



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
1817-2017



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

**EVUALUACIÓN DE LA DISCAPACIDAD
PERCIBIDA POR ADULTOS MAYORES
DE LA POLICLÍNICA DE GERIATRÍA
DEL HOSPITAL POLICIAL, OCTUBRE
A NOVIEMBRE DE 2015 MONTEVIDEO**

Autoras:

Natali Cosse
Cristina Courtie
María A. Michetti
Sonia Montaña
Natalia Taparauskas

Tutor:

Prof. Adj. Lic. Diana Rundie

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

Montevideo, 2016

Agradecimientos:

Agradecemos a nuestra familia que nos apoyó en estos años, en este proceso de aprendizaje.

A la Cátedra que nos brindó la posibilidad de realizar esta investigación.

Al Servicio de Geriatría del Hospital Policial.

RESUMEN

El presente trabajo de obtención de grado de la Licenciatura en Enfermería, tiene como objetivo la evaluación de la percepción de la discapacidad en usuarios Adultos Mayores que concurren a la policlínica de geriatría del Hospital Policial en Montevideo, en el segundo semestre del año 2015. Esta línea de Investigación pertenece a la Cátedra de Salud del Adulto y Anciano de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República.

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal que incluyó 75 adultos mayores de ambos sexos, con más de 65 años, que consultaron entre el mes de Octubre y Noviembre de 2015, a los que se les aplicó el Cuestionario para la Evaluación de la Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (WHODAS 2.0, por sus siglas en inglés), previo al consentimiento por escrito y firmado de los participantes. Como criterio de exclusión se consideró un puntaje menor e igual a 27 en el Cuestionario Mini Mental de valoración cognitivo.

Para la recolección de información, se diseñó un instrumento que incluyó variables biosociodemográficas, y el cuestionario WHODAS 2.0 que mide la discapacidad en 6 dominios de la vida (Cognición, Movilidad, Cuidado personal, Relaciones, Actividades cotidianas y Participación); como técnica de recolección de datos se utilizó la entrevista personal.

Los datos se procesaron en el programa PSCP de software libre. Se realizó un análisis univariado y bivariado, con medidas de resumen de tendencia central y de dispersión acordes a la escala de medición de las variables y para la prueba de hipótesis se aplicó el test de Chi Cuadrado para un nivel de significación de $p < 0,05$.

Los resultados muestran que en su mayoría son mujeres, con un promedio de edad de 75 años, casados o viudos, jubilados o pensionistas, que viven en Montevideo, con su familia y se reconocen como independientes, con un buen nivel de instrucción. Presentan mayor discapacidad en Relacionarse con otras personas, Capacidad para moverse en su entorno, Participación en sociedad, Actividades de la vida diaria, Comprensión y comunicación y Cuidado personal. Esta jerarquización cambia cuando se considera la importancia en la vida diaria del Adulto Mayor cuando la discapacidad está presente. Encontramos que la edad

podría ser un factor de riesgo vinculado a la discapacidad; no hemos encontrado dependencia entre Sexo, Ocupación, en las áreas de Discapacidad exploradas.

Es importante que Enfermería conozca las variables que afectan la salud del adulto mayor, esa deberían estar incluidas en su valoración ya que aportan información valiosa para Proceso de Atención de Enfermería, ya sea a nivel intrahospitalario como comunitario. Los Adultos Mayores tiene un perfil propio que debe ser considerado en su cuidado y fundamentalmente en las etapas de rehabilitación como en el de curación.

Palabras claves: Anciano, Evaluación de la discapacidad, WHODAS 2.0, Enfermería.

Tabla de contenido

I. INTRODUCCIÓN.....	6
1.1. Planteo del Problema	6
1.2. Pregunta problema	10
II. ANTECEDENTES	11
2.1. Discapacidad en Uruguay	11
2.2. Discapacidad y Vejez	12
2.3. Percepción de la Discapacidad	14
III. OBJETIVOS	15
3.1. Objetivo General:	15
3.2. Objetivos Específicos:	15
IV. MARCO TEÓRICO	16
4.1. Concepto de Discapacidad	16
4.2. Concepto de Vejez	17
4.3. Concepto de Envejecimiento	18
4.4. Clasificación de las Consecuencias de la Enfermedad ³¹	19
4.4.1. Clasificación del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) ³³	20
V. METODOLOGÍA	25
5.1. Características del Estudio:	25
VI. RESULTADOS	32
6.1 Determinar el perfil socio demográfico de los adultos mayores que integran la muestra.....	32
6.2 Identificar la percepción de salud y los Dominios de Discapacidad que presentan mayor frecuencia.....	33
Fuente: Investigación propia	38
6.3 Relación entre los dominios de discapacidad y las variables sociodemográficas.....	39
VII. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	42
VIII. CONCLUSIONES	45
IX. SUGERENCIAS	46
X. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	47
XI. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA	51
ANEXOS	52

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Planteo del Problema

El abordaje de la discapacidad, en el presente siglo, se vuelve ineludible en la medida que el perfil epidemiológico y demográfico de la humanidad se ve fuertemente determinado por patologías que tienen un gran potencial de dejar secuelas, por la alta tasa de accidentes, el avance de la violencia, los estilos de vida poco saludables y la prolongación de la esperanza de vida.

Por otra parte, la discapacidad, tiene como particularidad ser causa y consecuencia de una enfermedad, lo cual aumenta su ocurrencia (Por ejemplo: la diabetes, la obesidad, la hipertensión, los accidentes cerebro vascular (ACV), las cardiopatías, el tabaquismo, las adicciones, así como las enfermedades mentales).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), refiere que más del 15% de la población global padece discapacidad, esto es: aproximadamente, mil millones de personas y entre un 10% y 20% de ellas, presentan serias dificultades en su vida diaria. El 80% viven en países de bajos y medianos recursos.

Además, la longevidad prolongada hacia la cual se encaminan las sociedades posmodernas, y el aumento de las enfermedades crónicas, contribuyen al incremento de las discapacidades. ¹

A pesar de contar con estas cifras, no existen datos pormenorizados sobre el tema, por lo que surge la necesidad de realizar más estudios para caracterizar a las personas con discapacidad, especialmente, aquellas que viven en zonas de pobreza, a fin de determinar su estado de salud, su educación, la situación laboral y las necesidades recreativas. Los estudios de población son vitales para aumentar nuestra comprensión sobre la discapacidad y así, influir en las políticas públicas relativas a ella.

La información sobre la discapacidad es un componente importante de la condición de salud general o particular, ya que muestra cómo es capaz de funcionar un individuo en distintas áreas de la vida. Junto con los tradicionales indicadores del estado de salud de una población, como las tasas de mortalidad y morbilidad, la discapacidad se ha convertido en un

fenómeno importante en la medición de la carga de enfermedad, así como en la evaluación de la eficacia de las intervenciones de salud y en la planificación de las medidas de salud. Sin embargo, a pesar de reconocer su relevancia, la definición y la medición de la discapacidad, siempre ha sido un reto, en la mayoría de los países.

La OMS ha tratado de abordar el problema mediante el establecimiento de un sistema de clasificación internacional conocido como *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud (CIF, 2001)*. Esto implica que todos los instrumentos estándar que se utilicen para medir la discapacidad y la salud, deben estar vinculados conceptual y operativamente a la CIF, para poder aplicarlos en cualquier población y así, establecer comparaciones entre diferentes culturas. ²

Para alcanzar una escala de medición transcultural estandarizada del estado de salud y en respuesta a las exigencias de mejorar el alcance y la adaptación cultural del programa original de evaluaciones de discapacidad de la OMS, se elaboró el WHODAS 2-9, cuya segunda versión es el instrumento WHODAS 2.0 (por sus siglas en inglés) Cuestionario para la Evaluación de la Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud. Esta herramienta permite obtener una medida general de funcionamiento y de discapacidad en los principales ámbitos de la vida. A partir de los datos obtenidos, es posible realizar una clasificación integra, ya que relaciona los aspectos de salud con las características sociodemográficas de las personas. ³

Las tendencias demográficas e indicadores sociales, como la salud y la pobreza, indican que el número de personas con discapacidad y su impacto en las personas, las familias y las comunidades están creciendo. Como adelantamos, numerosos factores determinan esta tendencia: el aumento de la esperanza de vida, los avances en la ciencia aplicada y la tecnología, el progreso del envejecimiento poblacional, las consecuencias de la violencia, los accidentes de vehículos y la alta prevalencia de las enfermedades crónicas, entre los más significativos. ⁴

No obstante, Cohn et al, a partir de un estudio realizado en 2007, señala que la discapacidad en adultos mayores presenta una tendencia decreciente, cuya causas son complejas y podrían ser contrarrestadas por el aumento de la obesidad. ⁵

Por su parte, Manton y Gu, en una investigación longitudinal realizada entre 1982 y 2004/2005, para evaluar la evolución de la cronicidad de la discapacidad en el envejecimiento, observó una marcada disminución: en el año 1982, la población capaz de

realizar las tareas diarias, representaba el 73,8%; mientras que en 2004/2005, ascendía al 81%.⁶

Un comportamiento similar se aprecia en Europa, específicamente: Dinamarca, Finlandia, Italia y los Países Bajos. Según Freedman, probablemente el nivel de instrucción, los ingresos económicos y los avances tecnológicos puedan dar cuenta de esta situación, aunque no es posible saber en qué medida inciden estas variables, sobre todo porque el fenómeno ocurre en el marco de un aumento considerable de las enfermedades crónicas.⁷

Otros autores, como Lustig y Strauser,⁸ al concluir sus investigaciones, reconocen una relación directa entre la discapacidad y la pobreza, argumentando que las personas de clases deprimidas, tienen poco acceso a los centros de salud, a los tratamientos farmacológicos y a la rehabilitación. Por su parte, Hernández-Jaramillo y Hernández-Umaña sostienen que: *“La pobreza parece exacerbar la discapacidad a expensas de la vulnerabilidad, el riesgo y la restricción en las oportunidades para el bienestar”*.⁹

En nuestro país, la problemática de la vejez, la discapacidad y la pobreza, presenta características similares a las descritas y, por ende, ocupa un lugar importante en la agenda pública, donde actores del Estado y del ámbito privado debaten su visión, propósito y método de trabajo para enfrentarla eficazmente.

Así, el Poder Ejecutivo – el 5 de marzo del año 2015 - envió al Parlamento nacional el proyecto de ley del Sistema Nacional Integrado de Cuidados, con el fin de implementar medidas de especial protección a quienes se encuentran en situación de vulnerabilidad (niños de 0 a 3 años, mayores de 65 años y personas con discapacidad severa). Entendiendo que: *“Aún hoy, el cuidado de las personas que por distintas razones pierden autonomía, no es visualizado como una responsabilidad de la sociedad y por tanto como un derecho universal de las personas que requieren cuidados.”*¹⁰

Por su parte, la Facultad de Enfermería, atenta a la mejora de su funcionamiento, en el Plan Estratégico 2015-2019, declara que *“posee potencialidades para generar acciones que contribuyan a solucionar un conjunto de problemas actuales en el sector de la salud y responder a las demandas derivadas de las nuevas políticas y estrategias del país, reconociendo en consecuencia, que Uruguay se encuentra en una segunda transición demográfica, caracterizada por una población envejecida, con baja tasa de natalidad y riesgo de no lograr la reposición generacional, y un aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles, lo que supone un redimensionamiento de las políticas del Sistema Nacional*

Integrado de Salud, orientadas a garantizar la atención especializada a las personas de la tercera edad, así como a estimular vías para elevar el aumento de la población”.

Para ello, es preciso reforzar la formación docente y extender las investigaciones para contribuir con el desarrollo científico.

Finalmente, corresponde señalar que en Uruguay, bajo el impulso de la Red Iberoamericana de Cooperación Técnica (RIICOTEC), y en línea con la Declaración de Brasilia y el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, se llevó adelante una “Encuesta de detección de población adulta mayor dependiente”, con el fin de conocer *“los niveles de dependencia y la demanda de cuidados asociados a ella en la población adulta mayor en Uruguay.”*¹¹

La misma, se realizó por vía telefónica, entre octubre y noviembre de 2012, en hogares particulares en los que residía al menos una persona mayor de 65 años.

Dicha encuesta, agrupó a la población de acuerdo a la zona de residencia: Montevideo e Interior, y se planificó en base a tres ejes fundamentales: 1. características sociodemográficas, 2. Niveles de dependencia y 3. Participación social.

Las personas que intervinieron podían presentar o no algún tipo de dependencia. Asimismo, quienes manifestaban tener alguna discapacidad, podían ser evaluadas de acuerdo a tres indicadores: leve, moderada y severa.

El estudio permitió concluir en que el 16% de la población adulta mayor de Uruguay, presenta algún tipo de dependencia y el 5% de ellos, padece una dependencia severa. Esto deriva en una situación crítica en tanto, la población de adultos mayores va en constante crecimiento y por tanto, demanda mayores cuidados, especialmente, porque existe una fuerte tendencia a los hogares unipersonales entre ellos. Asimismo, señala que *“información sobre los adultos mayores, en la actualidad es poco organizada y muy escasa,”* lo cual obliga a *“ordenar prioridades y construir una lógica común referida al trabajo con los temas de envejecimiento y vejez a nivel público.”*¹²

El estudio que se proyecta, conforma los términos de la aspiración de la Facultad y – al menos, para las autoras - agrega un elemento original, como es el uso del cuestionario WHODAS 2.0, enriqueciendo los conocimientos adquiridos en el transcurso de la Carrera.

Cuando un adulto mayor/anciano (se usa el termino indistintamente) es afectado por la disminución de su capacidad funcional, trayendo como consecuencia la dependencia para las Actividades de la Vida Diaria, la actuación de enfermería No solamente estará centrada

en uno de los pilares fundamentales que es la mejora y mantenimiento de la calidad de vida, sino que estará abocada también a la promoción, mejora y mantenimiento de la salud y capacidad funcional de este, evitando así complicaciones y promocionando el bienestar en todos los casos como sea necesario. Planificando intervenciones de enfermería sobre la base del cuidado, del respeto a la autonomía, y la defensa de sus derechos.

“Satisfaciendo la capacidades biopsicosociales del anciano, familia y / o cuidadores, por lo cual es fundamental conocer el diagnóstico, tratamiento y pronóstico y los cuidados específicos que se necesitan, estimulando cuando se puede el auto cuidado en los casos que sea posible”; “...Es fundamental el apoyo emocional y la educación del adulto mayor y la familia para lograr el éxito terapéutico.” ¹³

De esta manera es que decimos y afirmamos que el Rol de Enfermería es fundamental en la asistencia sanitaria, como consecuencia del contacto directo con esta población, así como también lo son la planificación de los cuidados, donde se apoye a la familia, brindado contención, evitando sobrecargas estresante que pueden hacer perder o vulnerar los valores de los adultos mayores con discapacidad, vulnerando al mismo tiempo sus derechos, y perdiendo la totalidad de su autonomía.

