



Colección VINCULAR CyT
Vol. 13 | SALUD

Prácticas colectivas de cuidado en la Tercera Edad en la Sub-Región Sanitaria II de La Matanza

Directora: Marta Susana José

Integrantes del equipo de trabajo:

Andrea Fabiana Ludueña, Bruno Gómez, Cristian Horacio Mendieta Encinas
Fernando Proto Gutierrez, Gisele Rocío Villarreal, Joana Soledad Jimenez
Karina Moreira, Laila Lucero, Lucas Mamani, María Cristina Quiroga
María de las Mercedes Albertolli, Mayra Alejandra Vallejos Zenteno
Miriam Ecalte, Miriam López, Mónica Adriana Herrera
Natalia Elisa Bautista, Nicolas Omar Mayorga



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA MATANZA
Secretaría de Ciencia y Tecnología

PRÁCTICAS COLECTIVAS DE CUIDADO EN LA TERCERA EDAD
EN LA SUB-REGIÓN SANITARIA II DE LA MATANZA

PRÁCTICAS COLECTIVAS DE CUIDADO EN LA TERCERA EDAD EN LA SUB- REGIÓN SANITARIA II DE LA MATANZA

DIRECTORA: MARTA SUSANA JOSÉ

EQUIPO DE TRABAJO: MARÍA DE LAS MERCEDES ALBERTOLLI |
LAILA LUCERO AQUILLOS | NATALIA ELISA BAUTISTA | MIRIAM
ECALLE | BRUNO GÓMEZ | MÓNICA ADRIANA HERRERA | JOANA
SOLEDAD JIMÉNEZ | MIRIAM LÓPEZ | ANDREA FABIANA LUDUEÑA |
LUCAS MAMANI | NICOLÁS OMAR MAYORGA | CRISTIAN HORACIO
MENDIETA ENCINAS | KARINA MOREIRA | FERNANDO PROTO
GUTIÉRREZ | MARÍA CRISTINA QUIROGA | MAYRA ALEJANDRA
VALLEJOS ZENTENO | GISELE ROCÍO VILLARREAL.



Secretaría de Ciencia y Tecnología
Universidad Nacional de La Matanza
Colección VINCULAR CyT | Salud | Vol. 13

© Universidad Nacional de La Matanza, 2020
Florencio Varela 1903 (B1754JEC)
San Justo / Buenos Aires / Argentina
Telefax: (54-11) 4480-8900
editorial@unlam.edu.ar
www.unlam.edu.ar

Diseño: Editorial UNLaM

ISBN: 978-987-XXXXXX

Hecho el depósito que marca la ley 11.723
Prohibida su reproducción total o parcial
Derechos reservados

ÍNDICE

RESUMEN	9
1. INTRODUCCIÓN	11
2. DESARROLLO CONCEPTUAL Y ANTECEDENTES DEL TEMA	13
3. METODOLOGÍA.....	23
4. RESULTADOS	27
5. CONCLUSIONES	49
6. BIBLIOGRAFÍA.....	51
7. TABLAS Y GRÁFICOS.....	55
SOBRE LOS AUTORES.....	65

RESUMEN

El *Programa de Investigación en Ciencias del Cuidado* (ProICC) de la Licenciatura en Enfermería de la Universidad Nacional de La Matanza presenta el estudio realizado a través del *Programa Vincular-UNLaM* y la *Secretaría de Políticas Universitarias* (SPU): «Prácticas Colectivas de Cuidado en la Tercera Edad». La indagación conforma parte de los resultados abreviados de un proyecto de investigación-acción en el campo comunitario que se propuso sistematizar la autorreflexión participativa en torno a riesgos sanitarios y mejorar las prácticas de cuidado social y autocuidado en adultos mayores de la región de La Matanza.

La relevancia del proyecto está dada por la situación de vulnerabilidad sociosanitaria de la unidad de análisis, circunstancia que apela al compromiso ético de la investigación científica universitaria, y así mismo, también, por la articulación tripartita entre investigación y formación profesional de estudiantes-investigadores como consecuencia de la incorporación de actividades de promoción de la salud en Centros Integradores Comunitarios (CIC) y Hogares de Ancianos (HA).

El estudio, con enfoque mixto, aplica técnicas de recolección de datos con cuestionarios y grupos focales a adultos mayores de la subregión Sanitaria II de La Matanza.

Palabras clave: Tercera edad; adulto mayor; cuidado social; autocuidado

1. INTRODUCCIÓN

El estudio «Prácticas Colectivas de Cuidado en la Tercera Edad» apeló a una metodología de abordaje de investigación-acción, desde la perspectiva epistemológica de Lawrence Stenhouse. Comprendió el despliegue de estrategias de autocomprensión de las prácticas de autocuidado en un escenario de acción participativa, en torno a los riesgos sanitarios del adulto mayor y a las redes formales e informales que inciden, como dispositivo de apoyo social, en la mejora del proceso de salud y enfermedad.

La investigación se fundamenta en la situación de vulnerabilidad sociosanitaria del adulto mayor en La Matanza, de acuerdo a la coexistencia del par: vulnerabilidad socio-económica y dependencia (básica/instrumental), como determinantes contextuales que requieren de la investigación-acción como mecanismo que registre el estado socio-demográfico y las redes de apoyo social existentes, a fin de sistematizar estrategias colectivas de intervención aplicadas al cuidado y autocuidado en la Tercera Edad.

Fueron objetivos específicos de la indagación: 1. Promover la capacitación de recursos humanos en salud en temas de envejecimiento, gerontología y geriatría 2. Asesorar a referentes de las áreas de salud para adultos mayores de los CIC. 3. Articular con CIC capacitaciones específicas en temas de salud de adultos mayores y envejecimiento activo 4. Impulsar acciones de información y comunicación con redes informales de cuidadores de adultos mayores que asisten a CIC, con la finalidad de optimizar los cuidados.

2. DESARROLLO CONCEPTUAL Y ANTECEDENTES DEL TEMA

Las estadísticas indican, en general, la presencia de 600 millones de personas mayores de 60 años, en el mundo, y pronostican para el 2025 la duplicación de la cifra y un número cercano a los 2 billones de adultos mayores hacia 2050. El 60% de la población vive en países en vías de desarrollo, y se espera un 85% de esta proporción en el 2025.

El incremento necesario predicho supone relevante pensar en las prácticas colectivas de cuidado y autocuidado del adulto mayor, con especial atención en el apoyo social recibido y percibido en las redes informales y formales de protección de la tercera y cuarta edad.

