamadas modelos los cuales incluyen determinantes y condicionantes que nos orientan en nuestro quehacer como enfermero/a en lo individual como en lo colectivo.

Determinantes ambientales de salud:

Son un conjunto de condicionantes de la salud y de la enfermedad en individuos, grupos y colectividades. En 1974 cuando el ministro de sanidad de Canadá llamado Lalonde analizó los determinantes de salud, creó un modelo de salud pública. En éste se considera que el nivel de salud de una comunidad viene determinado por cuatro variables:

- Biología humana; son todos aquellos hechos que se manifiestan en la salud de la persona. Estos se manifiestan por las características de la propia biología humana y por la constitución. Incluye maduración, envejecimiento, herencia genética como también el sexo y la edad.
- Entorno; son aquellas características externas al cuerpo, se dividen en sub-factores como biológicos (virus, bacterias, animales domésticos, etc.), físicos (ruidos, higiene del ambiente y otros), sociales (nivel de salud de una persona formada por la calidad de vida y el nivel de vida) y otros (lo político, económico, demográfico, geográfico y sociocultural).
- Estilo de vida; son un conjunto de características que el hombre toma sobre su salud y sobre la cual tiene cierto control. Incluye sedentarismo, estrés.
- Organización de la atención de salud; incluye la orientación para cuidar la salud, la enfermedad o ambos; grado de desarrollo de la acción intersectorial, universalidad y equidad para la atención; oferta de servicios, estructura, organización y accesibilidad de los servicios; disposición de los recursos; nivel de participación ciudadana en la gestión de salud.

A continuación, se presenta el concepto de **enfermería** como elemento básico para la realización de nuestro trabajo, donde el plan de estudios 1993 lo plantea como una disciplina encaminada a fortalecer la capacidad reaccional del ser humano (persona, familia o grupo poblacional). Realiza

la atención a través de un proceso integral, humano, educativo y terapéutico en los diferentes niveles de atención.

Enfermera comunitaria como el profesional responsable que investigando con la población conoce las necesidades de atención a la salud. Posee los conocimientos y habilidades técnicas, así como la actitud apropiada para atender, en los lugares donde viven, donde trabajan, donde estudian, donde se relacionan, o en instituciones sanitarias cuando fuera preciso, desde una concepción de la enfermera/o como miembro de un equipo interdisciplinario que trabaja en coordinación con otras instituciones y sectores, realizando funciones de asistencia, docencia e investigación, fortaleciendo las capacidades de participación y creación de los involucrados.

Para llevar a cabo lo anteriormente dicho, se menciona el modelo de enfermería de Virginia Henderson. Según la concepción de Henderson, los cuidados enfermeros consisten en la ayuda proporcionada a las personas enfermas o sanas en la ejecución de las actividades relacionadas con la satisfacción de sus necesidades fundamentales. Estas personas podrían llevar a cabo estas actividades sin ayuda si tuviesen la fuerza, la voluntad y los conocimientos necesarios.

El objetivo de la profesión enfermera es, pues, conservar y restablecer la independencia del usuario de manera que pueda satisfacer por sí mismo sus necesidades fundamentales. Cuando la persona no puede satisfacer

sola una necesidad, la enfermera dirige su atención a la zona de dependencia o a la fuente de dificultad tratando de suplirla y ayudarle a mantener su integridad. El juicio clínico de la enfermera la lleva a reconocer las necesidades insatisfechas y las fuentes de dificultad relacionadas. Las consecuencias esperadas son, a corto plazo, la satisfacción de las necesidades del usuario; a medio o largo plazo, recobrar la independencia en la satisfacción de sus necesidades.

Henderson postula que la persona es un todo complejo presentando catorce necesidades fundamentales; cada necesidad tiene dimensiones de orden bio-fisiológico y psico-socio-cultural. Toda persona tiende hacia la independencia en la satisfacción de sus necesidades fundamentales y desea alcanzarla. Según Henderson, una necesidad es un requisito más que una carencia. Las necesidades comunes a toda persona, enferma o sana, son: respirar normalmente, beber y comer adecuadamente, eliminar, moverse y mantener una posición adecuada, dormir y descansar, vestirse y desvestirse, mantener una temperatura corporal normal, estar limpio y aseado, evitar los peligros del entorno, comunicarse con otras personas, practicar su religión y actuar según sus creencias, ocuparse de manera que se sienta útil, participar en actividades recreativas, aprender, descubrir y satisfacer su curiosidad.

Con esta óptica, la enfermera se esfuerza en crear un entorno favorable a la salud.²

Tomando a la **comunidad** como un concepto filosófico que indica el propósito del profesional en este caso de enfermería, contempla al individuo en el contexto en el que vive; es decir, con los componentes físicos, sociales y culturales que lo determinan, y en el que se van a resolver sus problemas.

Epidemiología, es una disciplina científica que estudia la distribución, frecuencia, determinantes, relaciones, predicciones y control de los factores relacionados con la salud y enfermedad en poblaciones humanas. La epidemiología en sentido estricto, que podría denominarse humana, ocupa un lugar especial en la intersección entre las ciencias biomédicas y las ciencias sociales y aplica los métodos y principios de estas ciencias al estudio de la salud y la enfermedad en poblaciones humanas determinadas.³

La epidemiología es el estudio de la distribución y los determinantes de estados o eventos (en particular de enfermedades) relacionados con la salud y la aplicación de esos estudios al control de enfermedades y otros problemas de

²Suzanne Kerovac "El Pensamiento Enfermero." Barcelona: Ed. Masson; 1996 Fragmentos del Cap. 2 Concepciones, de Nightingale a Parse

³Milos Jenicek, Robert Cléroux "Epidemiología, Principios-Técnicas-Aplicaciones" Ed Inc St. Haycinthe, Qubec

salud. Hay diversos métodos para llevar a cabo investigaciones epidemiológicas: la vigilancia y los estudios descriptivos se pueden utilizar para analizar la distribución, y los estudios analíticos permiten analizar los factores determinantes. (OMS)

Factores epidemiológicos, El triángulo epidemiológico causal de las enfermedades está formado por el medio ambiente, los agentes y el huésped. Un cambio en cualquiera de estos tres componentes alterará el equilibrio existente para aumentar o disminuir la frecuencia de la enfermedad, por lo tanto se pueden llamar factores causales o determinantes de la enfermedad, las variaciones de estos componentes constituyen los factores epidemiológicos.⁴

Social es aquello **perteneciente o relativo a la [sociedad](#)**. Se entiende por sociedad al **conjunto de individuos** que comparten una misma **[cultura](#)** y que interactúan entre sí para conformar una **comunidad**.