1.2. Pregunta problema

De acuerdo a lo manifestado, el interés que guía el presente trabajo se resume en el siguiente interrogante:

¿Cuál es la discapacidad percibida

Por los adultos mayores de la Policlínica de Geriatría del Hospital Policial que consultaron entre octubre y noviembre de 2015?

Montevideo-Uruguay

II. ANTECEDENTES

2.1. Discapacidad en Uruguay

Un estudio realizado en 2011, por M. Bagnato et al,¹⁴ reconoce que en Uruguay existen pocos estudios de cohorte regulares, respecto de la discapacidad asociada a otras variables. Incluso, los escasos estudios que se registran, no han sido realizados regularmente y sólo aportan datos estadísticos, sin mayor correlación con otros factores y sin profundizar en el enfoque cualitativo. Esta afirmación, se corresponde con lo observado por Rovira (2012), respecto de los escasos trabajos sobre discapacidad en el adulto mayor, que hemos mencionado.¹⁵

Bagnato explica que sólo se cuenta con: a) la Primera Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad (Instituto Nacional de Estadística [INE], 2004), b) el capítulo “Salud” de la Encuesta Nacional de Hogares del año 2007 y algunos análisis descriptivos sobre el tema, que no responden a estudios de cohorte, sistemáticos y longitudinales prospectivos, que permitan hacer un seguimiento estricto de la situación.

De acuerdo a la Primera Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad, sabemos que en el año 2004, en nuestro país, la prevalencia de discapacidad era 7,6% de la población total encuestada (82% de todos los habitantes), aproximadamente, 210.400 personas. La distribución en el territorio, era bastante equitativa: 7,7% en Montevideo y 7,5% en el Interior Urbano.¹⁶ Las mujeres presentan más discapacidad que los hombres, en términos generales, (8,2% frente al 7%). De acuerdo a la edad, en los varones menores de 30 años, el índice es más elevado que en las mujeres del mismo rango etario. Entre los 30 y 49 años, las cifras son bastante similares en ambos sexos y a partir de los 50 años, la discapacidad prevalece significativamente en las mujeres.

En Montevideo existe mayor incidencia de la discapacidad en las mujeres, mientras que en el Interior, predomina en niños y jóvenes.

Independientemente del sexo y la edad, de las 210.400 personas que padecían discapacidad, 34% tenían más de una discapacidad (71.536 personas). La discapacidad prevalente (31,3%) es motora, es decir, invalidez o dificultad para movilizarse. Las discapacidades vinculadas con la visión, (ceguera o dificultades para ver), alcanzan el 25%. Le siguen los problemas relativos a la audición (sordera o dificultades para oír), con 13,6%. Las mujeres tienen más dificultades motoras y visuales, lo cual guarda relación con la mayor longevidad de ellas. En la población masculina se advierte un mayor predominio de

problemas mentales. La Encuesta concluyó en que, a partir de los 65 años, un número importante de personas presenta algún tipo de discapacidad, representando el 50,8% de la población. Como señalamos antes, el hecho de que la esperanza de vida se prolongue hasta edades muy avanzadas, conlleva el riesgo de padecer una discapacidad, ya sea por el envejecimiento biológico normal o como secuela de una enfermedad.¹⁶

La segunda Encuesta de Tryselinski¹⁷ (2007) 2 años después, señala que la discapacidad alcanzó el 9,2% de la población total y un estudio comparado sobre *Discapacidad y Pobreza*, realizado por el Ministerio de Desarrollo (MIDES, 2008), establece que el 5,4% de las personas con discapacidad viven en la extrema pobreza. En general, los datos obtenidos guardan relación con los de la Primera Encuesta, sin aportar mayor información.

2.2. Discapacidad y Vejez

En línea con el pensamiento de Bagnato, en Uruguay, las personas con discapacidad están expuestas a mayor vulnerabilidad social; si le agregamos el componente de la edad avanzada, no cabe duda que la indefensión aumenta, por ello “los recursos del país deben acompañar esa necesidad de las personas”, mediante políticas de integración e inclusión.¹⁸ En el 2011, el 58% de las personas mayores de 60 años, sufrían al menos una discapacidad y un número considerable de ellos era dependiente, refiriéndose sólo a quienes residían en zonas urbanas. Asimismo, la mayoría no contaba con un cuidador, familiar o servicio contratado.¹⁹

Si bien a la fecha no se tienen datos actualizados, se sabe por estudios predictivos, que para el año 2030, la población mayor de 65 años alcanzará el 17%, derivado de la prolongación de la esperanza de vida, que para entonces se ubicará en 80,6 años. Este escenario exige mantener una vigilancia permanente, priorizando investigaciones en profundidad que arrojen mayor y mejor información.

A propósito, A. Rovira (2014), Directora del Instituto Nacional del Adulto Mayor, hace hincapié en que se debe “*investigar para cuidar*”, entendiendo que la información existente es escasa y, en consecuencia, impide tomar decisiones. Destaca que el libro *Las personas mayores ante el cuidado. Aportes de Inmayores para la construcción de un Sistema Nacional de Cuidados*, realiza aportes interesantes, abordando temas inexplorados como: el discurso experto, la configuración familiar, la perspectiva de género, la subjetividad y el cuidador y el cuidado.²⁰

Desde esta perspectiva es que se explica la creación del Instituto Nacional del Adulto Mayor y la necesidad de efectuar rigurosos análisis cualitativos, que pongan en valor los derechos humanos, *“reconociendo a las personas mayores como agentes de desarrollo”*.(Olesker, 2014) 21

Esta tarea demanda un fuerte compromiso social y una transformación en la forma de pensar la ancianidad y los fenómenos que ésta abarca. En primer lugar, debe tenerse en cuenta que la vejez no viene irremediamente acompañada de la discapacidad y la dependencia, porque no siempre la discapacidad deriva en dependencia. Del mismo modo, es inadmisibles suponer que la autonomía es lo contrario a la dependencia, porque la autonomía es un derecho inherente a los seres humanos que refiere a la capacidad de decidir, elegir y tener control de nuestra propia existencia. En todo caso, la autonomía es contraria a la sumisión, pero no a la dependencia física o mental.

Sí, es cierto, que el ejercicio de la autodeterminación muchas veces se ve limitado o anulado, en función de una enfermedad o una discapacidad. Pero, para evitar que se vulneren los derechos de las personas mayores en particular, se debe transponer la barrera que nos lleva a percibir la enfermedad, la discapacidad y la dependencia como un problema individual; contrariamente, es necesario comprender que todos podemos contribuir a reafirmar la autonomía de los individuos con limitaciones, favoreciendo su bienestar y a la sociedad en su conjunto.

Las investigaciones que tratan el tema del envejecimiento, ponderan más la calidad de vida que la prolongación de la existencia, ya que es una variable que permite medir el estado de salud de los adultos mayores desde la propia percepción de la persona y desde los datos objetivos de su realidad. Asimismo, como señala Strejilevich, analizar las condiciones de vida nos permite diferenciar el proceso funcional normal para la edad del que es patológico, porque la vejez – como lo mencionamos antes – no es sinónimo de enfermedad ni discapacidad. Al respecto, la OMS, define el concepto de “calidad de vida” como “la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes”. Esta expresión implica las distintas dimensiones de la persona: física, psicológica, afectiva, funcional y sociocultural. De allí que las ciencias de la salud, estén enfocadas en mejorar la calidad de vida, porque de ello depende que se prolongue el bienestar del individuo y se retrase la lógica declinación de la ancianidad. 22

2.3. Percepción de la Discapacidad

La mayoría de las investigaciones sobre discapacidad, suelen no tener en cuenta la percepción de las personas que sufren la incapacidad, ya que sólo consignan un conjunto de particularidades objetivas sobre dicha condición (tipo de discapacidad, grado de discapacidad, cobertura asistencial, etc).

Nuestro trabajo, comprendido en el marco conceptual de la *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud* (CIF), intenta medir las condiciones de salud de la población encuestada, de acuerdo a los componentes (factores ambientales y personales) que permiten la plenitud individual y social, con el fin de conocer las limitaciones de actividad y de participación experimentadas y relatadas por la propia persona, en los últimos 30 días, independientemente del diagnóstico médico y su etiología.

Ello nos permitirá conocer qué hace el adulto mayor en las distintas dimensiones, contado por él mismo. Es de notar que existe otro instrumento – Calidad de Vida (WHOQOL [*Quality of Life*]), creado por la OMS, que mide el sentir de las personas frente a su estado de salud, es decir, el bienestar subjetivo relatado en primera persona, siendo complementario del WHODAS 2.0. Idealmente, deberían usarse ambos cuestionarios en el momento de la encuesta para obtener una información completa, desde la propia mirada del sujeto que se analiza. 23

En Uruguay, la academia, los equipos médico-sanitarios y los actores políticos y sociales unen sus esfuerzos, ponderando las representaciones de las personas mayores, con el fin de ofrecer cuidados humanizados a quienes sufren algún tipo de dependencia, desde el inicio del proceso invalidante. Por esa razón, se deben aumentar los diagnósticos de situación y los estudios longitudinales, considerando además, que nuestro país – como lo adelantamos – acentuará el envejecimiento poblacional en el futuro, trascendiendo la dimensión demográfica para convertirse en un asunto político, económico, social y sanitario.

III. OBJETIVOS

3.1. Objetivo General:

- Determinar el grado de discapacidad de los usuarios de 65 y más años, que concurren a la Policlínica Geriátrica de Hospital Policial, estableciendo su relación con las variables sociodemográficas analizadas.

3.2. Objetivos Específicos:

- Determinar el perfil sociodemográfico de los adultos mayores que integran la muestra.
- Identificar los Dominios en los cuales los encuestados presentan mayor discapacidad.
- Establecer la relación entre discapacidad y las variables sociodemográficas de mayor interés.

IV. MARCO TEÓRICO

4.1. Concepto de Discapacidad

Utilizamos el concepto de “*discapacidad*” pertinente con la CIF - OMS (2001), cuya definición señala: *es un término genérico que abarca deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones a la participación. Se entiende por discapacidad la interacción entre las personas que padecen alguna enfermedad (por ejemplo, parálisis cerebral, síndrome de Down y depresión) y factores personales y ambientales (por ejemplo, actitudes negativas, transporte y edificios públicos inaccesibles y un apoyo social limitado).* 24

Luego, agrega que la *discapacidad* puede presentarse de distinta manera en las personas, produciendo más necesidades en unos que en otros, aunque lógicamente, todos los individuos con discapacidad tienen demandas sanitarias superiores al resto de la población, más allá del grado de sufrimiento. El artículo 25 de la Convención de las Naciones Unidas de 2001, conteste con esta realidad, promueve y protege los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad, con el fin de superar la barrera que les impide su inclusión en las medidas que suelen tomarse respecto de la salud, (por ejemplo: programas de prevención de cáncer, de VIH, proyectos educativos sobre sexualidad y reproducción, promoción de alimentación saludable, campañas contra el tabaquismo o las drogas, etc.)

La OMS, destaca que entre un 75% y 85% de las personas con afecciones mentales, que viven en países en desarrollo, no tienen acceso a un tratamiento oportuno y en muchos casos, ni siquiera a un diagnóstico experto. Por otra parte, las personas que padecen alguna discapacidad, tienen mayor riesgo de contraer una enfermedad, de desarrollar comportamientos perjudiciales o de morir prematuramente si no acceden a los servicios asistenciales. En este sentido, existen dos causas fundamentales que inciden en la inaccesibilidad: a) falta de prestación especializada por parte de las instituciones médico-sanitarias y b) altos costos de los servicios. En algunas circunstancias, la lejanía de los centros de salud, constituye una desventaja adicional.

Otro aspecto que ha impactado negativamente en el manejo del tema, es la perspectiva desde la cual se ha analizado la discapacidad. Tradicionalmente, ha sido estudiada siguiendo el modelo médico-biológico, que se centra en el tratamiento del paciente, independientemente de otras consideraciones, porque se entiende que la discapacidad es causa o consecuencia de una enfermedad. La comunidad científica ha entendido que este modelo es insuficiente y limitado, por lo que se intenta un paradigma biopsicosocial, que se

enfoque en la persona y en su interacción con el medio. De este modo, se toman en cuenta las condiciones del individuo (físicas y mentales) y también, las del ámbito donde éste desarrolla su vida.

El cuestionario WHODAS que aplicaremos en nuestro estudio, recoge estas inquietudes y mide las “condiciones de salud” de los individuos, asumiendo que en dichas condiciones de salud intervienen factores de orden personal y también del medio ambiente. ²⁵

4.2. Concepto de Vejez

Si bien todos tenemos una representación de la vejez, desde el punto de vista científico, el concepto puede ser definido desde distintas dimensiones:

a) *Biológica*: la definición se establece en torno a dos ejes: 1) la cronología, es decir, en función del tiempo transcurrido y 2) el deterioro de los órganos.

b) *Psicológica*: la definición se clasifica de acuerdo a 1) los cambios básicos que se producen a nivel psicológico y 2) los cambios profundos que ocurren a nivel de la estructura de la personalidad.

c) *Social*: define a la vejez teniendo en cuenta 3 aspectos en los que impacta: 1) Sociodemografía, que analiza el fenómeno del envejecimiento; 2) Sociopolítica, que se enfoca en la integración y participación de los adultos mayores y ancianos en el medio; y, la Socioeconomía que aborda las cuestiones vinculadas con la economía de las personas mayores (ingresos, situación y gastos).

Estas descripciones dan cuenta de la complejidad de tratar de definir la vejez, ya que no depende solamente de los años que tenga una persona (dimensión biológica), sino que está estrechamente ligada con el entorno y las representaciones personales y culturales.

No obstante, consideramos pertinente citar algunos conceptos que se vinculan con el trabajo que se proyecta.

Desde la perspectiva médica, P. Medawar (1952), decía que: “la vejez es producto del declive natural de los organismos vivientes, cuyo término inevitablemente es la muerte” ²⁶

Lansing (1959), afirmaba que: “es un proceso progresivo, desfavorable, de cambio ordinariamente ligado al paso del tiempo histórico, que se vuelve perceptible después de la madurez y concluye invariablemente en la muerte”. ²⁷

Por su parte, A. Comfort (1977), sostenía que: “la senectud es un proceso de deterioro...es una disminución de viabilidad y un aumento en vulnerabilidad...se muestra como una creciente probabilidad de muerte con el aumento de la edad cronológica”

Estas definiciones, como se observa, responden a una percepción negativa de la vejez, ya que toman como referencia la cercanía a la muerte, prescindiendo de otras consideraciones más esperanzadoras.