En este sentido, el estado de arte más relevante de los últimos diez años sobre prácticas colectivas de cuidado o apoyo social fue desarrollada por:

a) Fernández Alba y Manrique-Abril, en *Rol de la enfermería en el apoyo social del adulto mayor*, donde se esclarecen las formas de interacción entre las redes formales e informales de protección sociosanitaria del adulto mayor. Por su parte, respecto de la categorización del adulto mayor por medio de una dimensión funcional, es posible citar los estudios de:

b) Sanhueza Parra y Castro Salas, en *Adultos mayores funcionales: Un nuevo concepto en salud*. Y Segovia Díaz de León y Torres Hernández en *Funcionalidad del adulto mayor y el cuidado enfermero*.

De acuerdo con las formas transaccionales de relación interpersonal vale citar el estudio de:

c) Megret Caballero y Naranjo Arroyo, *Educación a familiares sobre el manejo del adulto mayor dependiente*, de relevancia para

el estudio de la intervención en enfermería con actividades de promoción de la salud en familiares del adulto mayor sobre prácticas de cuidado y autocuidado (red informal)

En articulación con la noción de “prácticas de cuidado” a poblaciones en situación de vulnerabilidad, se referencia a:

d) Vega Angarita y González Escobar, en *Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica*. Y Tisnés y Salazar-Acosta, en *Envejecimiento poblacional en Argentina: ¿qué es ser un adulto mayor en Argentina? Una aproximación desde el enfoque de la vulnerabilidad social*.

f) Leite Goncalvez, en *Apoyo a los familiares de los adultos mayores en un centro de día*, una investigación realizada en el Centro-día Angels4U de São Paulo (Brasil), establecimiento con una modalidad de servicio de protección social que ofrece asistencia multidisciplinar a los adultos mayores que presentan dependencia parcial en actividades de la vida diaria (dependencia básica).

En términos teóricos, el envejecimiento constituye una de las etapas del proceso del ciclo vital en el ser vivo. Existe un número considerable de definiciones respecto a dicha etapa, las cuales dependen del significado que tiene o le otorgan las diferentes culturas.

Según la Organización Mundial de la Salud, OMS. (2009) el envejecimiento es el proceso fisiológico que comienza en la concepción y ocasiona cambios en las características de las especies durante todo el ciclo de la vida; esos cambios producen una limitación de la adaptabilidad del organismo en relación con el medio. Los ritmos a que estos cambios se producen en los diversos órganos de un mismo individuo o en distintos individuos no son iguales. Asimismo, sostiene que el envejecimiento es un proceso biológico normal con cambios que se producen en el organismo con la edad y que no deben ser afectados por factores del entorno y por lo tanto no debería sufrir consecuencias clínicas desfavorables. Es a raíz de esto que dicho organismo ha introducido un nuevo concepto, a saber, el “envejecimiento

activo” definido como un proceso por el cual una persona se hace mayor sin envejecer, y esto es debido al desarrollo continuado de actividades físicas, sociales y espirituales a lo largo de toda su vida.

Según un informe realizado por el Consejo Superior de Investigaciones Científicas (2003), la definición de envejecimiento está relacionada con el deterioro fisiológico del organismo, el cual aumenta de esta manera la vulnerabilidad a distintas enfermedades y a la muerte. En este informe se cita una de las definiciones propuestas por la OMS la cual define envejecimiento como el deterioro progresivo y generalizado de las funciones que produce una pérdida de respuesta adaptativa al estrés y un mayor riesgo de sufrir enfermedades relacionadas con la edad.

Se pueden diferenciar dos tipos de envejecimiento: el envejecimiento fisiológico y el patológico, de los cuales el primero hace referencia a un proceso relacionado con el paso del tiempo, el cual manifiesta cambios en los órganos y sistemas del organismo y el segundo, a un envejecimiento precipitado por la aparición de alteraciones patológicas o factores externos que provocaron un cambio en el funcionamiento normal del organismo.

Algunos autores como Lehr (1980), Laforest (1991), Gómez y Curcio (2003), coinciden en que el envejecimiento es un proceso dinámico, multifactorial e inherente a todos los seres humanos. En este aspecto, no sólo se tienen en cuenta a los cambios físicos y fisiológicos sino también a una serie de factores sociales, ambientales, psicológicos, los cuales son considerados modificables.

Otros autores como Hernández Martínez Esparza E, Barquín Arribas MJ, Mundet Riera I, Royano Reigadas L, García Calderón MI. (2006) coinciden en que el envejecimiento es el conjunto de transformaciones y/o cambios que aparecen en el individuo a lo largo de la vida; es la consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos. Los cambios son en este caso bioquímicos, fisiológicos, morfológicos, sociales, psicológicos y funcionales.

Finalmente, los autores, Lazarus R.S. y Lazarus B.N. (2006), sostienen que el envejecimiento es un proceso continuo, hete-

rogéneo, universal e irreversible que determina una pérdida de la capacidad de adaptación de forma progresiva.

Citando lo expuesto anteriormente por Lehr, Laforest, Gómez y Curcio, quienes consideran el envejecimiento como un fenómeno extremadamente variable, influido por múltiples factores arraigados en el contexto genético, social e histórico del desarrollo humano, cargado de afectos y sentimientos que se construyen durante el proceso vital y atravesados por la cultura y las relaciones sociales, queda evidenciado que no es preciso el momento del ciclo de la vida en el cual se llega a la vejez, así como también se muestra una brecha cada vez mayor entre el concepto de vejez y de edad cronológica. Asociado a estas definiciones, Cobo, S. (2009) establece que el envejecimiento es una *construcción social*.

Por otro lado, esta construcción supone una división social de las edades de la vida. Según LeMone y Burk (2009), el período que corresponde al “adulto mayor” comienza a los 65 años, pero puede dividirse en tres períodos: el mayor joven (65 a 74), el mayor mediano (75 a 84) y el muy mayor (más de 85). Espinosa Almendro, Muñoz Cobos y Portillo Stempel (2005), por su parte, clasifican a los adultos mayores según varias características entre ellas: sociológicas, demográficas y de orden sanitaria. También hacen referencia a una clasificación gerontológica y una clasificación según su independencia, con el fin de crear un adecuado plan de cuidados en el adulto mayor.

Las clasificaciones sociológicas o demográficas consideran anciana a la persona mayor de 65 años (edad general de jubilación en el mundo occidental), lo que puede definirse entre ellos el grupo de “ancianos jóvenes” (hasta los 75 años) y los “muy ancianos”, esto es, los mayores de 80 u 85 años. Otras clasificaciones son de orden sanitario como: incapacitados y enfermos crónicos. La gerontología aporta la clasificación de los ancianos que nuestras sociedades científicas han adoptado hasta el momento actual: persona mayor sana (sin enfermedad ni problemática funcional o social), persona mayor enferma

(con patología aguda o crónica, no incapacitante), anciano frágil (con alto grado de vulnerabilidad biopsicosocial, en base a la presencia de algún factor de riesgo) y paciente geriátrico (paciente mayor de 75 años con varias enfermedades que tienden a la cronicidad e incapacidad y con deterioro mental y/o problemática social añadida) .