En este sentido, lo social puede otorgar un sentido de pertenencia ya que implica algo que se comparte a nivel comunitario.

⁴Milos Jenicek, Robert Cléroux “Epidemiología, Principios-Técnicas-Aplicaciones” Ed Inc St. Haycinthe, Qubec

Factores Sociales: Se refiere a los parámetros que afectan los elementos de los sistemas políticos, económicos, sociales y culturales del entorno.

Factores Demográficos: La demografía es el estudio de poblaciones humanas en términos de tamaño, densidad, ubicación. Factores Sociales: Se refiere a los parámetros que afectan los elementos de los sistemas políticos, económicos, sociales y culturales del entorno. Factores Demográficos: La demografía es el estudio de poblaciones humanas en términos de tamaño, densidad, ubicación, edad, sexo, raza ocupación y otros datos estadísticos.

Factores socio demográfico: son los que describen las características sociales de la población a estudiar, tales como edad, sexo, estado civil, composición del núcleo familiar.

Adulto Mayor, es el término o nombre que reciben quienes pertenecen al grupo etéreo que comprende personas que tienen más de 65 años de edad. Por lo general, se considera que los adultos mayores, sólo por haber alcanzado este rango de edad, son lo que se conocen como pertenecientes a la tercera edad, o ancianos.

Vejez Exitosa, “Baja probabilidad de enfermedades, discapacidad asociada, junto con un funcionamiento cognitivo, capacidad física, funcional y compromiso activo con la vida”

Rawe y Kahan 1997.

Tipología del anciano, se consideran ancianos Sanos aquellos que las características físicas, funcionales, mentales y sociales estén de acuerdo con su edad cronológica.

Anciano Enfermo, es aquel que presenta afección aguda o crónica de diferente gravedad que habitualmente no invalida (HTA, Diabetes, Infecciones), es el mayor porcentaje de ancianos.

Frágil, son aquellos mayores de 75 años que presenten al menos tres de éstas características: poli patología o incapacidad funcional; poli farmacia (mas de tres fármacos o medicación con control: insulinas, anticoagulantes); alta hospitalaria reciente; caídas; deterioro funcional y/o mental; problemas sociales (ingresos insuficientes, vivir solo, cambiar de domicilio).⁵

Marco legal:

Ley 9.202 del 5 de setiembre de 1933, crea el Ministerio de Salud Pública tal como lo conocemos hoy, a partir de un Consejo Nacional de Higiene y de un Servicio de Asistencia Pública Nacional.

Todo lo inherente a la salud pública, se enmarcan en un conjunto de leyes que regulan el funcionamiento del MSP.

⁵Conferencia sobre Enfermería Geronto/Geriatría; Montevideo abril 2008. Montevideo: Facultad de Enfermería; 2008.

En este orden y referente a los adultos mayores, encontramos las leyes que a continuación se mencionan:

Ley 17796 del 19 de agosto de 2004 Promoción Integral de los Adultos Mayores

En su artículo 5º incisos A al D, describe como se debe atender la salud de los adultos mayores; garantizando y asegurando los derechos de éste rango etéreo.

Ley 17866 del 21 de marzo del 2005 Creación del Ministerio de Desarrollo Social, a quien le compete las políticas de áreas de juventud, mujer y familia, adultos mayores, discapacitados y desarrollo social en general.

Creación del PRONAM por parte del MSP, que se dedica a promover y asegurar la calidad de vida de los adultos mayores mediante la atención integral de sus necesidades, la promoción de sus derechos, interactuando el estado con la sociedad civil.⁶

⁶Leyes Nacionales. Parlamento (internet) 2011 diciembre. Disponible en: www.parlamento.gub.uy (consulta: 3dic. 2011).

Proceso normal de envejecimiento:

El envejecimiento es un proceso natural, cuya duración varía según las personas, pues influyen factores genéticos y ambientales. Es un proceso que ocurre con el paso del tiempo y consiste en un progresivo declive de la integridad y las funciones del organismo, una mayor probabilidad de padecer enfermedades y dificultades de adaptación.

El proceso del envejecimiento, tal como lo conocemos hoy día, está indisolublemente ligado a la fragilidad, que puede definirse como una falta de adaptación de la mayoría de nuestros órganos y sistemas debido a la disminución de la reserva fisiológica que aparece con el paso del tiempo.

Progresivo

Individual

Universal

Deletéreo

Irreversible

Características del

Proceso de

envejecimiento

Intrínseco

Cambios somáticos

Muchos son los cambios progresivos que ocasiona el envejecimiento normal. Aparecen las canas, las arrugas, la disminución de las capacidades físicas, la mente y el cuerpo funcionan más despacio, se producen cambios hormonales y el progresivo deterioro de los sentidos (vista, oído, olfato, gusto y tacto). También se aprecia un deterioro funcional del sistema nervioso central, el aparato cardiovascular y el respiratorio, el genitourinario, el endocrino y el inmunológico, entre otros.

Órganos de los sentidos:

Gusto

Se produce:

Disminución del rojo de los labios.

Disminución del número de papilas gustativas.

Adelgazamiento de las membranas mucosas.

Atrofia de la lengua.

Fragilidad dental y sequedad de las encías.

Deterioro de la raíz del diente.

Olfato

Se produce:

Degeneración del nervio olfativo, se atrofia y afecta al gusto.

Aumento del tamaño de la nariz, hay laxitud de la piel, deshidratación del cartílago con lo cual la nariz es más rígida y grande.

Vista

Se produce:

Disminución de la agudeza visual y de la amplitud del campo visual.

Por estas dos razones los ancianos se caen y tienen accidentes.

Atrofia de la musculatura palpebral.