En otro sentido, algunos autores hacen una distinción entre “*vejez*” y “*envejecimiento*”, entendiendo que la vejez es un estado o situación que viene determinado por la edad cronológica y el funcionamiento del organismo, mientras que el envejecimiento es un proceso que incluye elementos endógenos y exógenos del individuo. Esta diferencia se corresponde con los enfoques que adoptan determinados paradigmas y ciencias, donde unos se centran en la persona (médico-biológico) y otros, en la relación entre la persona y la sociedad (social).

Otros profesionales, analizan el tema desde una perspectiva integradora e inclusiva, especialmente, del ámbito de la Psicología, afirmando que la vejez es un *estado* y un *proceso* al mismo tiempo, “otra etapa de la vida”, con aspectos particulares.⁹

La definición que adoptaremos en nuestro análisis, para seleccionar la muestra, es la que ofrece la Organización Panamericana de la Salud (PAHO), que sostiene que: *Una persona es considerada "mayor" cuando alcanza la edad de 60-65 años, independientemente de su historia clínica y situación particular.*

4.3. Concepto de Envejecimiento

El grupo investigador utilizará indistintamente las palabras *vejez* y *envejecimiento*, en mérito a que ambas abarcan las variables de estudio seleccionadas. Sin embargo, a continuación se realizan algunas precisiones acerca del término, para delimitar el tema central.

Inicialmente, tomamos la definición de *envejecimiento* de Gómez Rinesi, que dice: *Es un proceso deletéreo, progresivo, intrínseco y universal que con el tiempo ocurre en todo ser vivo a consecuencia de la interacción de la genética del individuo y su medio ambiente.*²⁸

Pero también, desde la perspectiva sociológica, tiene una acepción más amplia: *Envejecimiento* es una expresión que refiere al fenómeno biosociodemográfico, caracterizado por el aumento de la población mayor de 65 años, que ocurre en casi todos los países del

mundo. Como lo indicamos previamente, dicho fenómeno deviene de la prolongación de la esperanza de vida y de la disminución de la tasa nacimientos. 29

La OMS, reconoce que el *envejecimiento poblacional* puede valorarse como un “éxito” de las políticas de salud y de las mejoras socioeconómicas, no obstante, también conlleva una carga negativa porque los requerimientos de los adultos mayores y ancianos aumentan considerablemente, en proporción directa con el deterioro de sus funciones y de manera opuesta a los recursos disponibles. Entre los años 2000 y 2050, la población mayor de 60 años duplicará la tasa de crecimiento del 11% al 22%, pasando de 605 millones a 2000 millones de personas; las personas mayores de 80 años se cuadruplicarán y el 80% de ellas, vivirá en países de bajos y medianos ingresos. Frente al fenómeno de la longevidad, los proveedores de salud deben estar preparados para atender la creciente necesidad de atención de larga duración, especialmente, en el primer nivel de atención para evitar, reducir o postergar los trastornos que acompañan el proceso de envejecimiento. 30

Paralelamente, la promoción de hábitos saludables adoptados en edades tempranas, contribuye a garantizar el envejecimiento saludable y previene posibles complicaciones.

4.4. Clasificación de las Consecuencias de la Enfermedad 31

La OMS se ha esforzado por superar la concepción que predominaba en los años 70, que entendía que la discapacidad – en tanto, consecuencia de la enfermedad – se definía de acuerdo a un proceso causal inequívoco.

Esta postura se puede simbolizar en el siguiente esquema:



Antes de que se procediera a la elaboración de la *Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías* (CIDDM - 1980), fue necesario replantear esa idea y enfocarse en las consecuencias que producía la enfermedad en el individuo y también en el entorno. Por esa razón, a partir de allí, la OMS propuso el siguiente modelo:



Esta concepción, comprende ciertas ideas que se relacionan entre sí:

- **Enfermedad:** situación intrínseca que comprende una enfermedad, un trastorno o un accidente.

- **Deficiencia:** es cualquier pérdida o trastorno de una estructura o de una función (fisiológica, anatómica o psicológica –Nivel Orgánico)
- **Discapacidad:** es toda limitación o falta de capacidad para realizar una actividad de la manera que se considera normal para un ser humano.(Nivel Personal)
- **Minusvalía:** refiere a una situación de desventaja a consecuencia de una deficiencia o discapacidad, que restringe o impide el normal desempeño de las actividades que la persona suele realizar, de acuerdo a su edad, sexo y factores sociales y culturales. (Nivel Social)

Este planteo propuesto por la CIDDM, ha sido muy criticado porque el proceso de la enfermedad y la “consecuente” deficiencia, discapacidad y minusvalía, se presenta en forma causal y lineal, independiente de la persona que lo padece, como si fuera una fórmula válida para cualquier sujeto.

Por otra parte, con la idea de no discriminar a los individuos ni confundir los distintos estadios, se prefirió decir “*una persona con una deficiencia en el órgano de la visión*” o “*un individuo con una discapacidad para ver*” o “*una persona con ceguera*”, antes que llamarlo “*ciego*”. De ese modo, se buscaba referirse al sujeto valorando su condición de persona y no su enfermedad o discapacidad. 32

Si bien supuso un avance conceptual, no logró aunar los dos modelos dominantes: el médico-biológico y el social, sino que continuó con una visión segmentada de la discapacidad, en tanto se ocupaba sólo de la dimensión relacionada con la patología y su evolución, prescindiendo de otros factores.

Frente a esta incorrección, la OMS, se vio obligada nuevamente, a rever esta posición, creando una nueva Clasificación.

4.4.1. Clasificación del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)³³

La modificación y actualización de la CIDDM, se concretó a través de la CIF.

El proceso de revisión de la CIDDM y los ulteriores cambios plasmados en distintos borradores, llevó casi dos décadas hasta su aprobación definitiva en la 54^a Asamblea Mundial de la Salud del 2001.

Esta clasificación ha sido aceptada y aplicada en más de 190 países, luego del esfuerzo por establecer un nuevo patrón que permitiera describir y medir las condiciones de salud y de enfermedad de las personas, desde una perspectiva integradora de los modelos anteriores.

Pese a haber quedado firme su aplicación, desde la fecha han ido incorporándose nuevos conceptos, a la vez que se han eliminado otros, así como se han realizado distintas versiones, adaptaciones y traducciones de la mano del avance de las tecnologías de la comunicación y de la información (TICs).

4.4.1.1. *Objetivo y Finalidad*³³

Desde el inicio, la Clasificación declara los objetivos que persigue, eliminando las categorías que contenía la CIDDM (deficiencia, discapacidad, minusvalía) y reemplazándolas por los siguientes conceptos:

- **Funcionamiento:** refiere a las funciones y estructuras del cuerpo, a la capacidad de realizar actividades y a la participación del individuo en la sociedad.
- **Discapacidad:** son las deficiencias que se presentan en las funciones y estructuras corporales, las limitaciones en la capacidad de desarrollar actividades y las restricciones en la participación social del ser humano.
- **Salud:** la condición fundamental que relaciona el funcionamiento y la discapacidad.

Así, el propósito de la CIF, es:

“Proporcionar un lenguaje unificado y estandarizado que sirva como punto de referencia para la descripción de la salud y los estados relacionados con la salud”.

4.4.1.2. *Alcance*

El foco de la CIF no está puesto en la enfermedad y sus posibles consecuencias, sino en la salud y las condiciones relacionadas con ella. Esta conceptualización positiva cambia el término *“enfermedad”* por *“estado de salud”*.

También, incorpora *“los componentes de la salud y algunos componentes del bienestar relacionados con la salud (como educación, trabajo, derechos, etc.) para su descripción y valoración”*.

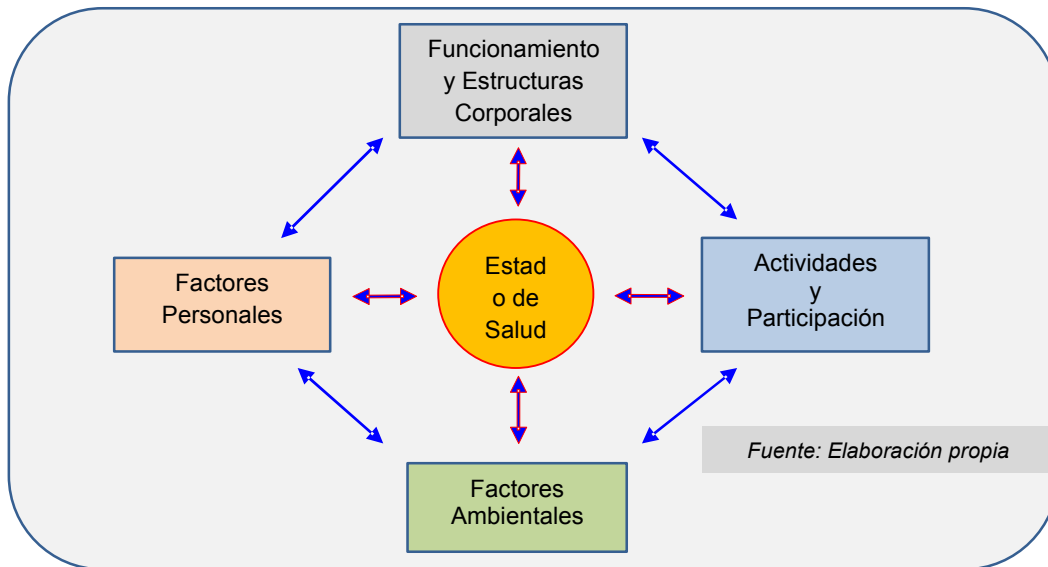
Como apreciamos, este modelo, integra el modelo médico-biológico con el social, conformando un enfoque *“bio-psico-social y ecológico”* de la salud, que deja de lado la linealidad antes mencionada en pos de una mirada a las interrelaciones que se producen entre los componentes. Ya no se habla de *proceso*, sino de *interacción*.

En este nuevo esquema, existe una clara interdependencia entre las condiciones de salud, las funciones y las estructuras corporales, las actividades y la participación en la sociedad, a

su vez, todos estos componentes influyen recíprocamente en los factores personales y ambientales.

A partir de esta afirmación, es posible graficar el modelo de la CIF, de la siguiente manera:

Componentes de las Condiciones de Salud, según la CIF.



En función de la concepción de la CIF, se puede decir que el estado de salud será positivo si estos componentes actúan como facilitadores o, negativo, si operan como limitaciones u obstáculos.

Asimismo, corresponde destacar que la Clasificación, siempre parte de una valoración positiva y las condiciones que se describen, analizan y evalúan son de carácter negativo.

El concepto "estado de salud", en este modelo, refiere a una enfermedad o trastorno, por lo tanto no debe confundirse con "salud", que implica valoraciones tanto positivas como negativas. Esto significa que ninguna persona goza del 100% de las habilidades, sino que todos padecemos algún tipo de restricción y es sobre este supuesto, que se funda el marco teórico de la CIF.

Las funciones y estructuras corporales, así como las actividades y la participación social, se subdividen, en *dominios* de distintos niveles, que permiten su descripción.

Los *dominios*, término que es incorporado en esta nueva clasificación, hacen referencia al conjunto de ítems que componen un enunciado. Cada uno de estos ítems sirve para medir el grado de dificultad que puede presentar una persona, en distintas áreas.

Los grados van de 1 a 5, donde 1 es ausencia de dificultad o dificultad insignificante y 5 es una dificultad extrema o impedimento total.

El instrumento propuesto por la CIF, para evaluar la discapacidad se llama WHODAS y también ha sido modificado en el transcurso del tiempo, para adaptarse a la realidad y a los avances técnicos-científicos.

4.4.2 WHODAS 2.0 ³⁴

WHODAS 2.0 es un método de evaluación de la discapacidad. Su sigla en inglés, significa:

Sigla	Inglés	Español	Significado:
W	World	Mundial	Programa de Evaluación de la Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud
H	Health	Salud	
O	Organization	Organización	
D	Disability	Discapacidad	
A	Assessment	Evaluación	
S	Schedule	Programa	

La definición ofrecida por la OMS, sostiene que:

"...es un instrumento genérico de evaluación desarrollado por la OMS para proveer un método estandarizado y multicultural de medición de la salud y la discapacidad. Fue desarrollado a partir de la Clasificación Internacional de la Funcionalidad la Discapacidad y la Salud (CIF), cuyos ítems son suficientemente confiables y sensibles... Una serie sistemática de estudios de campo ha comprobado la aplicabilidad multicultural del inventario, particularmente su confiabilidad y validez, así como su utilidad en la investigación de servicios en salud. El WHODAS 2.0 es útil para evaluar los niveles de salud y discapacidad en cualquier población bien sea en su aplicación como encuesta o para medir la efectividad clínica o la funcionalidad obtenida a partir de las intervenciones"

El WHODAS 2.0 se crea y desarrolla en el marco conceptual de la CIF y – como señalamos - describe, analiza y mide el funcionamiento de individuo en seis grandes dimensiones de la vida, designadas “dominios”. Estos son: Conocimiento y Comprensión; Capacidad para moverse en su entorno; EL Aseo o Cuidado Personal; Capacidad de relacionarse con el otro; Actividades de la Vida Diaria y Participación en Sociedad.

Todos los dominios se construyeron a partir de elementos incluidos en la CIF, integrando los conceptos de "*la actividad y la participación*" que son aplicables en cualquier condición de salud. (Trastornos físicos, mentales, neurológicos, psicológicos, derivados de accidentes, etc.) Los resultados que se obtuvieron en distintas investigaciones, permiten concluir en que es un instrumento confiable y adaptable en todas las poblaciones adultas, independientemente de su cultura. Aunque existen otros instrumentos genéricos relacionados con la CIF, para evaluar el estado de salud, las medidas obtenidas no dejan en claro si se trata de síntomas, discapacidad o valoración subjetiva. En cambio, en el WHODAS, estos aspectos quedan diferenciados con precisión.

El cuestionario WHODAS 2.0 cuenta con varias versiones, conforme al uso que se haga de él. Los resultados se miden en una escala del 1 al 5 que refiere a un grado de discapacidad nulo o insignificante a otro, de discapacidad grave, respectivamente.

Los autores del Manual de Evaluación de la Salud y la Discapacidad, recomiendan que los usuarios de WHODAS 2.0 lean atentamente las instrucciones con el fin de comprender el alcance del mismo. Por ello, en el sitio web se ofrecen materiales educativos para facilitar su asimilación. En este estudio, se optó por utilizar la versión de 36 ítems, con la puntuación simple. La autorización para el uso del WHODAS 2.0 ante la OMS fue contemplada por la tutora de esta investigación.

V. METODOLOGÍA

5.1. Características del Estudio:

Área de Investigación: Discapacidad en el Adulto Mayor

Enfoque de la Investigación: Cuantitativo

Tipo de estudio: Descriptivo, de corte transversal.

Área Geográfica: Montevideo. Hospital Policial. Calle Bvar. J. Batlle Y Ordoñez 3574.

Periodo de Recolección de Datos: Octubre a noviembre 2015.

Población: La población estuvo integrada por usuarios de 65 y más años, que concurren a la Policlínica Geriátrica de Hospital Policial en dicho período.