La clasificación de los ancianos según la dependencia es entendida como una variable en la cual es posible el cambio tanto en el sentido de la pérdida (vulnerabilidad, fragilidad), como en el de la mejora (intervenciones orientadas al mantenimiento de la funcionalidad y autonomía). En este continuo de dependencia quedan definidas tres situaciones relevantes: la persona mayor autónoma, la persona mayor con alto riesgo de dependencia y la persona mayor dependiente.

La persona mayor autónoma incluye a los mayores de 65 años, sanos y afectados de enfermedades agudas o crónicas no potencialmente incapacitantes, la intervención fundamental en este grupo deberá ser la preventiva. Por su parte, la persona mayor frágil o de alto riesgo de dependencia, se caracteriza por una situación de riesgo de dependencia, pero sin padecerla aún, lo cual resulta potencialmente reversible o puede llegar a mantener la autonomía mediante una intervención específica. Esta situación vendrá determinada por la presencia de al menos uno de los siguientes criterios: demográficos, clínicos, sociales, y sanitarios.

Los criterios demográficos para determinar la vejez implican tener más de 80 años, para los criterios clínicos se deben presentar situaciones con alta probabilidad de producir pérdida funcional (enfermedad poliarticular artrosis, artritis, secuelas de fracturas, enfermedad neurológica degenerativa, demencia, enfermedad de Parkinson, cáncer, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, insuficiencia cardiaca, insuficiencia circulatoria de miembros inferiores avanzada, ictus, déficit sensorial, visión y/o audición, depresión). Los criterios sociales implican vivir sólo, viudez reciente, bajo nivel socioeconómico, cambios fre-

cuentas de domicilio (anciano itinerante), institucionalización, aislamiento social, falta de apoyo social o problemas en la vivienda. Los criterios sanitarios implican ingreso hospitalario reciente (últimos 12 meses) y polimedicación (4 o más fármacos), lo que constituye un grupo a quien dirigir la herramienta fundamental de la valoración integral, plasmada en un plan de cuidados individualizado orientado a la funcionalidad, reevaluable, y en el que cualquier ganancia en autonomía deberá considerarse una gran ganancia en salud individual, familiar y social.

Por último, la persona mayor dependiente se refiere a la situación de dependencia (pacientes con pérdida funcional importante en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, incapacitados en sus domicilios, situaciones terminales, ingresos hospitalarios y descompensaciones clínicas frecuentes), en los que hay escasa posibilidad de revertir su estado funcional, en situaciones en que las intervenciones están orientadas a la rehabilitación y la prevención de complicaciones, así como a la atención familiar y la continuidad asistencial hasta el fallecimiento del paciente.

De acuerdo con Cabañero-Martínez, Cabrero-García, Richart-Martínez, Muñoz-Mendoza (2008), la valoración en el anciano se refiere especialmente a la funcionalidad, lo cual permite establecer tratamientos de manera integral y elaborar los planes de cuidado que se adapten a las condiciones particulares de cada paciente. Al hablar de funcionalidad, los autores mencionan las capacidades que tienen las personas de realizar las actividades diarias de manera autónoma.

Se han diseñado escalas de valoración, cuyo objetivo es evaluar la capacidad funcional del individuo, aludiendo esto a las facultades que la persona posea para realizar las actividades de la vida diaria (AVD) de forma independiente.

Las AVD se pueden dividir en: básicas, instrumentales y avanzadas.

Las AVD Básicas determinan un nivel funcional elemental tal como comer, ir al baño si ayuda, control de esfínteres, así

como también vestirse, asearse, y andar, las cuales constituyen las actividades básicas para el autocuidado. Las escalas más utilizadas para medirlas mediante una observación directa son: el Índice de Katz (IK), el Índice de Barthel (IB), y en Argentina la Escala Funcional de la Cruz Roja (EFCR).

Las AVD Instrumentales miden las funciones que permiten a una persona ser independiente dentro de la comunidad, por ejemplo, limpieza del hogar, realizar compras, preparar la comida, llevar el control de los gastos. Para medir estas actividades no se usa la observación sino el juicio, y son las más útiles para detectar los primeros deterioros. Se utilizan para evaluar estas actividades las escalas de Lawton y Brody.

Las AVD Avanzadas evalúan funciones más complejas como son las actividades de ocio, religión, deportes, están incluidas dentro de las actividades instrumentales.

Si bien el Índice de Katz fue diseñado por S. Katz en 1958, como un índice de rehabilitación, también se lo ha usado para hacer la evaluación de enfermedades crónicas. Esta escala es la que más se utiliza en pacientes adultos mayores y es muy útil en el seguimiento y valoración de la respuesta al tratamiento, comparar resultados, etc. Evalúa el grado de dependencia e independencia, y existen 8 niveles de dependencia. Con este índice también se puede medir la necesidad de institucionalización, se puede predecir mortalidad, el tiempo de estancia en el hospital, y la eficacia de los tratamientos. Es un índice que resulta más eficaz en pacientes con altos grados de dependencia y menos eficaz en pacientes menos dependientes.

El Índice de Barthel fue creado por Mahoney y Barthel en 1955 para medir la evolución de los pacientes con patologías neuromusculares. Esta escala fue implementada diez años después, ha sufrido varias modificaciones en los parámetros, pero actualmente se utiliza para valorar a pacientes con enfermedad cerebrovascular aguda. Es la escala más utilizada en España dentro de los servicios de rehabilitación y geriatría, es empleada también para evaluar la necesidad de cuidados personales, y la

eficacia en los tratamientos. Valora la capacidad de una persona para realizar 10 actividades básicas de la vida diaria. Tiene una puntuación entre 0 y 100. Con este índice se puede predecir mortalidad, mejoría en la funcionalidad y los riesgos de caída.

La Escala de la Cruz Roja (EFCR) Física y Mental fue publicada por primera vez en 1972 y se utiliza para la evaluación y clasificación de los ancianos en sus propias viviendas, así como también a aquellos hospitalizados, luego se ha ido implementando en hogares de ancianos, servicios de geriatría, etc. El profesional evalúa al paciente y clasifica el grado funcional más cercano a su situación actual. Se valora, mediante preguntas directas al paciente o su cuidador, la incapacidad física con un puntaje de 0: correspondiente a independencia, hasta a 5: incapacidad funcional total. Es una escala muy eficaz en la detección de la necesidad de recursos sociosanitarios y de institucionalización.

Por último, la escala de Lawton y Brody fue publicada en 1969 y desarrollada para la evaluación de la autonomía física y Actividades Instrumentales de la Vida Diaria en ancianos institucionalizados o no. Es muy utilizada internacionalmente. Permite la realización de un plan terapéutico y resulta muy sensible en la detección precoz de deterioro en el anciano. Valora la capacidad funcional a través de 8 ítems a los cuales se les asigna un valor numérico. 1: independiente o 0: dependiente. La puntuación final oscila entre 0: dependencia total y 8: independencia total.