Pérdida de elasticidad cutánea, bolsas debajo de los ojos.

Palidez de las conjuntivas, palidez del iris.

Disminución del tamaño pupilar.

Agrandamiento del cristalino; arco senil alrededor de la córnea.

Disminución de la secreción lagrimal por la deshidratación.

Oscurecimiento de la piel peri orbital.

Oído

Se produce:

Perdida de la agudeza auditiva.

Degeneración el nervio auditivo.

Aumento del tamaño del pabellón de la oreja, por acumulación de cartílago.

Engrosamiento de la membrana timpánica.

Aumento de pilosidad y el depósito de cerumen.

Aumenta la P/A, aumenta la resistencia vascular periférica, disminuye el gasto.

Reducción de la actividad ciliar más disminución del reflejo tusígeno, esto condiciona a que haya un acumulo de moco con lo cual hay mas posibilidad de infecciones respiratorias.

Disminución del peristaltismo.

Aumenta el reflujo gastroesofágico (RGE).

Disminución de la producción de HCl, digestiones más lentas.

Perdida de piezas dentarias total o parcial, esto hace cambiar el proceso de masticación.

Dificultades en la deglución de los alimentos.

Deshidratación de encías, reducción de la secreción de la saliva.

Atrofia de la mucosa gástrica.

Reducción del tono muscular en la pared abdominal.

Disminución de la masa hepática, dando una hipo funcionalidad y todos los procesos metabólicos estarán alterados.

Disminución de peso y volumen del páncreas, el páncreas estará hipo funcionando con lo cual segregará menos insulina, aumentará la glicemia.

Se produce disminución de la masa ósea como muscular.

Aumenta el proceso degenerativo articular.

Presentan estructuras óseas prominentes, postura encorvada, ligera flexión de rodillas, caderas, codos y muñecas.

Pérdida de tono muscular de la vejiga y próstata.

Vejiga

Pérdida de elasticidad y del tono muscular, que debilita el suelo de la pelvis y el esfínter vesical, y modificaciones en la mucosa.

Escalas de valoración geriátrica:

Las medidas de valoración geriátrica, nos permiten evaluar el estado de salud que presenta el anciano en relación a la presencia o ausencia de deterioro cognitivo o afectivo y la capacidad de autonomía.

Escala de Lawton y Brody evalúa cuál es la situación concreta personal del individuo, respecto a estos 8 ítems de actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)

Las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) o de mantenimiento del medio ambiente, son más complejas y tienen que ver con la capacidad de manejar diferentes instrumentos o situaciones comunes de la vida cotidiana.

Su pérdida indica cambios clínicos importantes y es un considerable factor de riesgo, especialmente en las personas que viven solas.

Test de Pfeiffer, Se trata de un test sencillo, breve y de aplicación rápida donde se evalúa la orientación témporo-espacial, memoria a corto y largo plazo, información sobre hechos recientes, capacidad de concentración y de cálculo.

Su sensibilidad y especificidad son elevadas.

Actualmente se considera uno de los test más adecuado para su utilización en población general.

Consta de 10 preguntas en las que se puntúan los errores. Es útil para discriminar el estado de normalidad, así como el deterioro mental leve.

La interpretación de los resultados es:

— De 0 a 2 errores: no deterioro.

— De 3 a 4 errores: deterioro leve de la capacidad intelectual.

- De 5 a 7 errores: moderado deterioro.
- De 8 a 10 errores: grave deterioro.

—

Como se otorgan las viviendas del BPS

Convenio BPS:

Soluciones habitacionales⁷

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

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

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

⁷<http://www.bps.gub.uy>

Viviendas entregadas:

Cantidad de viviendas entregadas desde año 1990 a Julio 2011:

TOTAL: 5977 Que se discriminan por:

- Montevideo: 2648
- Interior: 3330

Aspectos Bioéticos

Se explicó verbalmente en detalle a las personas que se le realizó la encuesta el proceso de investigación, teniendo presente el derecho al conocimiento de una descripción detallada de la naturaleza del estudio, de que trata la investigación y a tomar voluntariamente la decisión de participar o no de la misma sin riesgo de sufrir represalias, recibir destratos o coerción por no participar de la misma.

El sujeto tiene derecho a un trato justo antes, durante y después de participar del estudio, a no ser discriminado, a cumplir los acuerdos estipulados, a recibir trato amable y respetuoso en todo momento.

Consentimiento informado para los entrevistados de forma escrita:

Somos una grupo de estudiantes de Facultad de Enfermería, Universidad de la República que estamos realizando un trabajo de investigación relacionado al entorno de este complejo de vivienda.

Solicitamos su consentimiento autorizándonos a hacerle unas preguntas para completar un cuestionario.

Es un relevamiento de datos voluntario.

METODOLOGÍA:

Tipo de Estudio: estudio descriptivo, de corte trasversal, cuantitativo y cualitativo.

Universo: está constituido por la totalidad de los residentes adultos mayores de los complejos habitacionales del BPS ubicados en Av. San Martín 3535 – 3569 y Felipe Contucci 4042 siendo un total de 100 personas.

Muestra: entrevista realizada a 53 adultos mayores residentes de los complejos de BPS correspondientes al 53% del total.

Selección de la muestra: no probabilística, intencional.

Criterios de inclusión: los adultos mayores de los complejos de BPS titulares, que accedieron voluntariamente a la participación de dicha

investigación, que presentaran mas de 65 años de edad, jubilados o pensionista y que sean auto válidos.

Unidad de Análisis: el instrumento de estudio epidemiológico es una entrevista estructurada con preguntas semi abiertas con la finalidad de conocer los factores sociodemográficos y epidemiológicos del entorno de los adultos mayores.

METODOS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCION DE DATOS

Para llevar a cabo este trabajo de investigación se utilizó como método la observación para valorar el entorno de los adultos mayores que residen en los complejos del BPS.

Se utilizó como instrumento un cuestionario estructurado con preguntas semi abiertas elaborado por los integrantes de esta investigación que contiene los elementos necesarios para la descripción de los factores socio demográficos y epidemiológicos del entorno de los adultos mayores.