Tipo de Muestreo: NO probabilístico.

Muestra: se obtuvo una muestra por conveniencia, de 75 personas, de 65 y más años.

Unidad de análisis: adulto mayor

Criterios de Inclusión: las personas de 65 y más años, que concurren a la Policlínica Geriátrica de Hospital Policial y dieron su Consentimiento Informado con firma y Cédula de Identidad.

Criterios de Exclusión: los que obtuvieron igual o menos de 27 puntos en la evaluación del estado cognitivo en el Mini- Examen del Estado Mental de Folstein (MMSM).

VARIABLES de Estudio:

I) Variables Biosociodemográficas. (Simples).

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	TIPO y ESCALA	INDICADOR
Sexo	Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer	Cualitativa Nominal	Femenino Masculino
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento al momento de la Encuesta	Cuantitativa Continua	Años
Nivel de Instrucción	Refiere a los estudios realizados hasta la fecha	Cuantitativa Discreta	Años de estudio
Ocupación	Actividades desempeñadas: domesticas, laborales, escolares, etc.	Cualitativa Nominal	Empleado, desempleado,, jubilado, pensionista, independiente, estudiante
Estado Civil	Estado respecto a la normativa legal vigente del estado civil	Cualitativa Nominal	Soltero, casado, viudo, divorciado, separado, vive en pareja
Situación de necesidad de ayuda	Opinión que tiene el encuestado si necesita ayuda o no en sus quehaceres cotidianos	Cualitativa Nominal	Independiente, Necesita asistencia

II) Variables contenidas en el WHODAS 2.0. (Complejas)

N°	DOMINIOS (Concepto)	DIFICULTAD o DISCAPACIDAD para realizarla				
		Ninguna 1	Leve 2	Moderada 3	Severa 4	Extrema 5
1	Comprensión y Comunicación					
2	Capacidad para moverse en su alrededor (entorno)					
3	Cuidado Personal					
4	Relacionarse con otras personas					
5 (1)	Actividades de la vida diaria					
5 (2)	Trabajo y actividades escolares					
6	Participación en Sociedad					

El WHODAS 2.0 mide el funcionamiento de individuo en seis grandes dimensiones de la vida, designadas “dominios”. Estos son:

I. Comprensión y Comunicación: comprende 6 ítems

II. Movilidad: capacidad de movilizarse y de moverse en su alrededor que se explora mediante 5 ítems

III. Cuidado Personal: higienizarse, vestirse y comer; vivir solo compuesto por 4 ítems.

IV. Relacionarse con otras personas: capacidad de interactuar con otras personas, 5 ítems.

V. Actividades de la vida diaria en 5 ítems y las actividades laborales y/o escolares 3 ítems: la capacidad para llevar a cabo responsabilidades en el hogar, el trabajo y la escuela y de realizar actividades recreativas

VI. Participación en sociedad: capacidad de participar en la comunidad se evalúa mediante 8 ítems.

Todos los ítems se evalúan en una escala del 1 al 5 (ninguna, leve, moderada, severa y extrema) Ordinal Tipo Likert.

Para cada dominio se hace una evaluación global cuando alguno de los ítems que los componen está presente en un grado de leve a extremo.

Esta versión incluye además un ítem que califica la percepción del estado de salud propia en una escala Ordinal de 5 puntos que va desde muy bien a muy mala

El cuestionario WHODAS 2.0 ha sido adecuado a la terminología de cada región, sin alterar su carácter estandarizado; los resultados que se obtuvieron en distintas investigaciones, permiten concluir en que es un instrumento confiable y adaptable en todas las poblaciones adultas, independientemente de su cultura. Pero también, se deben conocer las características personales de los encuestados, su perfil epidemiológico y su estilo de vida.

El cuestionario WHODAS 2.0 cuenta con varias versiones, a saber:

- 🎬 Versión larga (36 ítems)
- 🎬 Versión corta (12 ítems y 12+24 ítems)
- 🎬 Versión para encuesta directa (*interview*- personal o telefónica)
- 🎬 Versión para encuesta indirecta (*proxy*)
- 🎬 Versión autoadministrada (*self-administration*)
- 🎬 Versiones en distintos idiomas
- 🎬 Versiones codificadas para digitalizar

Respecto de la puntuación de los resultados, existen dos formas: *simple* y *compleja*, de acuerdo a una escala de 1 a 5, refiere a un grado de discapacidad nulo o insignificante a otro, de discapacidad grave, respectivamente.

La puntuación compleja (*item-reponse-theory*: IRT) se puede gestionar por medio del programa estadístico SPSS, mientras que la puntuación simple suele aplicarse en investigaciones exploratorias, descriptivas, donde se pretenden resultados de tipo estadístico, que distribuyan la población de acuerdo al grado de discapacidad. Son las encuestas que se realizan a “lápiz y papel”, que pueden ser realizadas por el propio encuestador. Los autores del Manual de Evaluación de la Salud y la Discapacidad, recomiendan que los usuarios de WHODAS 2.0 lean atentamente las instrucciones con el fin de comprender el alcance del mismo. Por ello, en el sitio web se ofrecen materiales educativos para facilitar su asimilación.

En este estudio se utilizó la versión de 36 ítems, con la puntuación simple.

III) Variables contenidas en el Mini – Examen Cognitivo (MEC)

Mini Examen Cognitivo

El Mini Examen del Estado Mental de Folstein (cuya sigla en inglés es: Mini-Mental Status Examination - MMSM), es un instrumento de tamizaje del deterioro cognitivo, desarrollado

por Folstein et al. en 1975. Consiste en una técnica simple y práctica, que - además de medir el estado cognitivo - permite evaluar otro tipo de enfermedades, tales como traumatismos craneoencefálicos o trastornos psicopatológicos (psicosis, toxicomanías), e incluso en procesos no patológicos como el envejecimiento. El MEC es un test breve de cribado del deterioro cognitivo, producto de la adaptación española del instrumento¹ original por Lobo et al, realizada en 1979, 1999 y 2002. Aunque se difundieron diversas versiones del test, en este trabajo hemos optado por exponer la última versión publicada por Lobo y su equipo, la cual se puntúa sobre 30, ajustándose así al estándar internacional.

El MEC consta de 30 ítems agrupados en 11 secciones ^(Ver Anexo), que el profesional puede administrar al paciente en 15 min, de acuerdo a las siguientes indicaciones, procurando la máxima objetividad en el registro de las respuestas del sujeto. Se evalúa la Orientación Temporal; Orientación Espacial; Recuerdo Inmediato (Fijación); Atención y cálculo; Memoria; Fijación; Nominación, Repetición; Comprensión; Lectura; Escritura y Dibujo

El MEC consta de 30 ítems agrupados en 11 secciones ^(Ver Anexo), que el profesional puede administrar al paciente en 15 min, de acuerdo a las siguientes indicaciones, procurando la máxima objetividad en el registro de las respuestas del sujeto: 35

1. **Orientación Temporal:** esta sección se compone de 5 preguntas relativas al año, mes, día, semana. Cada una puntúa 0 (error) o 1 (acierto), con una puntuación que va de 0 a 5 puntos.
2. **Orientación Espacial:** se trata de una serie de 5 preguntas, referentes a coordenadas espaciales. Cada una se puntúa con 0 o 1, con una puntuación máxima de 5.
3. **Recuerdo Inmediato (Fijación):** en esta sección se pretende evaluar la capacidad de la persona para fijar y retener a muy corto plazo cierta información. Consiste en facilitar las instrucciones al paciente de manera clara y concisa, para que repita 3 palabras, con una pausa de aproximadamente 1 s entre ellas. Se anota la respuesta, dando 1 punto por cada palabra evocada (puntuación máxima de 3). El orden es irrelevante.
4. **Atención y cálculo:** consiste en la tarea de “*treses seriados*”, en la que el sujeto debe realizar mentalmente hasta 5 restas consecutivas de 3 números empezando por el 30, facilitándole un contexto concreto (monedas). Se puntúa 1 por cada respuesta correcta, hasta un máximo de 5 puntos. Se considera correcta una respuesta si es exactamente 3 números inferior a la contestación anterior. No se debe repetir la cifra que dé el paciente.

5. **Memoria**: aquí se evalúa la capacidad de retención a corto plazo del paciente, pidiéndole que recuerde las 3 palabras aprendidas en la tarea de **Fijación**. Se puntúa igual que la tercera sección, siendo igualmente irrelevante el orden de las palabras evocadas. No se permite dar pistas.
6. **Nominación**: con este ejercicio se pretende evaluar la capacidad del individuo para reconocer y nombrar 2 objetos comunes, tales como un lápiz y un reloj, los cuales se le muestran de manera física y directa. Cada respuesta correcta se puntúa 1, con un máximo de 2 puntos.
7. **Repetición**: esta sección valora la capacidad del sujeto para repetir con precisión una frase con cierta complicación articulatoria. La puntuación es 1 si el sujeto repite la frase entera correctamente, y 0 si la repetición no es exacta.
8. **Comprensión**: esta tarea evalúa la capacidad del individuo para atender, comprender y ejecutar una tarea compleja en 3 pasos. En caso de que concurra alguna limitación física o motriz que impida al sujeto utilizar su mano derecha o colocar el papel en el suelo, se puede permitir que utilice la mano izquierda o que coloque el papel en la mesa. La puntuación es de 0 (error) o 1 (acierto) en cada una de las operaciones. Si la persona no pudiera ejecutar este ejercicio, parcial o totalmente, se puntuaría como error y se anotaría el impedimento o motivo de incapacidad.
9. **Lectura**: en esta sección, se evalúa la capacidad del explorado para leer y comprender una frase sencilla (“cierre los ojos”), la cual se le presenta en una hoja aparte. Solamente se aceptará la respuesta como correcta (1 punto) si la persona cierra los ojos. No se le debe dar la orden verbalmente. Si el sujeto tiene un problema de visión o de analfabetismo que le impidiera leer la orden, se puntuará la tarea con 0 y se anotará el motivo.
10. **Escritura**: se evalúa la capacidad del individuo para escribir una frase coherente. La puntuación máxima de 1 punto se concederá cuando la frase escrita sea comprensible, y contenga sujeto, verbo y predicado. Se deben ignorar los posibles errores ortográficos y gramaticales. Por ejemplo: “*el día está soleado*”.
11. **Dibujo**: el individuo debe copiar 2 pentágonos entrelazados, que se presentan en una hoja separada, para evaluar su capacidad “*visoespacial*”. Se puntuará con un 1, exclusivamente, cuando el dibujo realizado represente 2 figuras de 5 lados cada una,

entrelazándose para formar una figura de 4 lados. La falta de intersección entre los pentágonos se puntúa con 0. La perfección del dibujo es irrelevante.

La puntuación total del MEC se calcula sumando todas las puntuaciones parciales en cada una de las 11 secciones. La puntuación máxima que puede obtenerse es de 30 puntos; a menor puntuación, mayor será la alteración.

Interpretación de los resultados el punto de corte más ampliamente aceptado y frecuentemente utilizado para el MEC de 30 puntos, es 27, esto significa que las puntuaciones iguales o menores que esta cifra, indicarían la presencia de un déficit cognitivo.

Una puntuación entre: 27 y 30 puntos se considera normal
 24 ó 26 indica sospecha patológica
 12 a 23 se considera como deterioro
 9 a 12 indica demencia.

Instrumento de recolección de datos

Se realizó un Cuestionario que contenía las variables Socio demográficas mencionadas, la Escala del WHODAS II de 36 ítems y el El Mini Examen del Estado Mental de Folstein.

Procedimiento de Recolección de datos:

- 🗣️ La Facultad de Enfermería mediante la Directora de la Catedra de Salud del Adulto u Anciano Prof. Lic Mg Miriam Costabel, solicito la autorizacion ante la Dirección del Hospital Policial y el Director de la Policlinica de Geriatria Dr. Sgarabatti.
- 🗣️ Se coordinó en dicha Policlinica el horario y dias a concurrir para relevar los datos.
- 🗣️ Se concurreó a la Policlínica Geriátrica de Hospital Policial, lunes, miércoles y viernes, con el fin de realizar entrevistas personales con los potenciales participantes.
- 🗣️ Cada estudiante debidamente identificada y uniformada realizo las entrevistas asignadas.
- 🗣️ Una vez que el usuario decidió participar, se le explicó el alcance del estudio, garantizando el anonimato y confidencialidad de sus datos, se le solicitó el Consentimiento Informado.

Adiestramiento de encuestadores

Siguiendo los lineamientos del Manual de “Medición de la Salud y la Discapacidad”, se llevó a cabo lo establecido en el Capítulo 5: **Administración de WHODAS 2.0**, Capítulo 9: **Pauta y Ejercicios para el uso de WHODAS 2.0** y Capítulo 10: **Auto Test** (Págs. 37, 63 y 73).

Complementariamente y antes de aplicar el Cuestionario en la muestra de estudio, cada estudiante realizó 2 o 3 entrevistas a distintos usuarios, provenientes de un área diferente a la Policlínica donde se efectuó la investigación.

Además, se mantuvieron reuniones con la Docente donde se realizaron los ajustes correspondientes.

Consideraciones Éticas

Se cumplió con lo establecido en el artículo 16 del Decreto 274/2010 reglamentario de la ley N° 18.335 (de *Derechos y obligaciones de pacientes y usuarios de los Servicios de Salud*): “El otorgamiento del consentimiento informado es un derecho del paciente y su obtención un deber del profesional de la salud”.

VI. RESULTADOS

6.1 Determinar el perfil socio demográfico de los adultos mayores que integran la muestra.

TABLA 1 Distribución de las variables socio demográficas (Sexo, Edad, Estado Civil, Situación Laboral, Situación de dependencia, Dpto donde vive y Con quien vive)

VARIABLE	n	FR%
SEXO Hombres	24	32
Mujeres	51	68
EDAD 65 a 74 años	48	64
75 a 84 años	22	29,3
85 a 95 años	5	6,4
Prom:73 años		
ESTADO CIVIL		
Casado	30	40
Viudo	34	45
Divorciado	8	10,7
Separado	2	2,7
Vive en pareja	1	1,3
SITUACION LABORAL		
Empleado	3	4
Desempleado	1	1,3
Jubilado	48	64
Pensionista	20	26,7
Trab Independ	3	4
Independiente	66	88
Necesita Ayuda	9	12
DTO. DONDE VIVE		
Montevideo	56	74,7
Interior	19	25,3
CON QUIEN VIVE		
Solo	21	28
Con la familia	52	69,3
Institucionalizado	2	2,7
AÑOS DE ESTUDIO		
1 a 6 años	26	35
7 a 12 años	40	53
13 a 16 años	9	12

Fuente: Investigación propia

Como muestra la TABLA 1 la mayoría son mujeres (68%) ; el promedio de edad es de 73 años con un DS \pm 7 años (desvio estándar) ; siendo la mayoría entre 65 y 74 años (64%) seguido del rango de edad de 75 a 84 años (29,3%). Según el Estado civil la mayoría son viudos (45%) seguidos por la categoría casados (40%). El 91,7% son jubilados o pensionistas; la gran mayoría se considera como independientes en su vida (88%), viven en Montevideo (74,7%), con su familia (69%) o solo (28%). Teniendo el 88% hasta 12 años de estudio.