La valoración integral de las funciones autónomas del adulto mayor se vincula, según LeMone y Burk (2009), con el riesgo de sufrir alteraciones de la salud por diversas causas. La mayoría de los adultos mayores tiene un problema de salud crónico, mientras que muchos tienen múltiples enfermedades. Los trastornos más frecuentes del adulto mayor son la hipertensión, la artritis, las cardiopatías, el cáncer, la sinusitis y la diabetes. Las principales causas de muerte son cardiopatías, cáncer y ACV. Como el adulto de mediana edad, el adulto mayor tiene riesgo de sufrir alteraciones en la salud debida a la obesidad y el estilo de vida sedentario. Otros factores de riesgo específicos de este

grupo de edad son las lesiones accidentales, los efectos farmacológicos y el estrés físico y psicosocial.

Los adultos mayores están propensos a padecer lesiones que son producidos por diversos problemas: enfermedad, cargas económicas, hospitalización, deficiencias en el cuidado de uno mismo, pérdida de la independencia e incluso la muerte. El riesgo de lesión aumenta por los cambios fisiológicos normales que acompañan el envejecimiento, las alteraciones fisiopatológicas en la salud, los riesgos ambientales y la falta de sistemas de apoyo. Las tres principales causas de lesión en el adulto mayor son las caídas, los incendios y los accidentes de vehículos a motor. Entre ellas, las caídas con las fracturas resultantes de la cadera son las más relevantes en lo que concierne a la incapacidad prolongada y la muerte.

Existen varios factores de riesgo que predisponen al adulto mayor a experimentar los efectos tóxicos de los fármacos como la confusión, el olvido, la lectura equivocada de las instrucciones, las interacciones medicamentosas y las condiciones económicas, da lugar a tratamientos insuficientes de una enfermedad debido a que optan a comprar alimentos antes que el medicamento.

El adulto mayor está expuesto a los mismos riesgos ambientales que el adulto joven y el de mediana edad, pero la acumulación de años de exposición puede aparecer ahora, por ejemplo, alteraciones en audición por ruidos ambientales. Las condiciones de vida y los límites económicos pueden impedir que el adulto mayor tenga el calor y la refrigeración necesarios, lo que contribuye a las enfermedades relacionadas con la temperatura e incluso a la muerte. Los malos tratos en ancianos y el abandono pueden aumentar aún más el riesgo de lesión o enfermedad.

Los factores psicosociales estresantes para el adulto mayor son la enfermedad o muerte de la pareja, la reducción o limitación de los ingresos económicos, el retiro de las actividades laborales, el aislamiento de amigos y familia por la falta de transporte o la distancia y la reubicación prolongada en una

institución sanitaria. Un factor estresante adicional puede ser la pérdida del rol o su inversión, por ejemplo, cuando la esposa se convierte en la cuidadora de su marido que tiene una enfermedad crónica.

3. METODOLOGÍA

El estudio que se presenta, en la primera fase de investigación, es bivariado, en tanto se instituye el par: 1. Situación sociodemográfica y 2. Cuidados colectivos: 2.1.: Aplicados y 2.2.: Percibidos, de acuerdo con 2.3. Dependencia básica o 2.4. Dependencia instrumental, como determinantes contextuales que permiten mapear el estado sociodemográfico y las redes de apoyo social existentes, a fin de sistematizar estrategias colectivas de intervención aplicada al cuidado y autocuidado del adulto mayor en los Centros Integradores Comunitarios (CIC) de La Matanza.

Así, se comprende una metodología de investigación-acción, desde la perspectiva de Lomax (1990) quien la define como “una intervención en la práctica profesional con la intención de ocasionar una mejora” y de Bartolomé (1986), quien la comprende como “un proceso reflexivo que vincula dinámicamente la investigación, la acción y la formación, realizada por profesionales de las ciencias sociales, acerca de su propia práctica”. Asimismo, Lewin (1946) considera la necesidad de la investigación, de la acción y de la formación como tres componentes esenciales para el desarrollo profesional.

Por este motivo, el estudio se subsumió en un modelo cuantitativo de interpretación hermenéutica/heurística que aplicó técnicas de recolección de datos con cuestionarios y grupos focales a adultos mayores de la Sub-Región Sanitaria II de La Matanza referidos a riesgos sanitarios, cuidados colectivos y autocuidados.

Si bien este informe se centra en la descripción sociodemográfica, la autonomía de los adultos mayores y las patologías que los afectan, el estudio etnográfico -que fue muy extenso- reveló

otros rasgos de la población investigada que fueron incluidos para su consideración.

Los resultados obtenidos suponen, entonces, la optimización de las prácticas colectivas de cuidado, esto es, de las redes formales e informales de protección del adulto mayor, a través de la intervención dada mediante programas de formación en CIC y HA, conforme se apela a la profesionalización de estudiantes en actividades de investigación científica éticamente comprometidas con la intervención en comunidades en situación de vulnerabilidad sociosanitaria.

3.1. Fuentes de datos

El estudio que se presenta se articula con el *Programa de Investigación en Ciencias del Cuidado* (ProICC), aprobado por Disposición 01/18 del *Consejo del Departamento de Ciencias de la Salud* de la Universidad Nacional de La Matanza. En este sentido, la primera fase de recolección de datos fue llevada a cabo por docentes y estudiantes del Taller de Elaboración de Trabajo Final I y II de la Licenciatura en Enfermería, a través de grupos colaborativos de trabajo que abarcaron cada una de las localidades de la Sub-Región Sanitaria II detalladas a continuación: Aldo Bonzi, Ciudad Evita, Gregorio de Laferrere, Isidro Casanova y Rafael Castillo.

Estimando la población de adultos mayores de La Matanza en un aproximado de 150 mil total, con 80 mil unidades de análisis situadas en la Sub-Región Sanitaria II, la investigación se propuso estudiar al 0,5% del total y a 1,25% de la Sub-Región II en un período de tres meses, a fin de obtener un procesamiento total de los datos en el mes de septiembre e interpretación de los mismos en los meses de octubre y noviembre; no obstante, los trabajos de recolección abarcaron el período junio-diciembre, realizándose el procesamiento y la interpretación de manera sincrónica.

La realización de un informe preliminar en el mes de septiembre favoreció la realización de prácticas intervenidas en CIC y Hogares de Ancianos conveniados con la carrera.

Los Centros Integradores Comunitarios (CIC) son espacios reales de integración comunitaria e inclusión social enfocados en las particularidades de la realidad de los barrios. Su principal objetivo es el “reencuentro y reorganización” desde la conformación de un interés común que surja de las necesidades de la comunidad. Estos son espacios públicos de integración comunitaria donde se promueve la participación de los vecinos, la creación de nuevos espacios sociocomunitarios para el desarrollo de actividades recreativas, culturales, deportiva y educativa.