Se realizó una prueba piloto del instrumento en una población con similares características, de manera de que todos los integrantes de la investigación estuviesen presentes para unificar los criterios al momento de recabar los datos y reducir el sesgo de la investigación al mínimo.

Comprobada la efectividad necesaria y buscada se procedió a efectuar la recolección de la información completa para el trabajo de investigación.

Para llevar a cabo la recolección de los datos, la cátedra hizo entrega de una carta para presentar en los complejos habitacionales.

Se comenzó a recabar la información a cada una de las personas, aplicando el instrumento anteriormente mencionado.

Se llevó a cabo la recolección de datos en los días 15, 16, 17 y 18 del mes de diciembre de 2011.

RESULTADOS: (Tablas y Gráficos)

La información se ha organizado mediante los indicadores de las variables objetos de estudio, con el fin de dar respuesta a los objetivos planteados.

Tabla 1: Distribución de frecuencias absolutas y frecuencias relativas porcentual del sexo de la población de estudio.

Sexo	FA	FR%
Masculino	9 adultos	17%
Femenino	44 adultos	83%
Total	53 adultos	100%

Gráfica 1: Distribución de frecuencias absolutas y frecuencias relativas porcentual del sexo de la población de estudio.

Tabla 2: Distribución de frecuencias absolutas y frecuencias relativas porcentual de la edad de la población de estudio.

Edad	FA	FR%
65 a 74 años	16 adultos	30%
75 a 84 años	22 adultos	42%
Mayores de 84 años	15 adultos	28%
Total	53 adultos	100%

Gráfica 2: Distribución de frecuencias absolutas y frecuencias relativas porcentual de la edad de la población de estudio.

Tabla 3: Distribución de frecuencias absolutas y frecuencias relativas porcentual del estado civil de la población de estudio.

Estado Civil	FA	FR%
Casado/a	7 adultos	13%
Soltero/a	8 adultos	15%
Divorciado/a	17 adultos	32%
Viudo/a	21 adultos	40%
Total	53 adultos	100%

Gráfica 3: Distribución de frecuencias absolutas y frecuencias relativas porcentual del estado civil de la población de estudio.

Tabla 4: Distribución de frecuencias absolutas y frecuencias relativas porcentuales de la ocupación de la población de estudio.

Ocupación	FA	FR%
Jubilado/a	37 adultos	70%
Pensionista/a	12 adultos	23%
Jubilado/a y Pensionista/a	4 adultos	7%
Total	53 adultos	100%

Gráfica 4: Distribución de frecuencias absolutas y frecuencias relativas porcentual de la ocupación de la población de estudio.

Tabla 5: Distribución de frecuencias absolutas y frecuencias relativas porcentual del nivel de instrucción de la población de estudio.

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	FA	FR%
Primaria completa	43 adultos	81%
Secundaria completa	10 adultos	19%
Total	53 adultos	100%

Gráfica 5: Distribución de frecuencias absolutas y frecuencias relativas porcentual del nivel de instrucción de la población de estudio.

Tabla 6: Distribución de frecuencias absolutas y frecuencias relativas porcentual de los antecedentes personales de la población de estudio.

Antecedentes Personales	FA	FR%
Obesidad	9 adultos	17%
Tabaquismo	3 adultos	6%
Sedentarismo	7 adultos	13%
Estrés	1 adulto	2%
Diabetes	9 adultos	17%
HTA	35 adultos	66%
Dislipemias	4 adultos	8%
Enfermedades respiratorias	4 adultos	8%

Gráfica 6: Distribución de frecuencias absolutas y frecuencias relativas porcentual de los antecedentes personales de la población de estudio.

Tabla 7: Distribución de frecuencias absolutas y frecuencias relativas porcentual de los antecedentes familiares de la población de estudio.

Antecedentes Familiares	FA	FR%
Obesidad	2 adultos	4%
Tabaquismo	11 adultos	21%
Sedentarismo	5 adultos	9%
Diabetes	7 adultos	13%
HTA	18 adultos	34%
Dislipemias	4 adultos	8%

Gráfica 7: Distribución de frecuencias absolutas y frecuencias relativas porcentual de los antecedentes familiares de la población de estudio.

Tabla 8: Distribución de frecuencias absolutas y frecuencias relativas porcentual de la cobertura de salud de la población de estudio.

Cobertura de Salud	FA	FR%
Pública	30 adultos	57%
Privada	23 adultos	43%

Emergencia Móvil	35 adultos	66%
------------------	------------	-----

Gráfica 8: Distribución de frecuencias absolutas y frecuencias relativas porcentual de la cobertura de salud de la población de estudio.

Tabla 9: Distribución de frecuencias absolutas y frecuencias relativas porcentual del nivel cognitivo de la población de estudio.

Nivel Cognitivo	FA	FR%
No deterioro	48 adultos	90%
Leve deterioro	3 adultos	6%
Moderado deterioro	2 adultos	4%
Total	53 adultos	100%

Gráfica 9: Distribución de frecuencias absolutas y frecuencias relativas porcentual del nivel cognitivo de la población de estudio.

Tabla 10: Distribución de frecuencias absolutas y frecuencias relativas porcentual de la medicación de la población de estudio.

Medicación	FA	FR%
Toma medicación	40 adultos	70%
No toma medicación	13 adultos	30%
Total	53 adultos	100%

Gráfica 10: Distribución de frecuencias absolutas y frecuencias relativas porcentual de la medicación de la población de estudio.

Tabla 11: Distribución de frecuencias absolutas y frecuencias relativas porcentual de los controles médicos de la población de estudio.

Controles médicos	FA	FR%
Cardiólogo	29 adultos	55%
Geriatra	10 adultos	19%
Medicina general	45 adultos	85%
Otros	7 adultos	13%

Gráfica 11: Distribución de frecuencias absolutas y frecuencias relativas porcentual de los controles médicos de la población de estudio.

Tabla 12: Distribución de frecuencias absolutas y frecuencias relativas porcentual de la participación en la investigación de la población de estudio.

Participación en la investigación	FA	FR%
Participa	53 adultos	53%
No participa	32 adultos	32%
Fuera de criterios de inclusión	15 adultos	15%
Total	100 adultos	100%

Gráfica 12: Distribución de frecuencias absolutas y frecuencias relativas porcentual de la participación en la investigación de la población de estudio.