6.2 Identificar la percepción de salud y los Dominios de Discapacidad que presentan mayor frecuencia.

TABLA 2 Distribución porcentual según percepción de los Adultos Mayores sobre su estado de salud

PERCEPCION SOBRE SU SALUD GENERAL	FA	FR%
Muy buena	12	16
Buena	32	42,7
Regular	26	34,7
Mala	5	6,7
TOTAL	75	100

Fuente: Investigación propia

Los encuestados tienen una percepción de su salud como muy buena a buena en un 58%.

TABLA 3 Distribución porcentual por Áreas de Discapacidad que tienen alguna dificultad o ninguna dificultad. Ordenadas por presencia de mayor dificultad presente.

AREA DE DISCAPACIDAD	Presente en algún grado	Ausente
Área 4: Relacionarse con otras personas	93 %	7 %
Área 2: Capacidad para Moverse en su entorno	81 %	19 %
Área 6: Participación en Sociedad	78 %	22 %
Área 5 : Actividades de la vida diaria	73 %	27%
Área 1: Comprensión y Comunicación	61 %	39 %
Área 3: Cuidado Personal	46 %	54 %

Fuente: Investigación propia

Como se destaca en la TABLA 3 las Aéreas que presentan mayores dificultades para realizarlas en algún grado (leve a no puede hacerlo) en el 61% y mas, son: Relacionarse con otras personas, Capacidad para Moverse en su entorno, Participación en Sociedad, Actividades de la vida diaria, Comprensión y Comunicación.

Este orden es el que se seguirá para el análisis por área.

AREA 4: Relacionarse con otras personas

Discapacidad presente en algún grado en el 93% de los encuestados

TABLA 4 Distribución Porcentual de los Indicadores de la Capacidad de relacionarse con otras personas según grado de dificultad (Área 4). N= 75

INDICADORES	Ninguna %	Leve%	Moderada%	Severo%	No puede hacerlo%
D4.3 Dificultad para llevarse bien con personas cercanas a Ud.	86,7	6,7	6,7	0	0
D4.2 Dificultad para mantener una amistad	76	17,3	4	2,7	0
D4.1 Dificultad para relacionarse con personas que no conoce	69,3	18,7	8	2,7	0
D4.4 Dificultad para hacer nuevos amigos	42,7	29,3	18,7	6,7	2,7
D.4.5 Dificultad para tener relaciones sexuales	12	17,3	21,3	10,7	38,7

Fuente: Investigación propia

TABLA 5 Distribución porcentual del Indicador cuando presentaba alguna dificultad para relacionarse con otras personas. N= 70

INDICADORES	Ninguna %	Leve%	Moderada%	Severo%	No puede hacerlo%
P4.1 ¿Cuánto han interferido estas dificultades con su vida?	38	43	16	3	0

Fuente: Investigación propia

Según la Tabla 4 El mayor peso está en la capacidad para “hacer nuevos amigos” y “tener relaciones sexuales”, seguido de “relacionarse con personas que no conoce y mantener una amistad”. No aparece dificultad en “llevarse bien con personas cercanas”. La dificultad mayor es la perdida de la capacidad para mantener relaciones sexuales. Cuando algunas de estas discapacidades aparecen lo hace en un grado de leve a moderado (TABLA 5)

AREA 2: Capacidad para moverse en su entorno

Discapacidad presente en algún grado en el 81% de los encuestados

TABLA 6 Distribución Porcentual de los Indicadores de la Capacidad de moverse en su entorno según grado de dificultad (Área 2). N= 75

INDICADORES	Ninguna %	Leve%	Moderada%	Severo%	No puede hacerlo%
D2.3 Dificultad para moverse dentro de su casa	77,3	10,7	6,7	5,3	0
D2.4 Dificultad para salir de su casa	65,3	20	8	4	2,7
D2.1 Dificultad para estar de pie durante periodos largos de tiempo como por ejemplo 30 minutos.	46,7	18,7	18,7	14,7	1,3
D2.2 Dificultad para ponerse de pie cuando estaba sentado	40	25,3	22,7	10,7	1,3
D.2.5 Dificultad para caminar largas distancias, como 1 Km	28	32	20	16	4

Fuente: Investigación propia

TABLA 7 Distribución porcentual del Indicador cuando presentaba alguna dificultad para moverse en su entorno. N= 61

INDICADORES	Ninguna %	Leve%	Moderada%	Severo%	No puede hacerlo%
P2.1 ¿Cuánto han interferido estas dificultades con su vida?	23	34	33	8	1,6

Fuente: Investigación Propia

Según la TABLA 6 las actividades más afectadas para su ejecución serían la de “caminar largas distancias”, “ponerse de pie cuando estaba sentado” y permanecer de pie por más de 30 minutos”, sin embargo el “moverse dentro de la casa” y “salir de la casa” serían las actividades con menor dificultades. Si bien cuando estas dificultades están presentes lo hacen en su mayoría (ver TABLA 7) leve a moderado, aparece un 10% que manifiesta que esta discapacidad interfiere con su vida diaria.

AREA 6: Participación en Sociedad

Discapacidad presente en algún grado en el 78% de los encuestados

TABLA 8 Distribución Porcentual de los Indicadores de la Capacidad de Participación en Sociedad según grado de dificultad (Área 6). N= 75

INDICADORES	Ninguna %	Leve%	Moderada%	Severo%	No puede hacerlo%
D6.3 Cuanta dificultad ha tenido para vivir con dignidad o respeto debido a las actitudes y acciones de otras personas	72	14,7	13,3	0	0
D.6.8 ¿Cuánta dificultad ha tenido para realizar por si mismo cosas que le ayuden a relajarse o disfrutar?	70,7	17,3	8	4	0
D.6.7 ¿Cuántas dificultades ha tenido su familia debido a su estado de salud?	57,3	24	14,7	2,7	0
D6.1 Cuanta dificultad ha tenido para participar, al mismo nivel que el resto de las personas, en actividades de la comunidad (fiestas, actividades religiosas, otras actividades)	56	24	13,3	6,7	0
D6.2 Cuanta dificultad ha tenido debido a barreras u obstáculos existentes en su alrededor (entorno)	53,3	29,3	12	5,3	0
D.6.5 ¿Cuánto le ha afectado emocionalmente su estado de salud?	50,7	26,7	16,0	5,3	1,3
D.6.6 ¿Qué impacto económico ha tenido para Ud o para su familia su estado de salud?	49,3	22,7	22,7	5,3	0
D6.4 ¿Cuánto tiempo ha dedicado a su estado de salud o a las consecuencias del mismo?	33,3	46,7	13,3	6,7	0

Fuente: Investigación propia

TABLA 9 Distribución porcentual del Indicador cuando presentaba alguna dificultad para participar en sociedad. N= 59

INDICADORES	Ninguna %	Leve%	Moderada%	Severo%	No puede hacerlo%
P6.1 ¿Cuánto han interferido estas dificultades con su vida?	18,6	46	25	8,5	1,9

Fuente: Investigación propia

Según TABLA 8 el tiempo que le dedica a su salud y el impacto económico que tiene su estado de salud para su familia son los dos indicadores que presentan mayores dificultades. A la mitad de ellos les afecta emocionalmente su condición de salud y las barreras de su entorno son señaladas como una dificultad para la realización de sus actividades. Con menor dificultad aparece su capacidad para disfrutar y sentirse respetado por el otro y vivir con

dignidad. Es de destacar que cuando estas dificultades están presentes interfieren en un grado de leve a moderado en la gran mayoría de los AM 71%. (TABLA 9)

AREA 5: Actividades de la Vida Diaria

Discapacidad presente en algún grado en el 73% de los encuestados

TABLA 10 Distribución Porcentual de los Indicadores de la Capacidad de realización Actividades de la Vida Diaria según grado de dificultad (Área 5). N= 75

INDICADORES	Ninguna %	Leve%	Moderada%	Severo%	No puede hacerlo%
D5.3 Realizar bien sus quehaceres de la casa más importantes	61,3	20	8	8	2,7
D5.2 Cumplir con los quehaceres de la casa	56	17,3	14,7	6,7	5,3
D5.4 Acabar todo el trabajo de la casa que tenía que hacer	56	20	14,7	5,3	4
D5.5 Acabar sus quehaceres de la casa tan rápido como era necesario	40	30,7	17,3	8	4

Fuente: Investigación propia

TABLA 11 Distribución porcentual del Indicador cuando presentaban alguna dificultad para Actividades de la vida diaria. N= 55

INDICADORES	Ninguna %	Leve%	Moderada%	Severo%	No puede hacerlo%
P5.1 ¿Cuánto han interferido estas dificultades con su vida?	13	47	27	9	4

Fuente: Investigación propia

La discapacidad en las Actividades de la Vida Diaria están vinculadas a que los quehaceres de la casa ya no puede cumplirlos, acabarlos y hacerlos tan rápido como antes, Y esto cuando está presente los afecta en un grado leve a moderado incluso aparecen estas dificultades en un grado de severo a que no puede hacerlo (TABLAS 10 Y 11)

AREA 1: Comprensión y Comunicación

Discapacidad presente en algún grado en el 61% de los encuestados

TABLA 12 Distribución Porcentual de los Indicadores de la Capacidad de Comprensión y Comunicación según grado de dificultad (Área 1). N= 75

INDICADORES	Ninguna %	Leve%	Moderada%	Severo%	No puede hacerlo%
D1.5 Entender en general lo que dice la gente	86,7	5,3	5,3	2,7	0
D1.6 Iniciar o mantener una comunicación	85,3	10,7	4	0	0
D.1.1 Concentrarse en hacer algo durante 10 minutos	77,3	14,7	8	0	0
D1.3 Analizar y encontrar soluciones a los problemas de la vida diaria	74,3	17,3	6,7	1,3	0
D1.4 Aprender una nueva tarea, como por ejemplo llegar a un lugar donde nunca ha estado	62,7	20	12	5,3	0
D1.2 Recordar las cosas importantes que tenía que hacer	52	36	10,7	1,3	0

Fuente: Investigación propia

TABLA 13 Distribución porcentual del Indicador cuando presentaba alguna dificultad para comprensión y comunicación. N= 46

INDICADORES	Ninguna %	Leve%	Moderada%	Severo%	No puede hacerlo%
P1.1 ¿Cuánto han interferido estas dificultades con su vida?	24	52	24	0	0

Fuente: Investigación propia

Las dificultades presentes en el Área de Comprensión y Comunicación están relacionadas a recordar y aprender una nueva tarea, afectándoles en un grado leve a moderado. Las actividades de entender e iniciar una conversación son las menos afectadas, estando ausentes en el 80% y más.

AREA 3: Cuidado Personal

Discapacidad presente en algún grado en el 46% de los encuestados

TABLA 14 Distribución Porcentual de los Indicadores de la Capacidad de Cuidado Personal según grado de dificultad (Área 3). N= 75

INDICADORES	Ninguna %	Leve%	Moderada%	Severo%	No puede hacerlo%
D3.3 Comer	89,3	4	5,3	0	0
D3.2 Vestirse	74,7	14,7	2,7	6,7	0
D3.4 Estar solo/a durante unos días	69,3	13,3	8	2,7	6,7
D 3.1 Bañarse (lavarse todo el cuerpo)	66,7	14,7	8	6,7	2,7

TABLA 15 Distribución porcentual del Indicador cuando presentaba alguna dificultad para el Cuidado Personal. N= 34

INDICADORES	Ninguna %	Leve%	Moderada%	Severo%	No puede hacerlo%
P3.1 ¿Cuánto han interferido estas dificultades con su vida?	26,4	38	17,6	12	6

Fuente: Investigación propia

Si bien la discapacidad para el Cuidado Personal en general afecta solo al 46% de los encuestados, la misma se destaca por presentar grados de severo a no poder hacerlo en relación a las demás aéreas fundamentalmente para bañarse, vestirse y estar solo por unos días. (TABLAS 14 y 15)

TABLA 16 Distribución porcentual del Grado de discapacidad cuando esta existe según aéreas de Discapacidad del WHODAS II

INDICADORES	Ninguna %	Leve a Moderado%	Severo a no puede hacerlo%
RELACIONARSE CON OTRAS PERSONAS ¿Cuánto han interferido estas dificultades con su vida?	38	59	3
MOVERSE EN SU ENTORNO ¿Cuánto han interferido estas dificultades con su vida?	23	67	9,6
PARTICIPACION EN SOCIEDAD ¿Cuánto han interferido estas dificultades con su vida?	18,6	71	10,4
ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA ¿Cuánto han interferido estas dificultades con su vida?	13	74	13
COMPRESNION Y COMUNICACION ¿Cuánto han interferido estas dificultades con su vida?	24	76	0
CUIDADOPERSONAL ¿Cuánto han interferido estas dificultades con su vida?	26,4	55,6	18

Fuente: Investigación propia

La TABLA 16 nos muestra que cuando clasificamos según la percepción del AM de cuanto le afecta la discapacidad que tiene en su vida diaria, vemos que el ordenamiento es diferente a cuando consideramos solo la presencia de la discapacidad. Hemos establecido solo 3 grados de afectación por la discapacidad: ninguna, leve a moderado y severo a no puede hacerlo y observamos que en el Aseo Personal, cuando existen dificultades esto es percibido en un grado de severo a no puede hacerlo en un 18%, un 13% en las Actividades de la Vida diaria y alrededor del 10% en Participación en Sociedad y Moverse en su Entorno.

6.3 Relación entre los dominios de discapacidad y las variables sociodemográficas.

Para este estudio de independencia, hemos realizado el test de Chi Cuadrado que contrasta la hipótesis de que las variables son independientes, frente a la hipótesis alternativa de que

una variable se distribuye de manera diferente para diversos niveles de otras. Este tipo de prueba de hipótesis no hay que confundirla con pruebas de asociación entre variables, ya que para este tipo de pruebas existen otros test y requieren otro diseño de investigación. Para el estudio de independencia se utiliza Tablas de contingencia, con factores de corrección si la frecuencia esperada en alguna de sus casillas es menor a 5. Estas pruebas se realizaron con el programa PSPP.

Planteo de hipótesis de Independencia

Hipotesis nula; Ho: Ambas variables son independientes, no están relacionadas

Hipotesis alternativa; HA: Ambas variables son dependientes, están relacionadas

Para $p < 0,05$

Se rechaza la Hipotesis nula (Ho) para toda aquella probabilidad que sea menor a 0,05, quedándonos entonces con lo que establece la Hipotesis de alternativa que nos indica que ambas variables están relacionadas o que su variación depende de la variación de la otra. Es necesario realizar la aclaración de que estas inferencias se acotan a la muestra realizada, no podemos realizar una inferencia a la Población ya que el tipo de muestreo es no probabilístico, o sea que estas relaciones son válidas para el grupo de 75 Adultos Mayores encuestados.