A continuación, mencionamos los cuatro CIC presentes en La Matanza y su ubicación:

1. ALMAFUERTE, Peribebuy esq. Figueroa Alcorta, San Justo. 4691-3053.
2. 2 DE ABRIL, Thompson esq. colectora Ricchieri, Madero. 4442-5109.
3. LAS ANTENAS, San Martín esq. Salcedo, Lomas del Mirador. 4652-4225.
4. CENTRO CÍVICO ALBERTO BALESTRINI, Escribano 6400 y Cullen, Virrey del Pino. 02202-482000.

3.2 Población diana y población acceso

La población diana seleccionada fue la de todos los adultos mayores comprendidos en tres franjas etarias: de 60 a 74 años, de 75 a 84 años y mayores de 85. En tanto la población acceso estuvo constituida por aquellos adultos mayores de la Sub-Región II del partido de La Matanza, en el año 2019.

3.3. Muestra

Los cuestionarios y grupos focales se aplicaron al 0,5% del total de la población de adultos mayores de La Matanza y al 1,25% de la Sub-Región II en el **período junio-diciembre de 2019**. En este sentido, 6 grupos constituidos por 2 estudiantes cada uno, recolectó 162 casos respectivamente -en promedio-, alcanzando un total de 918 como base muestral representativa -levemente menor a la estipulada en 978 casos-, y distribuida según la categoría de edades descrita anteriormente.

3.4. Criterios de inclusión y de exclusión

Participaron todos los adultos mayores con autonomía racional para dar respuesta a los cuestionarios formulados. Se excluyeron a aquellos a quienes la realización del estudio pudiera vulnerar su dignidad o generar un mayor daño en su estado de salud, de acuerdo con el principio de no-maleficencia. Los adultos mayores que no pudieron presentar consentimiento para participar del estudio fueron excluidos y se requirió de la participación de los cuidadores especializados y no especializados como agentes racionales que colaboraran eventualmente en la realización del cuestionario, cuando la dependencia o deficiencia de salud del adulto mayor no le permitió completar el mismo.

4. RESULTADOS

4.1. Adultos mayores de Ciudad Evita

4.1.1. Caracterización sociodemográfica

En Ciudad Evita el 35,90% de los adultos mayores tiene entre 75 a 84 años, el 34,62% 85 años o más y el 29,49% tiene 65 a 74 años. A su vez, se pudo confirmar la feminización de la vejez debido a que entre los encuestados de 85 o más años, el 57,41% son mujeres y el 42,49% son varones; entre los que poseen de 75 a 84 años, el 55,36% son mujeres y el 44,83% son varones; y entre los que poseen de 65 a 74 años, el 52,17% son mujeres mientras que el 47,83% son varones.

La *Guía de vigilancia epidemiológica y recomendaciones para la prevención y diagnóstico de las infecciones respiratorias agudas en argentina* (2018), afirma que las enfermedades del sistema respiratorio representan una de las primeras causas de atención médica en todo el mundo. En el ámbito comunitario, el agente causal de neumonía entre los adultos mayores es el *S. pneumoniae* o neumococo. Esta enfermedad ocupa el cuarto lugar como causa de hospitalización en mayores de 65 años y es la principal causa de muerte por etiología infecciosa en este grupo poblacional. De acuerdo con los datos obtenidos en Ciudad Evita, se observa una mayor incidencia de neumonía en los adultos de 85 o más años.

Caballero (2010) afirma que una buena autopercepción del estado general de salud y el recibir información correcta, constituyen acciones favorecedoras de la confianza, los conocimientos y las creencias sobre vacunas, así como de una mejor

cobertura vacunal. La gripe y la neumonía son las enfermedades vacunables más conocidas y las que mayor cobertura vacunal tienen. En este sentido, más de la mitad de los encuestados ha recibido alguna vez la vacuna antineumocócica, mientras que el 18,59% que tiene conocimientos sobre la vacuna, tuvo alguna vez neumonía.

Durante la recolección de datos realizada a adultos mayores en Ciudad Evita, se obtuvo que el 26,28% percibe estar expuesto a algún problema ambiental y posee, por su parte, alguna enfermedad; el 5,13% que percibe estar expuesto no posee enfermedades; el 46,79% que percibe no estar está expuesto, posee alguna enfermedad; el 21,79% que percibe no estar expuesto, no posee enfermedad alguna.

4.1.2. Autonomía de los adultos mayores

Los datos recolectados en ciudad Evita muestran que el 49% de los adultos mayores convive con el cónyuge; el 33% con el hijo/a; el 22% no convive con nadie; el 17% con el nieto y el 6% con el yerno/nuera. Dichos resultados concuerdan con lo que afirman Kühlmann y Soto (1994), para quienes la convivencia en pareja abarca a poco más de la mitad de los ancianos, resultando evidente la disminución de la convivencia en forma dependiente. La casi duplicación de la convivencia de parejas a mayor edad aparece como indicativo de un cambio lento en la forma de convivencia de los ancianos y ancianas, provocado por el incremento en la esperanza de vida, por el cambio en el rol de las nuevas familias formadas por sus descendientes (mayor incorporación de la mujer en la actividad económica, y por consiguiente, menor disponibilidad para dedicarse a su cuidado -en el marco de un modelo patriarcal-) y por las mayores posibilidades que ofrecen las de redes de comunicación a fin de minimizar el estado de soledad de los adultos mayores.

Por último, los datos recolectados en Ciudad Evita evidencia que de los encuestados que poseen de 65 a 74 años, el 12,18%

realiza actividades y el 17,31% no las realiza; de 75 a 84 años, el 15,38% realiza actividades y el 20,51% no las realiza; y de los adultos mayores de más de 85 años, el 8,97% no las realiza y el 25,64% no realiza.

4.1.3. Patologías

En Ciudad Evita, de los encuestados de más de 85 años, el 28,85% posee alguna enfermedad y el 5,77 no posee ninguna enfermedad; de los que tienen de 75 a 84 años el 25,64% posee alguna enfermedad, el 10,26% no posee; y de los que poseen de 65 a 74 años, el 18,59% posee alguna enfermedad y el 10,90% no posee.

A su vez, en Ciudad Evita el 17,95% de los adultos mayores padeció de neumonía y de otra enfermedad; el 1,92% tuvo neumonía y no padeció otra enfermedad; el 55,13% no tuvo neumonía y padeció otra enfermedad; el 25% no tuvo neumonía y no padeció otra enfermedad. Estas cifras concuerdan con respecto a las tesis según las cuales existen ciertos factores que pueden llegar a predisponer a la NAH por daño a las defensas del paciente como lo son las enfermedades agudas o crónicas, presentes en personas que posean algún trastorno como una insuficiencia cardíaca, diabetes, alcoholismo, EPOC, y SIDA; además se ha comprobado que algunas enfermedades se relacionan con agentes patógenos específicos, como la neumonía estafilocócica, la cual es detectada después de una epidemia de influenza, mientras que los pacientes que padecen de EPOC son más propensos a desarrollar una neumonía por neumococos o *H. influenzae*; también la fibrosis quística se asocia con una infección respiratoria por pseudomonas y estafilococos.