Síntesis de Resultados:

Tabla 13: Distribución de frecuencias absolutas y frecuencias relativas porcentual de las condiciones de las viviendas que se observaron.

<u>Condiciones de Vida</u>	SI		NO
	FA	FR%	FA
Humedad	11	21,00%	42
Goteras	5	9%	48
Alfombras	26	49%	27
Pasamanos	3	6%	50
Higiene	49	92%	4
Calefacción	28	53%	25
Mascotas	7	13%	46

Valoración según 14 necesidades

Tabla 14: Distribución de frecuencias absolutas y frecuencias relativas porcentual de la respiración y circulación de la población de estudio.

<u>Respiración y Circulación</u>	SI		NO
	FA	FR%	FA
Edemas	10	19%	43

Varices	19	36%	34
Dolor	25	47%	28

Tabla 15: Distribución de frecuencias absolutas y frecuencias relativas porcentual de la alimentación de la población de estudio.

Alimentación		SI		NO
		FA	FR%	FA
Dificultad en Masticar		7	13%	46
Dificultad en Deglutir		1	2%	52
Prótesis Dentarias		45	85%	8

Tabla 16: Distribución de frecuencias absolutas y frecuencias relativas porcentual de la eliminación de la población de estudio.

Eliminación		Esponánea		Asistida
		FA	FR%	FA
Función Renal		50	94%	3
		FA	FR%	FA
Uso de Pañal		6	11%	47

Tabla 17: Distribución de frecuencias absolutas y frecuencias relativas porcentual de la movilización de la población de estudio.

Movilización

		SI		NO
		FA	FR%	FA
Deambula		44	83%	9
Accesorios Marcha		12	23%	41

Tabla 18: Distribución de frecuencias absolutas y frecuencias relativas porcentual del dormir y descansar de la población de estudio.

Dormir y Descansar		Si		NO
		FA	FR%	FA
Descansa		42	79%	11
Toma Medicación		13	25%	40

Tabla 19: Distribución de frecuencias absolutas y frecuencias relativas porcentual en relación al vestirse y desvestirse de la población de estudio.

Vestirse y Desvestirse					
		SI		NO	
		FA	FR%	FA	FR%
Necesita ayuda		6	11%	47	89%
Calzado Adecuado		50	94%	3	6%
Ropa Adec. Clima		50	94%	3	6%

Tabla 20: Distribución de frecuencias absolutas y frecuencias relativas porcentual mantener la temperatura corporal de la población de estudio.

Mantener temperatura

corporal				
Cálida			Fría	
	FA	FR%	FA	FR%
Piel al tacto	53	100%	0	0%

Tabla 21: Distribución de frecuencias absolutas y frecuencias relativas porcentual de la higiene de la población de estudio.

Higiene					
		SI		NO	
		FA	FR%	FA	FR%
Hidratación		51	96%	2	4%
Integridad		48	91%	5	9%

Tabla 22: Distribución de frecuencias absolutas y frecuencias relativas porcentual de la seguridad de la población de estudio.

Seguridad					
		SI		NO	
		FA	FR%	FA	FR%
Mantiene Seg. Física		49	92%	4	8%
Maneja solo Med.		48	91%	5	9%

Tabla 23: Distribución de frecuencias absolutas y frecuencias relativas porcentual de la comunicación de la población de estudio.

Comunicación					
		Conserva		No Conserva	
		FA	FR%	FA	FR%
Oído		43	81%	10	19%
Olfato		52	98%	1	2%
Vista		20	38%	33	62%

Gusto		53	100%	0	0%
Tacto		53	100%	0	0%

Tabla 24: Distribución de frecuencias absolutas y frecuencias relativas porcentual de las creencias y Valores de la población de estudio.

Creencias y Valores					
		Si		NO	
		FA	FR%	FA	FR%
Pertenece Religión		13	25%	40	75%
Ocupación pos jubilatoria					
		Si		NO	
		FA	FR%	FA	FR%
Realiza Activ. Social		18	34%	35	66%

Tabla 25: Distribución de frecuencias absolutas y frecuencias relativas porcentual de la participación en actividades recreativas de la población de estudio.

Participación actividades recreativas							
		SI		NO		TOTAL	
		FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
Act.Sociales		13	26%	37	74%	50	100%
Act. Individuales		31	57%	23	43%	54	100%

Tabla 26: Distribución de frecuencias absolutas y frecuencias relativas porcentual de del conocimiento de su salud de la población de estudio.

<u>Aprender y Descubrir</u>					
		SI		NO	
		FA	FR%	FA	FR%
Conoce Estado Salud		50	94%	3	6%
Conoce Patología		50	94%	3	6%
Conoce Tto		50	94%	3	6%
Conoce Tto Fármaco.		50	94%	3	6%

DISCUSIÓN:

Se considera que esta investigación ha sido significativa ya que se partió de un Universo de 100 adultos mayores, siendo la Muestra: 53% de los primeros (53). A partir de la tabulación de los datos se observó que el 83% de la muestra corresponde al sexo femenino mientras que el 17% restante corresponde al sexo masculino. Esta concuerda con los datos estadísticos sociodemográficos publicados por el MSP, donde especifica que la mayor parte de la población adulta mayor pertenece al sexo femenino.

Con respecto a la edad, 42% corresponde al rango etéreo 75-84 años, 30% corresponde al 65-74 años y el 28% corresponde a mayores de 84 años. Esta estrechamente ligado a la alta longevidad que presenta actualmente el país.

En cuanto a la situación actual de ocupación el 70% es jubilado, el 23% pensionista y el 7% restante presentan ambos beneficios. Este dato junto con la variable edad se relacionan directamente con los criterios de inclusión, debido a que éste determina que la población debe ser mayor a 65 años, jubilada y/o pensionistas para la participación en el trabajo.