TABLA 17 Distribución de valores de p (probabilidad) según relación de las variables independientes (sociodemograficas) con la dependiente (Dominios WHODAS II)

VARIABLES	Comprension y Comunicación p	Capacidad para moverse en su entorno p	Cuidado Personal p	Relacionarse con otras personas p	Actividades de la Vida Diaria p	Participacion en Sociedad p
SITUACION Independiente/Nec ayuda	0,000	0,007	0,113	0,018	0,007	0,001
SEXO	0,501	0,203	0,347	0,851	0,431	0,379
E. CIVIL	0,793	0,469	0,533	0,028	0,512	0,355
OCUPACION	0,737	0,746	0,176	0,550	0,963	0,690
CON QUIEN VIVE	0,049	0,518	0,063	0,033	0,155	0,518
EDAD	0,004	0,037	0,042	0,005	0,005	0,012

Las casillas resaltada en color muestran distribución de $p < 0.05$ por lo que rechazamos la hipótesis nula y nos quedamos con la alternativa que establece que la distribución de los

dominios del WHODAS II están relacionadas con la distribución de las variables dependientes consideradas.

De esta forma podemos establecer que existe dependencia de la edad en relación a la presencia de discapacidad en todas las Áreas de Discapacidad exploradas.

Para la situación en que el usuario reconoce la necesidad de ayuda o no; está relacionada a la discapacidad para Comunicarse, Moverse en su entorno, Relacionarse con otras personas, para las Actividades de la Vida diaria y para su Participación en Sociedad.

Existe dependencia puntuales entre Estado civil y la discapacidad de Relacionarse con otras personas; así como Con quien vive con la discapacidad para Comprender y Comunicarse y Relacionarse con otras personas.

Sexo y Ocupación no parecen estar relacionada a ninguna de las áreas de Discapacidad exploradas.

VII. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

En este estudio realizado en Adultos Mayores, encontramos que el 68% del total de los encuestados son mujeres, esto se corresponde con los datos obtenidos en los últimos censos en nuestro país que muestra que el 60% son mujeres entre 65 a 95 años¹⁴, y también, según el doctor Sgaravatti en el artículo: “Demografía del envejecimiento”, habla del “fenómeno de feminización de la vejez”, en donde el índice de masculinidad va en continuo descenso en relación inversa con la edad. El promedio de edad es de 73 años con un DS \pm 7 años; siendo la mayoría entre 65 y 74 años (64%) aproximándose al 55% de la población en el 2014 ¹⁴ seguido del rango de edad de 75 a 84 años (29,3%), siendo para la población 36% ¹⁴. Según el Estado civil la mayoría son viudos (45%) seguidos por la categoría casados (40%). El 91,7% son jubilados o pensionistas; la gran mayoría se considera como independientes en su vida (88%), viven en Montevideo (74,7%), con su familia (69%) o solo (28%). Teniendo el 88% hasta 12 años de estudio.

Hemos encontrado en la medición de la discapacidad según WHODAS II, que las Aéreas que presentan mayor discapacidad siguiendo un el orden de frecuencia son: Relacionarse con otras personas, Capacidad para Moverse en su entorno, Participación en Sociedad, Actividades de la vida diaria, Comprensión y Comunicación y Cuidado Personal.

La discapacidad para relacionarse con otras personas que no sean de su círculo cercano es más notoria en el Adulto Mayor (AM) en un grado de leve a moderado, no así con las personas que se encuentran cercanas en su trato diario. La pérdida de relacionarse “con el otro” puede estar contribuyendo a que el AM se encuentre mas solo o aislado ya que ante la pérdida de las personas cercanas no tiene capacidad para el reintegro a ese “circulo cercano” con otras personas.

La pérdida de la capacidad para tener relaciones sexuales nos indica que el AM pierde una fuente importante de relacionamiento íntimo con el otro, Este fenómeno se puede explicar por varios factores, como el propio proceso de envejecimiento cuyo proceso fisiológico de los cambios en la respuesta sexual están asociados a enfermedades, tratamientos médicos, estilos de vida, etc. También están presentes los factores psicológicos y sociales. Máster y Johnson relacionan la sexualidad con el envejecimiento argumentando que “la actividad sexual contribuye al bienestar subjetivo de las personas cuyo efecto al mantener una actividad sexual regular contribuye a retardar el declive relacionado con la edad y que algunas pérdidas fisiológicas supuestamente inevitables del envejecimiento será más

reversibles de lo que imaginamos”. Otras investigaciones aporten (Hernández 2001) que “una persona sexualmente satisfecha se siente mucho más atractiva, competente y es mucho más proclive a seguirse desarrollando intelectualmente. El sexo guarda relaciones importantes como el amor, el placer, la responsabilidad, el disfrute, etc.” 36

Pero hay muchos mitos que vencer respecto al anciano y su sexualidad. Virginia Henderson lo explica en el patrón sexualidad geriátrica afirmando que, la sociedad contribuye al retraimiento, considerando inadmisibile y ridícula la sexualidad en edades avanzadas, creando una serie de estereotipos y mitos dentro de la población. Para Maslow (1999): “La salud sexual geriátrica puede ser definida como el más alto nivel, que requiere la más grande cantidad y calidad de comunicación entre compañeros, en una relación de confianza, amor, compartir y placer con o sin coito”. 37

Como Segunda capacidad afectada aparece la Capacidad de moverse en su entorno. La función motriz en el AM es una de los problemas biológicos que aparecen en la declinación funcional. Las actividades más afectadas para su ejecución serian la de “caminar largas distancias”, “ponerse de pie cuando estaba sentado” y permanecer de pie por más de 30 minutos”, sin embargo el “moverse dentro de la casa” y “salir de la casa” serían las actividades con menor dificultades. Según la encuesta Nacional de personas con Discapacidad del año 2004; la discapacidad prevalente es motora, es decir, invalidez o dificultad para movilizarse, coincidiendo con los datos obtenidos en nuestra muestra.

En Tercer lugar la Capacidad para Participar en Sociedad (Área 6 del WHODAS II) el tiempo que le dedica a su salud y el impacto económico que tiene su estado de salud para su familia son los dos indicadores que presentan mayores dificultades. Les afecta emocionalmente su condición de salud y las barreras de su entorno son señaladas como una dificultad para la realización de sus actividades. No está afectada su capacidad para disfrutar y sentirse respetado por el otro y vivir con dignidad. Es de destacar que cuando estas dificultades están presentes interfieren en un grado de leve a moderado en la gran mayoría de los AM 71%.

En Cuarto lugar, la discapacidad en las Actividades de la Vida Diaria están vinculadas a que los quehaceres de la casa ya no puede cumplirlos, acabarlos y hacerlos tan rápido como antes, Y esto cuando está presente los afecta en un grado leve a moderado incluso aparecen estas dificultades en un grado de severo a que no puede hacerlo. Esto puede estar vinculado

a la declinación de la función motora y/o asociarse a enfermedades crónicas que afecten su movilización.

En Quinto lugar, las dificultades presentes en el Área de Comprensión y Comunicación están relacionadas a recordar y aprender una nueva tarea, afectándoles en un grado leve a moderado. Las actividades de entender e iniciar una conversación son las menos afectadas. En Sexto lugar aparece la discapacidad para el Cuidado Personal la misma se destaca por afectar a las actividades de bañarse, vestirse y estar solo por unos días y por presentar grados de severo a no poder hacerlo más alto que en las demás aéreas.

Nos hemos encontrado con el hecho de que cuando la discapacidad está presente en el AM no significa que la percepción de afectación en su vida diaria sea equivalente a su presencia. Por ejemplo la discapacidad para relacionarse con otras personas es una de la más frecuente, sin embargo el Cuidado Personal - una discapacidad de menor presencia-, es una de las que aparece con un grado de afectación en la vida diaria de severo a no poder hacerlo, más alto que el resto de las otras discapacidades. El Cuidado Personal, Las Actividades de la Vida Diaria y la Participación Social y Moverse en su entorno son valoradas como de una dificultad de grado severo a no poder hacerlo de mayor frecuencia que en las demás áreas.

De la exploración de la relación de independencia explorada en las hipótesis, encontramos que habría que atender la dependencia de la edad respecto a la presencia de discapacidad en todas las aéreas. La edad podría ser un factor de riesgo vinculado a la discapacidad y sus consecuencias en la salud e independencia del Adulto Mayor.

El reconocimiento de su situación de Independencia o necesidad de ayuda, fundamentalmente la primera situación (ya que es la que predomina con 88%) es otro factor que está vinculado a la aparición de discapacidad en la mayoría de las áreas. O sea que el hecho de que el Adulto Mayor se reconozca como "independiente" no significa que no tenga discapacidades.

Destacamos que no hemos encontrado dependencia entre Sexo, Ocupación y algunas de las áreas de Discapacidad exploradas.

VIII. CONCLUSIONES

Podemos concluir que logramos cumplir los objetivos previamente establecidos, contando con la aceptación de la población encuestada y el apoyo del equipo de salud donde se realizó la misma.

Es una muestra que se caracteriza por ser mujeres, con un promedio de edad de 73 años, casados o viudos, jubilados o pensionistas, que viven en Montevideo, con su familia y se reconocen como Independientes, con un buen nivel de instrucción.

Presentan mayor discapacidad en Relacionarse con otras personas, Capacidad para Moverse en su entorno, Participación en Sociedad, Actividades de la vida diaria, Comprensión y Comunicación y Cuidado Personal.

Sin embargo la frecuencia antes mencionada varía al considerar el significado que tiene en su vida diaria cuando la discapacidad está presente. Esto significa que para la valoración de la discapacidad, no solo importa la presencia de ella, sino que también debe ir acompañada de como es percibida esa discapacidad por el AM.

De la exploración de la relación de independencia establecidas en las hipótesis, encontramos que la edad y la necesidad de ayuda o no ,podrían ser factores de riesgo vinculados a la discapacidad y a sus consecuencias en la salud e independencia del Adulto Mayor.

El reconocimiento de su situación de Independencia no es un indicador de ausencia de discapacidad hemos encontrado que a pesar de que el Adulto Mayor se reconozca como “independiente” no significa que no tenga discapacidades. Destacamos que no hemos encontrado dependencia entre Sexo, Ocupación y algunas de las áreas de Discapacidad exploradas.

Es importante que Enfermería conozca las variables que afectan la salud del adulto mayor, deberían estar incluidas en su valoración ya que aportan información valiosa para el Proceso de Atención de Enfermería, ya sea a nivel intrahospitalario como comunitario. Los Adultos Mayores tienen un perfil propio que debe ser considerado en su cuidado y fundamentalmente en las etapas de rehabilitación como en el de curación.

El uso del cuestionario Whodas II nos resultó un instrumento practico y de fácil manejo, no encontramos mayor dificultad en su implementación.

A nivel grupal nos resultó una experiencia nueva e interesante en la cual se necesitó fortalecer la autonomía y la resiliencia del grupo para poder consolidar la investigación.

IX. SUGERENCIAS

- Tomando como referencia la experiencia vivida por el equipo; sugerimos la implementación de una consulta de Enfermería en las policlínicas de geriatría, dado que las mismas nos permitirían detectar de forma precoz dificultades por las cuales atraviesan los Adultos Mayores, permitiéndonos actuar de forma oportuna mejorando así la calidad de vida de este sector de la población.
- Incorporar a la Valoración del Adulto Mayor, la medición de la Discapacidad en intervalos regulares con el WHODAS 2.0 ya que nos aporta información sobre 6 áreas diferentes y porque es un instrumento fácil y rápido de aplicar.
- Utilizar la información aportada por la aplicación del WHODAS 2.0 en programas específicos sobre el Adulto Mayor ya sea para identificar las discapacidades como para evaluar el impacto de los mismos en la salud de esta población.
- Se sugiere para próximas investigaciones, el campo de práctica del Hospital Policial, dado que se encontró en el mismo, un ámbito de trabajo adecuado y predispuesto a la investigación.
- Se recomienda el uso del programa informático PSPP para el cálculo de datos estadísticos, ya que el mismo nos resultó práctico y de fácil manejo.

X. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Discapacidad y salud.[Internet] Centro de prensa. Nota descriptiva N° 352. Diciembre de 2015. Disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/es/>. [Consulta: 04 abr 2015].
- 2 Organización Mundial de la Salud. Clasificación internacional del funcionamiento, la discapacidad y la salud. Ginebra: OMS; 2001. [Internet] Disponible en:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43360/1/9241545445_spa.pdf?ua=1. [Consulta: 16 abr 2014]
3. Organización Mundial de la Salud. Avaliação de Saúde e Deficiência. Manual do WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0). OMS. 2015. [Internet] Disponible en:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43974/19/9788562599514_por.pdf [Consulta: 4 abr 2015]
- 4 . Lustig D. Strauser D. La pobreza y la discapacidad. [Internet] Tucson Arizona. 2007. Disponible en: http://glmw.info/soc-dis/files/Poverty_Disability.pdf 50:4 pp. 194–202 [Consulta: 10 abr 2015]
5. Cohn D. Mather M. Lee M. Disability and Aging. Population Reference Bureau. [Internet] 2007. Disponible en: <http://www.prb.org/Publications/Articles/2007/DisabilityandAging.aspx> [Consulta: 10 abr 2015]
6. Manton K. Gu X. Lamb V. Change in Chronic Disability From 1982 to 2004/2005 as Measured by Long-Term Changes in Function and Health in the Elderly Population. [Internet] University of Chicago. 2006. Disponible en:
<http://www.pnas.org/content/103/48/18374.full> [Consulta: 10 abr 2015]
7. Freedman V. Kasper J. Spillman B. Agree E. Mor V. Wallace R et al. Behavioral Adaptation and Late-Life Disability: A New Spectrum for Assessing Public Health Impacts.[Internet] American Journal of Public Health: February 2014, Vol. 104, No. 2, pp. e88-e94. Disponible en:
<http://ajph.aphapublications.org/doi/abs/10.2105/AJPH.2013.301687> . [Consulta: 10 abr 2015]
8. Lustig D. Strauser D. La pobreza y la discapacidad. Op. Cit pp. 194–202
9. Hernández Jaramillo, J, Hernández-Umaña, I, Una aproximación a los costos indirectos de la discapacidad en Colombia. Revista de Salud Pública [Internet] julio 2005; 7 (2): 130,

- Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42270202>. [Consulta: 10 de mar 2015]
10. Uruguay. Poder Ejecutivo. Sistema nacional integrado de cuidados. Proyecto de ley de 5 de marzo de 2015. Disponible en:
http://archivo.presidencia.gub.uy/sci/proyectos/2015/03/mides_2.pdf [consulta: 20 abr 2015].
 - 11 Red Iberoamericana de Cooperación Técnica, Población uruguaya adulta mayor dependiente. Noviembre 2012; [Internet] Disponible en:
http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/enlace23_17pobu.ruguy.pdf. [Consulta: 12 de mar 2015]
 - 12 Red Iberoamericana de Cooperación Técnica. Población uruguaya adulta mayor dependiente. Op.Cit. p.17.
 13. Carpintero I, Charamelo A, Dansilio S, Fierro A, Sgaravatti A, Navas V, et al. Aportes para la atención integral de los adultos mayores. Montevideo: Facultad de Medicina, UDELAR; 2012. p 199
 - 14 Bagnato, M. et al, Las mujeres con discapacidad que viven en la pobreza: el caso de Uruguay, Comisión Sectorial de Investigación Científica de la Universidad de la República, Uruguay, 2009 – 2011, Biblioteca Fac. de Psicología.
 - 15 Rovira, A., Uruguay presenta amplios niveles de cobertura en materia de seguridad social y salud, Rev. Enlace en Red N° 21, julio 2012. Disponible en:
<http://sid.usal.es/ficheros/enlace-21.pdf>
 - 16 Uruguay. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta nacional de personas con discapacidad: informe final. [Internet]. 2004. Disponible en:
<http://www.ine.gub.uy/documents/10181/35456/discapacidad.pdf/6d3755ad-11df-4439-8bb0-37d0deb3434a> [consulta: 20 mar 2015].
 - 17 Uruguay. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Hogares Ampliada: Los uruguayos y la salud: situación, percepciones y comportamiento. [Internet]. 2007. Disponible en:
http://www.ine.gub.uy/documents/10181/35933/Modulo_salud_versi%C3%B3n_final.pdf/17641b4b-c1c6-4a92-8fd6-b4aa75a187a7 [consulta 10 abr 2015]
 - 18 Red Iberoamericana de Cooperación Técnica. Población uruguaya adulta mayor dependiente. Op. Cit. P. 17.