Según Caballero (2010), hay vacunas que pueden contribuir a prevenir las infecciones causadas por algunas de las bacterias y los virus que producen la neumonía: la vacuna contra la *Haemophilus influenzae tipo b (Hib)*, contra la influenza (gripe), contra el sarampión y la vacuna antineumocócica. En la localidad de

Ciudad Evita, el 50,64% no tuvo neumonía y posee alguna de las vacunas mencionadas anteriormente; el 29,49% no tuvo neumonía y no posee la vacuna y el 14,74% que tuvo neumonía, posee la vacuna; por su parte, el 5,13% que tuvo neumonía, no posee la vacuna.

Asimismo, el 4,49% de los encuestados que fuma, tuvo neumonía; el 21,79% que fuma no tuvo neumonía; el 15,38% que no fuma, tuvo neumonía y el 58,33% que no fuma, no tuvo neumonía. Estas cifras concuerdan con que el hábito tabáquico constituye un factor de riesgo independiente de NAC (Neumonía Adquirida en la Comunidad) y se cree que su alta prevalencia en países como el nuestro explica en parte la situación de la mortalidad por NAC. Examinando el riesgo individual, se ha comunicado hasta 1,8 veces más riesgo de neumonía en fumadores habituales comparados con la población no fumadora, observándose además una tendencia positiva en relación con la duración del hábito.

4.2. Adultos mayores de Aldo Bonzi

4.2.1. Caracterización sociodemográfica

En Aldo Bonzi, la población presenta la siguiente distribución por edad: el 58.46% está representado por mayores jóvenes (entre 65 a 74 años); el 28.46%, son mayores medianos (75 a 84 años) y el restante 13.08%, son muy mayores (más de 85 años). La distribución por sexo para el conjunto de la población estudiada es de 54.62% mujeres y 45.38% varones.

Los datos obtenidos sobre grupos de edad y sexo durante el periodo del estudio exhiben que predomina en la primera clasificación de mayores jóvenes por menor cantidad de muestra el género masculino. No obstante, estos resultados cambian a medida que avanza la edad, de acuerdo con el hecho por el que los varones tienen una menor esperanza de vida (4,4 años me-

nos en 2016) y una mayor carga de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) que las mujeres (OMS 2019).

Acercas de la distribución por prestación para el conjunto de la población elegida: 66,92% es jubilado; el 20,77%, pensionado y un 12,31% no ha contestado. Por otra parte, los resultados acerca de la situación laboral indican que el 62,31% no trabaja ni estudia; el 25,38% se encuentra ocupado; el 7,69% trabaja menos de 35hs., y el 3,08% decidió no contestar; y con igual porcentaje de 0,77%, hay adultos mayores que se encuentran en busca de otro empleo y quienes trabajan más de 45 hs.

Según la OMS, la vivienda está íntimamente relacionada con la salud. Su estructura y ubicación, sus servicios, entorno y usos tienen repercusiones sobre el bienestar físico, mental y social de la población. Las viviendas deficientes y mal utilizadas no brindan defensa adecuada contra la muerte, las enfermedades y los accidentes, e incluso aumentan la vulnerabilidad ante ellos. En cambio, las buenas condiciones de alojamiento no solo protegen contra los riesgos sanitarios, sino que promueven la salud física, la productividad económica, el bienestar psíquico y la energía social.

En lo que atañe a la distribución de tipo de vivienda para la muestra estudiada obtuvimos los siguientes datos: el 67,69% vive en casas; el 23,85%, en departamento; el 3,08%, en casilla y con igual porcentaje, en rancho; mientras que el 1,54% vive en conventillo y el 0,77% restante contestó: “en otro tipo de vivienda”. En relación con el material del piso de la vivienda: el 59,23% posee piso de mosaico; el 33,08%, de cemento; con el 3,08%, de ladrillo y de madera; y, por último, el 0,77% contestó: “piso de tierra y de otro material (plástico)”.

En relación con la distribución por grupos de tipo de vivienda y material de piso se enumera de la siguiente manera: en primer lugar, es relevante la existencia de casas con piso de mosaico, luego el de casas con piso de cemento; y con un menor porcentaje se encuentran los grupos de departamento con piso de mosaico y casas con piso de cemento; por otro lado, hay casas con piso de

cemento, ranchos con piso de mosaico o también de cemento, casas con de piso de ladrillo, departamentos con igual material de piso y conventillos con piso de madera. Y para finalizar, hay casas con piso de madera, casillas con piso de tierra o madera, departamentos con otro tipo de piso, y otro tipo de vivienda con material de piso de cemento.

La vivienda adecuada protege contra la exposición a agentes y factores de enfermedades transmisibles, gracias al abastecimiento de agua salubre (OMS 1990). En cuanto a la forma de obtención de agua para su consumo el 92.31% la obtiene de servicios de agua corriente; el 5.38% utiliza agua embotellada y el 2.31%, agua de pozo. Con respecto a su potabilización, el 58.46% potabiliza; el 39.23% no lo hace y un pequeño porcentaje de 2.31% no contestó. En relación con la distribución por grupo de obtención y potabilización de agua los resultados son: 70 encuestados potabilizan el agua corriente y 50 no lo hacen, 3 obtienen agua de pozo y la potabilizan, y otros 3 adultos mayores que adquieren agua embotellada, la potabilizan.

4.2.2. Autonomía de los adultos mayores

En cuanto a la cantidad de personas que conviven con el adulto mayor en sus hogares, se puede valorar: que el 30.77% de los encuestados vive con un familiar; el 23.08%, con 2 familiares; el 14.62%, con 3 familiares; el 10.77% vive solo; con igual porcentaje de 3.08% se encuentran los adultos mayores que viven con 6 y 7 habitantes; el 1.54% vive con 8 y 10 habitantes; y para finalizar, el 0.77% vive con más de diez habitantes.

En el caso a la clasificación de persona mayor dependiente se consideró como criterio de inclusión la variable referida a la necesidad de poseer ayuda para realizar tareas (debido a que se trata de personas con pérdida funcional importante en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria). En conclusión, la muestra obtenida para esta clasificación incluye a solo 2 adultos mayores.

Para finalizar con la clasificación referida al grado de autonomía, los 54 adultos mayores pertenecen al grupo de “persona mayor frágil o de alto riesgo de dependencia” ya que están determinadas por los criterios demográficos, clínicos, sociales y sanitarios.