Del 100% de la población, se obtuvo que el 66% presentaba como antecedente personal HTA, obesidad y diabetes con 17% c/u, 13% presentan sedentarismo,

dislipemias y enfermedades respiratorias 8% c/u, 6% tabaquismo y 2% estrés. Aquí se puede observar que como lo datos epidemiológicos lo demuestran, las patologías crónicas mas frecuentes en esta población son HTA y Diabetes. Seguido de obesidad, propio de las características de los países subdesarrollados.

En relación a los antecedentes familiares se obtuvo la siguiente información: el 34% HTA, 21% tabaquismo, 13% diabetes, 9% sedentarismo, 8% dislipemias y con 4% obesidad. Se ve una relación directa entre el antecedente familiar de HTA con el mayor porcentaje de patología crónica dentro de los antecedentes personales.

De un 100%, se obtuvo que el 57% se asiste en salud publica, 43% en servicios privados, esto demuestra que la totalidad de los entrevistados presenta cobertura medica ante situación de salud o enfermedad siendo de vital importancia en este tipo de población, es de esta manera que son atendidas las necesidades básicas según Virginia Henderson.

Del 100% de la población, se identifico que el 66% presenta servicio de emergencia móvil. Esto implica que la población relevada cuenta con asistencia primaria domiciliaria y de forma inmediata. Siendo esto de gran importancia para esta población vulnerable.

De la población de estudio, se observó que el 90% no presenta deterioro cognitivo, 6% leve deterioro cognitivo y el 4% restante presenta deterioro moderado. Estos valores se basaron según la escala de Pfeiffer.

Respecto a tratamiento farmacológico, se obtuvo que el 70% toma medicación, 30% no toma. Esta información nos demuestra y nos orienta a que el adulto mayor se inclina a una conducta de polifarmacia, siendo esta una de las problemáticas mas frecuente en la población de estudio.

En cuanto a los controles médicos, se observó que el 85% de la población concurre a consulta con Medico General, 55% consulta al Cardiólogo, 19% concurre a Medico Geriatra y 13% otro. Aunque se trabajo con una población de adultos mayores, se identifico que la misma no hace uso de la especialidad que le corresponde a su rango etario. Teniendo en cuenta que es el especialista que se encarga de atender y tratar el proceso normal de envejecimiento.

En relación a las condiciones de las viviendas se obtuvieron los siguientes datos: en el 96% de apartamentos se identifico la presencia de alfombras y 94% no presenta pasamanos. Esto eleva el riesgo de caídas, teniendo en cuenta que este es uno de es uno de los eventos de mayor frecuencia en esta población y que afecta directamente la salud.

Según las 14 necesidades básicas se detectaron:

En el momento de la entrevista, se encontraron 47% de adultos mayores con presencia de dolor, esto influye alterando el bienestar de las personas.

El 85% de los adultos entrevistados presentan prótesis dentarias, siendo beneficioso para el proceso de digestión, viéndose reflejado en el bajo porcentaje (13%) de adultos que presentan dificultad en la masticación.

Con respecto a la utilización de pañales se obtuvo que el 89% no utiliza, siendo un factor positivo evitando la presencia de lesiones de piel y las infecciones. Así como también el incremento de gastos.

Se identificó que el 83% de los adultos deambulan. También se identificó que un 23% utiliza accesorios para la marcha, esto les permite una movilización fluida.

Con respecto a la necesidad básica de descansar, se identificó que un 79% refiere descansar satisfactoriamente. Un 25% utiliza medicación para tal fin.

Un alto porcentaje de independencia, queda demostrado por el 89% que no necesita ayuda para vestirse y desvestirse, también se identificó que utilizaban ropa adecuada al clima (94%) y calzado adecuado (94%), disminuyendo favorablemente el riesgo de caídas y lesiones de pie.

Un 96% presentaba adecuada higiene corporal y un 91% integridad en la piel.

En cuanto a la seguridad, se detectó que el 91% maneja de forma independiente la medicación.

Relacionado a la comunicación, se identificó con un 62% presenta la visión no conservada.

Se identificó que un 62% de la población no realiza actividades recreativa, esto es negativo ya que no satisface las necesidades de integración con la familia y la comunidad.

En relación al conocimiento que tiene los adultos sobre su estado de salud, patología, tratamiento y tratamiento farmacológico. Se identificó que el 94%

conoce, y maneja de forma independiente tanto la patología como la medicación.

CONCLUSIONES:

Una vez recabados los datos y tabulada la información, se llegaron a las siguientes conclusiones.

Se logro cumplir satisfactoriamente con los objetivos planteados.

El aporte que realiza el BPS respecto a vivienda digna es muy importante y reúne las condiciones necesarias para que los adultos mayores tengan un buen pasar.

La Ley 17796 en su artículo 2º declara cuales son los derechos del adulto mayor. Aquí se encuentra no solo la vivienda sino el entorno que debe de tener el adulto mayor en su hábitat. En el relevamiento de la información se encontró que hay una serie de derechos que no están presentes tal y como es necesario en esta etapa de la vida.

El seguimiento medico geriátrico se encuentra en apenas un 19% del total de la población relevada. El seguimiento odontológico y la atención sanitaria que tal como lo indica la Ley, todas estas deben de ser integradas y aun se observaron carencias en éste área.

En cuando a las condiciones de las viviendas, se debe destacar que son estructuras nuevas confortables, que arquitectónicamente no cuentan con adaptaciones diseñadas para los adultos mayores, deberían de tener un seguimiento profesional respecto a su correcto funcionamiento ya que presentan goteras y humedades que son defectos de obra que no pueden ser abordados y costeados por los titulares beneficiarios de dicho inmueble.

Estas carencias inciden directamente en la salud de los habitantes.

Se encontró que en nuestro país se cuenta con las herramientas legales necesarias para un marco legal adecuado en los derechos de los adultos mayores. Dentro de los derechos se encontró que muchos de ellos están siendo atendidos correctamente y que hay casos en lo que se debe trabajar para mejorar dicho entorno.

La tarea de acercar la realidad a la legislación vigente es un trabajo continuo y que nunca llegará a concluir.

La profesión de enfermería es la que luego de cumplido con su cometido específico puede abarcar un rol humano a la hora de escuchar, asesorar, indicar y contener a los adultos mayores frente a necesidades que aun no están debidamente contempladas.