- 19 Núñez I. Personas mayores en Uruguay con limitaciones permanentes o en situación de discapacidad. Comentarios de Seguridad Social [Internet] 2011; 30: 43-66. Disponible en:
http://www.bps.gub.uy/innovaportal/file/1490/1/personas_mayores_en_uruguay_con_limitaciones_permanentes_o_en_situacion_de_discapacidad._1era._i._nunez.pdf [consulta: 2 feb 2014].
- 20 Uruguay. Ministerio de Desarrollo Social. Instituto Nacional de la Juventud. Cuidados, información y vejez. [Internet]. 2014. Disponible en:
<http://www.inju.gub.uy/innovaportal/v/34829/5/innova.front/cuidados-informacion-y-vejez> [consulta: 4 abr 2015].
- 21 Uruguay. Poder Ejecutivo. Sistema nacional integrado de cuidados. Proyecto de ley de 5 de marzo de 2015. Op. Cit.
- 22 Uruguay. Ministerio de Desarrollo Social. Strejilevich L. Calidad de vida de los adultos mayores. [Internet] Disponible en:
<http://www.mides.gub.uy/innovanet/macros/TextContentWithMenu.jsp?contentid=9625&sit e=1&channel=innova.net> [consulta: 10 abr 2015]
- 23 Organización Mundial de la Salud. Medición de la Salud y la Discapacidad. [Internet] 2015. Disponible en:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/170500/1/9874573309_spa.pdf. [consulta: 2 abr 2015] p 12
- 24 Organización Mundial de la Salud. Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud. [Internet]. 2001. Disponible en:
http://conadis.gob.mx/doc/CIF_OMS.pdf [consulta: 6 feb 2014].
- 25 Organización Mundial de la Salud. Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud. Op. Cit.
- 26 García Ramírez J. La vejez: el grito de los olvidados. [Internet]. 2003. Disponible en:
https://books.google.com.uy/books?id=kCbWpH55qz8C&pg=PA104&lpg=PA104&dq=Peter+Medawar+la+vejez&source=bl&ots=ixJ41atFKf&sig=oGuo7WqbBur4smRR1a1gpccX_wA&hl=es&sa=X&ei=ELtCVcrIN8agNrbagcgO&ved=0CCYQ6AEwAg#v=onepage&q=Peter%20Medawar%20la%20vejez&f=false [consulta: 16 abr 2015].
- 27 Satorres Pons E. Bienestar psicológico en la vejez y su relación con la capacidad funcional y la satisfacción vital [tesis] [Internet]. 2013. Disponible en:

- http://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/26298/envejecimiento%20y%20bienestar.pdf?sequence=1_ [consulta: 16 abr 2015].
- 28 Gómez Rinessi J, Saiach S, Lecuna N. Envejecimiento. Rev Posgrado de la Cátedra Medicina (Argentina) [Internet] 2000; (100). Disponible en: <http://med.unne.edu.ar/revista/revista100/envejecimiento.htm> [consulta: 16 abr 2015].
- 29 Madariaga A. Envejecimiento y Vejez. Argentina [Internet] 2001. Disponible en: <http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/ORGIN005.pdf> . p5 [consulta: 11 mar 2015]
- 30 CRESCENDO. Género y el Envejecimiento. OPS 2015. [Internet] Disponible en: <http://reseau-crescendo.org/organizacion-panamericana-de-salud-hoja-informativa-genero-y-el-envejecimiento/>. [consulta: 6 abr 2015]
- 31 Organización Mundial de la salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento y la Discapacidad. 1999. [Internet] Disponible en: <http://www.sustainable-design.ie/arch/Beta2fullspanish.pdf> [consulta: 14 feb 2014]
- 32 Egea García C, Saravia Sánchez A. Clasificaciones de la OMS sobre discapacidad. [Internet]. 2001. Disponible en: http://www.um.es/discatif/METODOLOGIA/Egea-Sarabia_clasificaciones.pdf [consulta: 20 abr 2015]
- 33 Organización Mundial de la Salud. Clasificación internacional del funcionamiento, la discapacidad y la salud. Op. Cit
- 34 Organización Mundial de la Salud. Medición de la Salud y la Discapacidad. Op. Cit.
- 35 López Miquel J, Martí Augustí G. Mini-exámen cognoscitivo (MEC). Rev Esp Med Legal [Internet] 2011; 37(3):122-27. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90028303&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=285&ty=52&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=285v37n03a90028303pdf001.pdf [consulta: 15 abr 2015].
- 36 Cayo Ríos y, Gregorio y col. La sexualidad en la Tercera Edad y su relación con el bienestar subjetivo” Ponencia presentado en el Simposio Viejos y Viejas. Participacion , Ciudadania e Inclusion Social. 51 Congreso Intenacional de Americanistas. Santiago de Chile 14 al 18 de Julio 2003. Se encuentra en , consultado el 1/24/2016 http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/DEMOG020_CayoRios.pdf

37 García M. Rodríguez C. Toronjo A. Enfermería del anciano. Colección Enfermería S 21. España. Barcelona: Ediciones DAE (Grupo Paradigma); 2012

XI. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- Berriel F. Pérez R. Rodríguez S. Vejez y envejecimiento en Uruguay. Fundamentos diagnósticos para la acción. [Internet] MIDES, UNFPA. Montevideo, 2010. Disponible en: http://inmayores.mides.gub.uy/innovaportal/file/21559/1/vejez_en_uruguay.pdf [consulta: 15 mar 2015]
- Cohn D. Marher M. Lee M. Disability and aging.[Internet] 2007. Disponible en: <http://www.prb.org/Publications/Articles/2007/DisabilityandAging.aspx> [consulta: 6 feb 2014]
- Fundación IPPU. Portal de Discapacidad en Uruguay. Desarrollo Inclusivo, Pobreza Y Discapacidad. [Internet] Disponible en: <http://www.discapacidaduruguay.org/index.php/actualidad/noticias/391-desarrollo-inclusivo-pobreza-y-discapacidad> [consulta: 3 mar 2015].
- Organización Mundial de la Salud, Avaliação de Saúde e Deficiência: WHODAS 2.0). [Internet] 2015 Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43974/1/9788562599514_por.pdf [consulta 6 feb 2014]
- Organización Mundial de la Salud. Manual de Evaluación de Discapacidad 2.0 (WHODAS 2.0). [Internet] Octubre 2014. Disponible en: http://www.who.int/classifications/icf/more_whodas/en/# [Consulta: 15 feb 2015]
- Rovira A. Uruguay presenta amplios niveles de cobertura en materia de seguridad social y salud. Rev. Enlace en Red N° 21. España 2012. [Internet] Disponible en: <http://sid.usal.es/ficheros/enlace-21.pdf> p. 6 [Consulta: 20 mar 2015]
- Uruguay. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad. [Internet] 2004. Disponible en: <http://www.ine.gub.uy/documents/10181/35456/discapacidad.pdf/6d3755ad-11df-4439-8bb0-37d0deb3434a> [Consulta: 20 mar 2015]
- Uruguay en Cifras 2014. Instituto Nacional de Estadística disponible en www.ine.gub.uy/uruguay-en-cifra

ANEXOS

Cronograma de Actividades

Las actividades que se realizaron, se representan en el siguiente Diagrama de Gantt.

Actividades		DIC	ENE	MAR/ABRIL	MAYO/JUN	JUL/AG	SET/OCT	NOV/MAR
		2013	2014	2015	2015	2015	2015	2015/16
1	Tema de Estudio designado por la Fac.	○ ○ - -						
2	Tutoría		- - ○ -					
3	Revisión Bibliográfica		- - ○ ○	○ ○ - -				
4	Tutoría			- ○ - -				
5	Cambios en el alcance del Estudio			- ○ - -				
6	Re-planificación del Estudio			- ○ ○ -				
7	Elaborc. Borrador Protocolo				○ ○ - -			
8	Entrega del Protocolo				- ○ - -			
9	Tutoría					○ - - -		
10	Trabajo de campo						- - ○ ○	
11	Tutoría						- - - ○	
12	Procesamiento de datos						- - - ○ ○	- - -
13	Tutoría							○ - - -
14	Elaboración del trabajo final							- ○ ○ -
15	Presentación Trabajo Final							- - - ○

Presupuesto

CONCEPTO	VALOR \$
Transporte	2.400
Tiempo de Consulta en Internet	2.800
Llamadas Telefónicas	1.000
Horas Laborales (encuesta)	7.500
Impresiones	1.500
Papelería	500
Viáticos (bebidas y alimentos)	4000
Gastos imprevistos 10%	2370
TOTAL	\$ 22.070

**Solicitud de autorización para realizar el trabajo de campo
en la Policlínica Geriátrica del Hospital Policial**

Montevideo, 17 de julio de 2015

Dirección Nacional de Sanidad Policial

Departamento de Enfermería

Jefe Lic. En Enfermería Dahiana Farto

Quienes suscriben, un grupo de cinco estudiantes pertenecientes a la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República, cursando la Licenciatura de Enfermería; estamos realizando el trabajo de investigación final de dicha carrera, bajo la tutoría de Prof. Mag. Miriam Costabel y Prof. Adj. Lic. Diana Rundie, pertenecientes a la cátedra de Adulto y Anciano.

Nos dirigimos a usted con el fin de solicitar autorización para realizar nuestro relevamiento de datos en la Policlínica de Geriátrica de ese hospital.

Dicho trabajo tiene como objetivo la caracterización sociodemográfica y medir el grado de discapacidad en adultos mayores usuarios de la Policlínica.

Esperando su pronta respuesta, le saludan atte.

Estudiantes:

Natalie Cosse

Cristina Courtie

Ma. Alejandra Michetti

Sonia Montaña

Natalia Taparauskas

Docentes Responsables:

Prof. Adj. Lic. Diana Rundie

Prof. Mag. Miriam Costabel

MARCO JURÍDICO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

El artículo 26 del Decreto 274, establece que:

"El documento de consentimiento informado... deberá contener, como mínimo, los siguientes datos:

- a) Identificación del servicio de salud.*
- b) Identificación del procedimiento.*
- c) Identificación del paciente.*
- d) En caso de no ser otorgado por el paciente, identificación de quien presta el consentimiento en su representación y declaración jurada de su legitimación.*
- e) Identificación del profesional que informa.*
- f) Consentimiento del paciente o su representante.*
- g) Declaración del paciente o su representante de que conoce que el consentimiento puede ser revocado en cualquier momento sin expresión de la causa de la revocación.*
- h) Lugar y fecha.*
- i) Declaración del paciente o de su representante de haber podido efectuar libremente cualquier pregunta.*
- j) Constancia de que el paciente o el representante recibe una copia de dicho documento y de que comprendió adecuadamente la información.*
- k) En los casos de niños, niñas y adolescentes no emancipados ni habilitados de edad se deberá dejar constancia de haber actuado de acuerdo a lo previsto en el literal a) del artículo 24 del presente decreto".*

* Fuente: Centro de Información Oficial

<http://www.impo.com.uy/bases/decretos/274-2010>

**Cátedra “ADULTO y ANCIANO”
Facultad de Enfermería
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado Usuario:

Mi nombre es..., como estudiante de la Facultad de Enfermería, estoy realizando una encuesta sobre DISCAPACIDAD en PERSONAS MAYORES de 65 o más años, con el fin de obtener más información sobre el problema.

Le invito a participar del mismo y si Ud. acepta, le brindaré información pertinente para que pueda responder un conjunto de preguntas relacionadas con su salud.

El tiempo estimado es de 15 a 20 minutos.

Los datos que Ud. brinde serán reservados y sólo se utilizarán para la presente investigación. No obstante, no se requiere su nombre ni su domicilio, ya que es anónima.

Si alguna pregunta no le resulta suficientemente clara, Ud. puede hacérmelo saber y con gusto, le será explicada.

Asimismo, si Ud. desea formular alguna pregunta o plantear una duda, trataré de responderle de acuerdo a mis conocimientos.

Su participación será muy valiosa para mi trabajo y aportará información importante sobre la Discapacidad en nuestro país.

Muchas gracias.

FORMULARIO DE ACUERDO DE USO del WHODAS 2.0 (online)

www.who.int/classifications/icf/form_whodas_agreement/en

Sign up for WHO updates

International Classifications

Family of International Classifications network

Classification of Diseases (ICD)

Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)

Classification of Health Interventions (CHI)

Frequently asked questions

WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0) user agreement

Share Print

Fields marked with an asterisk (*) are mandatory

Basic Information

Basic information for the agreement between the World Health Organization ("WHO") and you, the ("User"). Upon completing this form, WHO will hereby grants User a nonexclusive, non-commercial, royalty free license to use the World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0). If you desire to use WHO-DAS 2.0 for some other purpose, please contact the responsible officer at whodas@who.int.