4.2.3. Patologías

La población presenta la siguiente distribución por edad: el 58.46% está representado por mayores jóvenes (entre 65 a 74 años); el 28.46%, mayores medianos (75 a 84 años) y el restante 13.08% son muy mayores (más de 85 años). La distribución en el análisis de la variable referida al sufrimiento de neumonía indica que un 58.46% no sufrió neumonía; 40.77%, la padeció y un 0.77%, no contestó.

Se puede afirmar además que el riesgo de lesión aumenta por los cambios fisiológicos normales que acompañan el envejecimiento (LeMone y Burk 2009), y que a mayor envejecimiento mayor es la predisposición para padecer neumonía. Como puede apreciarse en una primera etapa, 22 de 75 mayores jóvenes padecieron neumonía; luego 17 de 37 mayores medianos la padecieron y para finalizar 14 de 17 muy mayores han sufrido neumonía.

Con respecto a los factores que ocasionan problemas de salud, de los 69.23% encuestados que afirmaron percibir algún tipo, un 42.31% refirió está vinculado a las fábricas; 20.77%, a basurales y un 6.15% a quemadas.

Se afirma también que el adulto mayor está expuesto a los mismos riesgos ambientales que el adulto joven y el de mediana edad, pero la acumulación de años de exposición puede aparecer ahora como problemática.

Con respecto al 40% que confirmó poseer alguna enfermedad, predomina con el 16.15%, la hipertensión; con el 6.15%, la diabetes; con igual porcentaje de 5.38%, los problemas cardíacos y respiratorios; con el mismo porcentaje de 1.54% también se

encuentran el cáncer, la artrosis, la artritis, los problemas auditivos; y para finalizar, con un 0.77%, la insuficiencia renal.

Sobre los distintos grupos de enfermedad que padece la población estudiada y si sufrieron neumonía, se puede aseverar según Jo An Brooks (2015) que las enfermedades crónicas, cáncer, infecciones respiratorias y antecedentes de otitis media aguda son indicios de sufrir neumonía. Así, se observa que 32 de 49 adultos mayores que presentan alguna enfermedad crónica han sufrido neumonía, y 2 adultos mayores que padecieron problemas auditivos también han padecido neumonía.

Acerca del conocimiento sobre vacunación se observa que un 70% conocen su relevancia; 26.92%, no conoce; y un 3.08% no contestó. Se contrasta a su vez la postura de Charles Duhigg (2012) que considera el hábito de estar informado como buen hábito que encamina a la existencia personal para la obtención de mejorar la calidad de vida. En este caso, 49 de las 91 unidades de análisis que poseen conocimiento sobre la importancia de la vacuna, sufrieron neumonía.

Con respecto al acceso a vacunas durante 2019, el 56.15% de los adultos mayores accedió; un 43.08%, no se vacunó; y un 0.77%, no contestó.

Considerando que a los encuestados se les consultó si en los últimos 10 años habían tenido neumonía: 43 adultos mayores se vacunaron para prevenir la neumonía y por haber tenido antecedentes de la misma. Para líneas de investigación futuras se recomienda especificar si los adultos mayores han padecido neumonía en el último año, ya que esto dará datos más específicos en cuanto a la efectividad de la vacuna como dispositivo de prevención.

En lo que atañe a dietas, el 35.38% las realiza por cuestiones económicas, esto quiere decir que la mayoría de ellos no puede acceder a los alimentos fundamentales para su edad correspondiente; el 22.31% lo hace por padecimiento de una enfermedad; y un 6.92%, la realiza por cuestiones de hábitos saludables.

Con respecto a la actividad física, un 55.38% refirió hacer alguna actividad física; un 43.85%, no realiza ninguna; y el 0.77%, no contestó. Así, los adultos mayores que realizan actividad física poseen menos predisposición a contraer neumonía.

En relación con el tipo de actividad recreativa que realiza se puede valorar que: el 17.69% practica taller de lectura; un 6.15%, taller de memoria; el 3.85% asiste a cursos de computación; el 2.31%, realiza otro tipo de actividades, y para finalizar, un 0.77% asiste a talleres de cocina.

En cuanto al total de los encuestados, solo el 21.54% fuma y un 78.46% no lo hace. Sobre el consumo de cigarrillo, Charles Duhigg lo considera como mal hábito, pero este no es un factor para contraer neumonía ya que no hay establecida una diferencia significativa entre aquellos que fuman y los que no lo hacen.

Acerca del consumo de alcohol se observa que un 86.15% no consume ningún tipo de alcohol y el 10.77% si lo hace. En cuanto al consumo de alcohol puede afirmarse lo mismo, pues Charles Duhigg lo considera como mal hábito, pero este no es un factor para contraer neumonía ya que no hay una diferencia significativa en aquellos que consumen alcohol y los que no.

4.3. Adultos mayores de Rafael Castillo

4.3.1. Caracterización sociodemográfica

En la Localidad de Rafael Castillo, las mujeres de entre 65-75 años representan un 46,67; un 43,33% tiene entre 76-85 años y el 10,00% más de 85 años. En el caso de los varones, el 61% tiene entre 65-75 años; un 32% entre 76-85 años y un 7% más de 85- 95 años.

Los datos obtenidos muestran que según el tipo de vivienda el material de piso varía. Por ejemplo, en casas solo un 32,48% presenta como material de piso cemento; un 30,57% presenta piso de mosaico, seguido de un 28,03% que tiene otro tipo de

material y, por último, un 8,92% utiliza ladrillo. En cambio, un 61,54% de las casillas tienen piso de cemento; un 15,38% mosaico; 7,69% ladrillo y, por último, un 7,69% presenta tierra como material de piso. Muy diferente es el caso de los departamentos, ya que el 30,77% utiliza mosaico y 15,38% tiene otro tipo de material de piso no especificado.

De acuerdo con Brooks (2013), en pacientes con trastornos en tórax y vías respiratorias bajas, numerosos factores del huésped y del ambiente que rodean al organismo han sido asociados a una mayor incidencia de las neumonías adquiridas en la comunidad. Entre los factores propios del huésped resaltan las enfermedades crónicas, la prematuridad, la problemática social, malnutrición, asma e hiperactividad bronquial, infecciones respiratorias recurrentes, otitis media aguda. Asimismo, se citan diversos estudios en los que se comprueba que determinados genes están implicados en la respuesta inmunitaria innata o específica, asociados a una mayor susceptibilidad a determinadas infecciones. El hacinamiento de la vivienda, la asistencia a centros de jubilados y unidades sanitarias, el tabaquismo pasivo o la exposición a productos contaminantes ambientales tienen un impacto en las infecciones respiratorias de los adultos mayor, en términos epigenéticos. El uso prolongado de antiácidos (los antagonistas del receptor H2 y los inhibidores de la bomba de protones) está asociado a un riesgo incrementado de NAC en adultos y la administración excesiva de antibióticos y su mal uso son uno de los principales factores de riesgo para el surgimiento de estos agentes patógenos resistentes. Otros factores de riesgo adicionales pueden ser los viajes o la exposición a ciertos ambientes y una residencia en una institución de atención a largo plazo, no obstante, en un creciente número de pacientes que tengan las defensas inmunológicas comprometidas a infecciones es posible que aparezca la enfermedad.