BIBLIOGRAFÍA:

Material Monográfico:

1. González Montalvo J I, Rodríguez Mañas L, Ruipérez Cantera I. Validación del cuestionario de Pfeiffer en la detección del deterioro mental en los pacientes externos de un servicio de Geriatría. Rev Esp Geriatr Gerontol (España) 1992; 27: 129-33.
2. Ham Richard J, Sloane Philip D. Atención Primaria en Geriatría. 2º ed. Madrid: Mosby; 1995. p.23-25.
3. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la Investigación. 4a ed. México: McGraw-Hill; 1997.
4. Jenicek M, Cléroux R. Epidemiología, Principios-Técnicas-Aplicaciones. Barcelona: Salvat; 1987.
5. Kerouac S. El Pensamiento Enfermero. Barcelona: Masson; 1996.
6. Laporte J. Protocolo de valoración geriátrica. Barcelona: Medicine; 1999. p.5829-5832.
7. Marriner Tomey A, Raile Alligood M. Modelos y Teorías de Enfermería. 4ª ed. Madrid: Harcout; 2008.
8. Pardel A, Cobo V, Canela J. Manual de Bioestadística. Barcelona: Masson; 1986.

9. Polit D, Hungler B. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. 6° ed. México: Interamericana; 2000.

10. Simon Staab A, Compton Hodges L. Enfermería Gerontológica, Adaptación al proceso de envejecimiento. México: Interamericana; 1996.

Conferencia:

1. Conferencia sobre Enfermería Geronto/Geriatría; Montevideo; abril, 2008. Montevideo: Facultad de Enfermería; 2008.

Material electrónico:

1. Envejecimiento en Uruguay. MSP [Internet] 2011 octubre 2
Disponible en: www.msp.gub.uy [consulta: 4 oct. 2011]

2. Leyes Nacionales. Parlamento [Internet] 2011 diciembre .
Disponible en: www.parlamento.gub.uy [consulta: 3 dic. 2011].

3. Soluciones habitacionales. BPS [Internet] 2011 octubre 2º.
Disponible en: <http://www.bps.gub.uy> [Consulta: 4 oct. 2011].

4. Vejez y Vida; Envejecimiento en el mundo [Internet] 2011 octubre 2º.
Disponible en: <http://www.vejezyvida.com/el-envejecimiento-en-el-mundo/> [consulta: 22 nov. 2011].

ANEXO I:

Definiciones conceptuales y operacionales de las variables utilizadas.

➤ **Variable sexo:**

Definición conceptual: Diferencia física y constitutiva del hombre y la mujer.

Definición operacional: Se distribuye la población en función del género (masculino – femenino).

Tipo de variable: Cualitativa – Nominal.

➤ **Variable edad:**

Definición conceptual: Tiempo transcurrido desde el nacimiento.

Definición operacional: Años cumplidos hasta el momento de la entrevista.

65 a 74 años

75 a 84 años

Mayor de 84 años

Tipo de variable: Cuantitativa – Continua.

➤ **Variable estado civil:**

Definición conceptual: Situación en la que se encuentra un individuo frente al Registro Civil.

Definición operacional: Situación frente al Registro Civil y referida por el paciente. Casado - Unión estable – Soltero – Divorciado - Viudo.

Tipo de variable: Cualitativa - Nominal.

➤ **Variable ocupación:**

Definición conceptual: Trabajo, empleo u oficio que realiza una persona.

Definición operacional: Se considera la actividad que desempeñó la persona, desde el punto de vista del origen de los ingresos.

Jubilados – Pensionista

Ocupaciones anteriores: Empleo estable – Empleo inestable –

Desocupado- Ama de casa (Las personas que cuidan de los hogares para ellos y para las otras personas que viven con ellos. Ellos son los responsables de la gestión de los recursos de su hogar).

Tipo de variable: Cualitativa - Nominal.

➤ **Variable nivel de instrucción:**

Definición conceptual: Nivel máximo alcanzado por el usuario en la educación formal.

Definición operacional: Analfabeto - Primaria Incompleta - Primaria Completa - Secundaria Incompleta - Secundaria Completa - Terciaria Incompleta -Terciaria Completa.

Tipo de variable: Cualitativa - Ordinal.

➤ **Variable antecedentes personales:**

Definición conceptual: Recopilación de información acerca de la salud de una persona. Puede incluir información sobre alergias, enfermedades y cirugías; fechas y resultados de exámenes físicos, pruebas, exámenes de detección e inmunizaciones.

Definición operacional variable: Se expondrán todos los antecedentes identificados en los usuarios como ser: Obesidad – Tabaquismo - Sedentarismo – Estrés – Diabetes – HTA – Dislipemias – Enfermedades respiratorias

Tipo de variable: Cualitativa - Nominal

➤ **Variable antecedentes familiares:**

Definición conceptual: Recopilación de información acerca de la salud de familiares de una persona. Puede incluir información sobre alergias, enfermedades y cirugías; fechas y resultados de exámenes físicos, pruebas, exámenes de detección e inmunizaciones.

Definición operacional variable: Se expondrán todos los antecedentes identificados en los usuarios como ser: Obesidad – Tabaquismo - Sedentarismo – Estrés – Diabetes – HTA – Dislipemias – Enfermedades respiratorias

Tipo de variable: Cualitativa - Nominal

➤ **Variable Cobertura de salud:**

Definición conceptual: Cobertura de asistencia médica o no médica, brindada por una institución.

Definición operacional: Presencia o ausencia de cobertura de salud.

Tipo de variable: Cualitativa, nominal.

Público: Servicios de salud prestados por el Gobierno perteneciente al estado.

Privado: servicios de salud brindados por empresas particulares que brindan asistencia paralelamente al Estado.

Emergencia móvil: es quien brinda servicios a afiliados en atención primaria, con el objetivo proporcionar tratamiento a los individuos que necesitan atención médica urgente.

➤ **Variable Nivel Cognitivo:**

Definición conceptual: proceso mental de conocer y que incluye aspectos como la percepción, la conciencia, el razonamiento y el juicio. Se refiere a una facultad para el procesamiento de la información , la aplicación de conocimientos y preferencias cambiantes

Definición operacional: Presencia o ausencia de deterioro cognitivo.