1) Title (Required) Dr Mr Ms

2) Name * (First Name / Given Name)

3) Family Name * (Last Name)

4) Email Address * (The e-mail format is "xxxx@yyyy.zzz")

5) Organization / Affiliation

6) Address of Organization / Affiliation

7) Country * (United Kingdom or Great Britain and Northern Ireland, United Republic of Tanzania, United States of America, Uruguay)

Sign up for WHO updates

How will you use WHO-DAS 2.0?

A section detailing how and where the user intends to use WHO-DAS 2.0.

1) How will you use WHO-DAS 2.0? * In a research study In clinical practice In policy development I am just looking, but do not have any specific use planned Other

2) If other, please specify Other use:

WHO-DAS 2.0 in Research

If you will be using WHO-DAS 2.0 in your research, please provide additional information on how it will be used.

1) Study Title Study Title

2) Name of Principal Investigator Name of PI

3) Sample Characteristics Sample Characteristics

4) Sample size Sample Size

5) Intervention or Treatment Involved (if any) Intervention

6) Total Number of # of Assessments

7) Assessment time points (e.g. pre and post, every 6 weeks, etc.)

Assessment Times

8) Other Information (if applicable)

Research - Other Info

WHO-DAS 2.0 in Clinical Practice

If you will be using WHO-DAS 2.0 in clinical practice, please provide additional information on how it will be used.

1) Type of Practice or Practitioner

- Hospital
- Out-Patient Clinic
- In-Patient Facility (non-hospital)
- Out-Patient Rehabilitation Facility
- Medical Doctor
- Doctor of Chiropractic
- Physiotherapist / Physical Therapist
- Nurse / Nurse Practitioner
- Psychiatrist / Psychologist
- Social Worker / Counsellor
- Traditional Medicine Practitioner
- Student
- Other

2) Other: Please specify

Other Practice / Practitioner

MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)					
<i>Basado en Allegri RF et al. El "Mini- Mental State Examination" en la Argentina: Instrucciones para su administración. Rev. Neurol. Arg. Vol. 24 Num. 1, Año 1999</i>					
Nombre:					Sexo:
Fecha:			Fecha de Nacimiento:		Edad:
Estudios/Profesión:					
ORIENTACIÓN TEMPORAL (5 Puntos)				ESCALA	PUNTAJE
¿Qué día es hoy?				0 - 1	
¿Qué fecha?				0 - 1	
¿Qué mes?				0 - 1	
¿Qué año?				0 - 1	
¿En qué estación?				0 - 1	
ORIENTACIÓN ESPACIAL (5 Puntos)					
¿En qué Hospital estamos?				0 - 1	
¿En qué piso o servicio?				0 - 1	
¿En qué departamento?				0 - 1	
¿En qué ciudad?				0 - 1	
¿En qué país?				0 - 1	
FIJACIÓN - RECUERDO INMEDIATO (3 Puntos)				PELOTA 0 - 1	
Nombre tres palabras PELOTA BANDERA Y ARBOL a razón de una por segundo. Luego se pide al usuario que las repita. Esta primera repetición otorga la puntuación. Otorgue 1 punto por cada palabra correcta, pero continúe diciéndolas hasta que el sujeto repita las 3, hasta un máximo de 6 veces.				BANDERA 0 - 1	
				ÁRBOL 0 - 1	
ATENCIÓN - CÁLCULO (5 Puntos)				30 (O) 0 - 1	
Si tiene 30 monedas, y me va dando de 3 en 3, ¿cuántas le van quedando? Detenga la prueba tras 5 sustracciones. Si el sujeto no puede realizar esta prueba, pídale que deletree la palabra MUNDO al revés.				27 (D) 0 - 1	
				24 (N) 0 - 1	
				21 (U) 0 - 1	
				18 (M) 0 - 1	
RECUERDO - DIFERIDO (3 Puntos)				PELOTA 0 - 1	
Preguntar por las 3 palabras mencionadas anteriormente.				BANDERA 0 - 1	
				ÁRBOL 0 - 1	
LENGUAJE (9 Puntos)					
DENOMINACIÓN. Mostrarle un lápiz o una lapicera y preguntar "¿Qué es esto?"				LÁPIZ 0 - 1	
Hacer lo mismo con un reloj.				RELOJ 0 - 1	
REPETICIÓN. Pedirle que repita la frase " EL FLAN TIENE FRUTILLAS Y FRAMBUESAS"				0 - 1	
COMPRENSIÓN. Pedirle que siga la orden: "Tome un papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad, y póngalo en el suelo"				Mano derecha 0 - 1	
				Dobla la hoja 0 - 1	
				Pone en suelo 0 - 1	
LECTURA. Escribir legiblemente en un papel "CIERRE LOS OJOS ". Pedirle que lo lea y haga lo que dice la frase.				0 - 1	
ESCRITURA. Pedirle que escriba una frase con sujeto, verbo y predicado.				0 - 1	
COPIA. Dibuje dos pentágonos intersectados y pedirle al sujeto que los copie tal cual. Para otorgar un punto deben estar presentes los 10 ángulos y la intersección.				0 - 1	
Puntuación de referencia: 27 o más: Normal				PUNTAJACIÓN	
24 o menos: Sospecha patología: 9-12: Demencia. 12-24: Deterioro				TOTAL (30 P)	

CUESTIONARIO WHODAS 2.0 – 36 ítems /Español

Sección 1 Hoja frontal

Las preguntas F1-F5 deben ser completadas por el entrevistador, antes de comenzar la entrevista

F1 Número de identificación del entrevistado

F2 Número de identificación del entrevistador

F3 Número de entrevista (1, 2, etc.)

F4 Fecha de la entrevista Día... Mes... Año...

F5 Situación en el momento de la entrevista (seleccione sólo la opción más adecuada)

- | | |
|-------------------------------|---|
| Independiente en la comunidad | 1 |
| Necesita asistencia | 2 |
| Hospitalizado | 3 |

Sección 2 Datos Demográficos y de índole General

Esta entrevista ha sido desarrollada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) con el fin de entender mejor las dificultades que pueden tener las personas debido a sus condiciones de salud. La información que usted proporcione en esta entrevista es confidencial y será utilizada sólo para la investigación. La entrevista tardará en completarse de 15 a 20 minutos.

Aunque usted este sano(a) y no tenga dificultades, me gustaría hacerle todas las preguntas incluidas en esta entrevista, para así obtener una información completa

Comenzaré con algunas preguntas generales.

A1 Anote sexo observado

- Femenino 1
- Masculino 2

A 2 Cuántos años tiene?...Años

A 3 Cuántos años en total estudió en la escuela, colegio, instituto, universidad, etc.?Años

A4 Cuál es su estado civil actual?

Nunca ha estado casado/a	1	Divorciado	4
Actualmente está casado/a	2	Viudo	5
Separado/a	3	Viviendo en pareja	6

A 5 Cuál de las siguientes opciones describe mejor su situación laboral?

Asalariado	1
Trabaja por su propia cuenta	2
Trabajo no remunerado	3
Estudiante	4
Responsable de los quehaceres de la casa	5
Jubilado	6
Desempleado por motivos de salud	7
Desempleado por otros motivos	8
Otras (especifique)	9

Sección 3 Preámbulo

Diga al entrevistado:

La entrevista es acerca de las dificultades que tienen las personas debido a las condiciones de salud.

Entregue la tarjeta #1 al entrevistado

Por “condición de salud” me refiero a una enfermedad u otros problemas de salud de corta o larga duración, lesiones, problemas mentales o emocionales (o de los nervios) y problemas relacionados con el uso de alcohol o drogas.

Le recuerdo que, cuando conteste a las preguntas, piense en todos sus problemas de salud. Cuando le pida que me hable acerca de las dificultades que tiene a la hora de realizar una actividad, por favor, tome en consideración... (la tarjeta azul)

TIPO DE DIFICULTAD

Tarjeta #1

- ⌘ Aumento del esfuerzo
- ⌘ Malestar o dolor
- ⌘ Lentitud
- ⌘ Cambios en el modo en que realiza la actividad

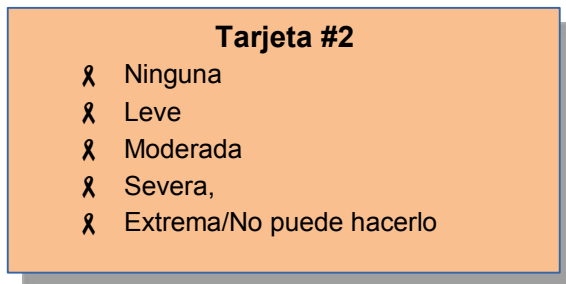
Diga al entrevistado:

A lo largo de toda esta entrevista, cuando esté respondiendo a cada pregunta me gustaría que pensara en los últimos 30 días. Me gustaría que respondiera a estas preguntas pensando en cuanta dificultad tiene usted cuando realiza esta actividad según acostumbra a hacerlo.

Entregue la tarjeta #2 al entrevistado:

Cuando responda a las preguntas, utilice esta escala.

GRADO DE DIFICULTAD



Asegúrese de que el entrevistado pueda ver fácilmente las tarjetas # 1 y # 2 durante toda la entrevista.

Sección 4 Revisión de dominios

DOMINIO 1 - Comprensión y Comunicación

En los últimos 30 días cuanta dificultad ha tenido para...		Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema/ NPH
D1.1	<u>Concentrarse en hacer algo durante diez minutos?</u>	1	2	3	4	5
D1.2	<u>Recordar las cosas importantes que tiene que hacer</u>	1	2	3	4	5
D1.3	<u>Analizar y encontrar soluciones a los problemas de la vida diaria?</u>	1	2	3	4	5
D1.4	<u>Aprender una nueva tarea, como por ejemplo llegar a un lugar nuevo?</u>	1	2	3	4	5
D1.5	<u>Entender en general lo que dice la gente?</u>	1	2	3	4	5
D1.6	<u>Iniciar o mantener una conversación?</u>	1	2	3	4	5

DOMINIO 2 - Capacidad para moverse en su entorno

En los últimos 30 días cuanta dificultad ha tenido para...		Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema/ NPH
D2.1	Estar de pie durante largos periodos de tiempo, como por ejemplo 30 minutos?	1	2	3	4	5
D2.2	<u>Ponerse de pie</u> cuando estaba sentado(a)?	1	2	3	4	5
D2.3	<u>Moverse</u> dentro de su casa?	1	2	3	4	5
D2.4	<u>Salir de</u> su casa?	1	2	3	4	5
D2.5	<u>Andar largas distancias, como un kilómetro</u> [o algo equivalente]?	1	2	3	4	5

DOMINIO 3 - Cuidado Personal

En los últimos 30 días cuanta dificultad ha tenido para...		Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema/ NPH
D3.1	Bañarse	1	2	3	4	5
D3.2	Vestirse	1	2	3	4	5
D3.3	Comer	1	2	3	4	5
D3.4	Estar sólo/a durante unos días	1	2	3	4	5

DOMINIO 4 - Relacionarse con otras personas

En los últimos 30 días cuanta dificultad ha tenido para...		Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema/ NPH
D4.1	Relacionarse con personas que no conoce?	1	2	3	4	5
D4.2	Mantener una amistad?	1	2	3	4	5
D4.3	<u>Llevarse bien con personas cercanas</u> a usted?	1	2	3	4	5
D4.4	Hacer nuevos amigos	1	2	3	4	5
D4.5	Tener relaciones sexuales	1	2	3	4	5

DOMINIO 5 (1) - Actividades de la vida diaria

En los últimos 30 días cuanta dificultad ha tenido para...		Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema/ NPH
D5.1	Cumplir con sus <u>quehaceres</u> de la casa?	1	2	3	4	5
D5.2	Realizar <u>bien</u> sus quehaceres de la casa más importantes?	1	2	3	4	5
D5.3	<u>Acabar</u> todo el trabajo de la casa que tenía que hacer?	1	2	3	4	5
D5.4	Acabar sus quehaceres de la casa <u>tan rápido</u> como era necesario?	1	2	3	4	5

Si alguna de las preguntas comprendidas entre el D5.2 –D5.5 se puntúa por encima de 1 (ninguna), pregunte:

D5.01	En los últimos 30 días, durante cuántos días <u>disminuyó o dejó de hacer sus quehaceres</u> de la casa debido a su "condición de salud"?	Anote el N° de días...				
-------	---	------------------------	--	--	--	--

Si el entrevistado *trabaja* (remunerado, sin paga, autoempleado) o va a la *escuela* complete las preguntas D5.5-D5.10. De lo contrario vaya al dominio 6.1

DOMINIO 5 (2) – Trabajo y Actividades Escolares

En los últimos 30 días cuanta dificultad ha tenido para...		Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema/ NPH
D5.5	Llevar a cabo su trabajo diario o las actividades escolares?	1	2	3	4	5
D5.6	Realizar bien las tareas más importantes de su trabajo o de la escuela?	1	2	3	4	5
D5.7	Acabar todo el trabajo que necesitaba hacer?	1	2	3	4	5
D5.8	Acabar su trabajo tan rápido como era necesario?	1	2	3	4	5
D5.9	Ha tenido que reducir su nivel de trabajo debido a su "condición de salud"?				NO	1
					SI	2
D510	Ha ganado menos dinero por su condición de salud				NO	1
					SI	2

Si alguna de las preguntas comprendidas entre el D5.5 –D5.8 se puntúa por encima de 1(ninguna), pregunte:

D5.02	En los últimos 30 días, durante cuántos días <u>disminuyó o dejó de hacer sus quehaceres</u> de la casa debido a su “condición de salud”?	Anote el N° de días....
-------	---	-------------------------

DOMINIO 6 - Participación en Sociedad

En los últimos 30 días...		Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema/ NPH
D6.1	Cuanta dificultad ha tenido para participar, al mismo nivel que el resto de las personas, en actividades de la comunidad (por ejemplo, fiestas, actividades religiosas u otras actividades)?	1	2	3	4	5
D6.2	Cuanta dificultad ha tenido debido a barreras u obstáculos existentes en su alrededor (entorno)?	1	2	3	4	5
D6.3	Cuanta dificultad ha tenido para vivir con dignidad (o respeto) debido a las actitudes y acciones de otras personas?	1	2	3	4	5
D6.4	Cuánto tiempo ha dedicado a su “condición de salud” o a las consecuencias de la misma?	1	2	3	4	5
D6.5	Cuánto le ha afectado emocionalmente su “condición de salud”?	1	2	3	4	5
D6.7	Qué impacto económico ha tenido para usted o para su familia su “condición de salud”?	1	2	3	4	5
D6.8	Cuánta dificultad ha tenido su familia debido a su condición de salud?	1	2	3	4	5
D6.9	Cuánta dificultad ha tenido para realizar por sí mismo(a) cosas que le ayuden a relajarse o disfrutar?	1	2	3	4	5

H1	En los últimos 30 días, durante cuántos días ha tenido esas dificultades?	Anote el N° de días...
----	---	------------------------