Tipo de variable: Cualitativa, nominal

No deterioro - deterioro leve - moderado deterioro- grave deterioro.

➤ **Variable Medicación:**

Definición conceptual: es cualquier sustancia que, cuando es absorbido por el cuerpo de un organismo vivo, modifica la función normal del cuerpo.

Definición operacional: Toma medicación o no toma medicación.

Tipo de variable: Cuantitativa, continúa.

➤ **Variable Controles Médicos:**

Definición conceptual: es la concurrencia del individuo a un centro de salud a consultas con profesionales de la salud.

Definición operacional: se realiza controles con Cardiólogo – Geriatra – Medico general – Otros (endocrinólogos, neurólogo, traumatólogo, nutricionista..

Tipo de variable: Cualitativa, nominal

**Anexo II: Instrumento
ESTUDIO
EPIDEMIOLÓGICO
SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO**

Nombre

C.I.:

DATOS DEL ENTREVISTADO

Indique el dato que corresponda

Nombre C.I.:

Calle

Manz./Solar

Barrio

Interior

Montevideo

Número

Fecha entrevista

Número de visitas

Pensionista

Sexo

Jubilado

Ocupación actual

Ocupación anterior

Trabaja

Edad

M

F

Con quien vive

Tiene Hijos

No

Si

Otros

Hijo/a

Cónyuge

Solo

Nieto

Terciaria completa

Nivel de educación

Secundaria completa

Primaria completa

Cobertura médica

No

Si

Servicio de emergencia móvil

No sabe

Vacunas

Inmunización vigente

Neumococo

No

Si

Antitetánica

Antigripal

No

Si

Estado Civil

Unión Libre

Casado

Soltero

Viudo

Divorciado

Si

No

Mayor de 65 años

Carnet de salud del adulto mayor

No

Si

Antecedentes Familiares

No sabe

No

Padres fallecidos por enfermedad cardiovascular

Si

Padre

Madre

Tíos

Edad al fallecer

Obesidad

Tabaquismo

Sedentarismo

Estrés

Diabetes

Hipertensión Arterial

Dislipemias

M

T

P

M

T

P

P

M

T

P

M

T

P

M

T

P

M

T

M

P

T

Si

No

Antecedentes Personales

Factores de riesgo modificables

No

Si

Obesidad

Tabaquismo

Sedentarismo

Estrés

Diabetes

Hipertensión Arterial

Dislipemias

Enfermedades Respiratorias

Patologías (si es portador de estas patologías marque con una X lo afirmativo)

I) FACTORES DE RIESGO ENFERMEDADES DEL SISTEMA CARDIOVASCULAR (C.V.)

Consume pescado

Consume cerdo o derivados

Consume pollo

Consume carnes rojas

Si

No

Todos los días

3 veces/semana

1 vez al mes

Estilo de vida – Hábitos Alimenticios

FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES

Si

No

Hipercolesterolemia

Obeso

Diabético

Hipertenso

Si

No

Se controla

Toma medicación

Nombre el fármaco

Realiza ejercicio físico

Cant. minutos

3 veces/semana

Diariamente

No

Si

Bicicleta

Camina

Concorre al gimnasio

Corre

Otro tipo de actividad

No

Si

Consume comidas elaboradas,(embutidos, etc)

Come comida rápida (pizza, hamburguesas, etc)

1 vez al mes

Normal

3 veces/semana

Le agrega sal

Diariamente

Hiposódico

No

Si

Come con sal

Si

No

Trabajo rural

Actividad Laboral

Trabajo con productos químicos (anilinas, barniz, cadmium)

Eco de mama

Mamografía

Ecografía transvaginal

Colposcopia

Ecografía ginecológica

Papanicolaou (PAP)

Examen ginecológico

Cada cuanto

No

Si

No

Si

Alterado (reg. N°)

R.Tx (9)

Sangre (8)

Dopler vasos de cuello (7)

ECO Ap. Urinario (6)

Orina (5)

HOLTER (4)

ECOCAR (3)

ECG (2)

Control P/A (1)

Exámenes

No

No

No

Otros

Si

Medicina Gral.

Si

Geriatra

Si

Cardiólogo

Rutina

Realiza control médico

CONTROL MÉDICO

2 años

6 meses

No

Si

Tiene carnet de salud vigente

Preventivo

Confusión repentina, dificultad al hablar o del entendimiento del habla

Presenta algunos de éstos síntomas (marque el dato afirmativo)

Si

No

Dificultad repentina para ver con uno o ambos ojos

Dificultad repentina al caminar, vértigo, o pérdida del equilibrio o de la coordinación

Visión doble

Dolores de cabeza fuerte, repentino y sin causa conocida

Otros

Somnolencia

Fecha

EXÁMEN FÍSICO

Lawton y Brody

Pfeiffer

Realizar escalas de adulto mayor (mayor de 65 años)

Valor

Valor

Valor

Valor

Valor

Valor último

P/A

Cifra de colesterolemia

Cifra de glicemia

Perímetro de cintura

IMC

Peso

Talla

Valor

Factores Sociodemográficos y Epidemiológicos

Condiciones de la vivienda:	¿Presencia de escaleras?	Cantidad de habitaciones:
¿Humedad? SI: NO:	SI: NO:	¿Desniveles? SI: NO:
¿Goteras? SI: NO:		¿Alfombras? SI: NO:
		¿Pasamanos? SI: NO:
¿Deteriorada?	SI: NO:	
¿Interruptores de luz de fácil acceso?:	SI: NO:	¿Iluminación adecuada?: SI: NO:
¿Higiene?	Adecuada:	No adecuada:
¿Calefacción?	SI: NO:	
¿Altura adecuada de inodoro?:	SI: NO:	
¿Presencia de mascotas?:	SI: NO:	

Fotocopias	\$ 3200
Hojas A4	\$ 500
Engrapadora y grampas, lapiceras	\$ 150
Impresiones	\$ 800
Tiempo en Internet	\$ 1400
Encuadernaciones	\$ 300
Manteles	\$ 100
Gaseosas	\$ 150
Vasos	\$ 200
TOTAL \$	\$ 13300