Los adultos mayores de la Localidad de Rafael Castillo que viven cerca de quemas, un 23,08% presenta neumonía; mientras que un 76,92% no tiene; de los que viven cerca de basurales, un

26,67% presenta neumonía y un 73,32 % no. En cuanto a las personas que viven cerca de fábricas, un 26,67% tuvo neumonía y un 73,32% no la tuvo; un 7,14 % tuvo neumonía y vive cerca de un arroyo, pero un 92,86% no. En términos generales, los adultos mayores que no viven cerca de algún factor ambiental y tuvieron neumonía son un 9,09%, mientras los que no, un 66,36%.

Así es que en Rafael Castillo los factores ambientales no determinan el desarrollo de las patologías mencionadas, de acuerdo con lo cual debe indagarse su origen genético, hereditario o la práctica de un hábito no saludable.

4.3.2. Autonomía de los adultos mayores

En Rafael Castillo el 79,57% de los adultos de 65 a 75 años; el 77,14% de 76 a 85 y el 60,00% de más de 85 de los adultos mayores no necesita ayuda para realizar las actividades diarias. Por otra parte, el 40,00% de más de 85; el 22,86% de 76 a 85 y el 20,43% de 65 a 75 necesita ayuda para realizar las actividades cotidianas. Con respecto al grado de autonomía según edad y la necesidad de ayuda diaria para realizar actividades, se evidencia que el adulto mayor ejerce por sí mismo las actividades cotidianas correspondientes al rango de edad.

De acuerdo con Cabañero-Martínez MJ, Cabrero-García J, Richart-Martínez M, Muñoz-Mendoza CL. (2008), la valoración del anciano se fundamenta especialmente en la funcionalidad, lo cual permite establecer tratamientos de manera integral y elaborar los planes de cuidado que se adapten a las condiciones particulares de cada paciente. Con respecto a la funcionalidad se hace referencia a las capacidades que tienen las personas de realizar las actividades diarias de manera autónoma. Por lo tanto, al obtener un porcentaje elevado de 79,57%, (de 65 a 75); 77,14%, (de 76 a 85) y un 60,00%, (más de 85) en cada rango de edad, se corrobora que el adulto mayor presenta autonomía en cuanto a las actividades diarias que realiza.

Ello puede evidenciarse también con respecto al hecho de que un 67% de los encuestados de entre 65 a 75 años realiza actividad física, mientras que el 33% no lo hace; entre los 76 a 85 años, el 67,61% practica alguna actividad física a diferencia del 32,39% que no lo hace; y por último, el 56,25% de los adultos muy mayores realiza actividad física y un 43,75% no lo hace.

LeMone y Burk (2009) describen los beneficios de la realización de actividad física en relación con un menor riesgo de muerte prematura; de padecer enfermedades coronarias, hipertensión, dislipidemia; diabetes tipo 2: síndrome metabólico; cáncer de colon, mama; una mejor condición muscular; prevención de caídas y mejor función cognitiva. A su vez, la práctica de actividad física regular puede minimizar los efectos de un estilo de vida sedentario, limitar el desarrollo y la progresión de enfermedades discapacitantes y, por lo tanto, aumentar la calidad de vida. Además de los beneficios biológicos mencionados, también hay que considerar beneficios sociales y psicológicos. Es importante señalar que la actividad física en los adultos mayores consiste en actividades recreativas o de ocio, actividades ocupacionales (ya sea que la persona realice y desempeñe alguna actividad laboral), acciones para desplazarse (como caminar, salir a realizar compras, pasear o andar en bici.), tareas domésticas (como limpieza o jardinería, cocina) y juegos y/o deportes.

El 37,50% de los adultos mayores realiza actividades diarias y necesita ayuda para realizar la actividad física; en tanto un 62,50% necesita ayuda y no realiza actividad física, mientras que un 72,06% no necesita ayuda para realizar tareas diarias y realiza actividad física; con un 27,94% hay adultos mayores que necesitan ayuda y no practican actividad física.

Según Amadasi E. y Tinoboras (2017), en Argentina más del 70% de las personas mayores no realiza la actividad física recomendada para su edad. La inactividad física constituye uno de los principales factores de riesgo de las ENTs (enfermedades no transmisibles) y representa el cuarto factor de riesgo más importante de mortalidad en todo el mundo (6% de defuncio-

nes en el mundo) por lo que se trata de un grave problema de salud pública, particularmente para las personas mayores. Esto lo corrobora el *Estudio sobre el envejecimiento Global y la salud del adulto* (SAGE) y la *Encuesta Mundial de Salud* de la OMS, que indican que alrededor de un tercio de las personas de entre 70 y 79 años y la mitad de las personas de 80 años o más no alcanza las recomendaciones básicas de la OMS sobre la actividad física en la vejez.

Los datos obtenidos en la Localidad de Rafael Castillo señalan que el adulto mayor registra un elevado porcentaje de realización de actividad física de forma independiente con un 72,06%, disminuyendo el riesgo de ENTs.

4.3.3. Patologías

En la Localidad de Rafael Catillo se obtuvo como dato que los adultos que padecen diabetes y viven cerca de quemas son un 0,5%; cerca de basurales un 1,05%; de arroyos un 1,05%; de fábricas, 1,6% y los adultos que no viven cerca de ningún factor son un 7,4%. Los adultos que padecen artrosis y viven cerca de basurales son un 0,5%, mientras que los que no viven cerca de ningún factor son un 1,6%. Además, los que padecen osteoporosis y viven cerca de fábricas son un 0,5%; cerca de arroyos un 0,5% y los que no viven cerca de ningún factor ambiental un 1,6%. Por otra parte, los adultos con hipertensión que viven cerca de quemas son un 2,1%; de basurales, un 2,6%; arroyos, 0,5%; no viven cerca de ningún factor, un 11,05%; los que padecen gastritis y viven cerca de basurales son un 1,6%; y los que no viven cerca de factores ambientales, un 0,5%. Los adultos que padecen artritis constituyen un 2,1%; los que padecen diverticulitis, un 0,5% vive cerca de quemas y los que padecen de anemia un 0,5% vive cerca de una fábrica. Además, de los adultos que padecen EPOC, un 1,05% vive cerca de basurales; un 0,5% cerca de una fábrica y un 6,8 % no vive cerca de ningún factor; los que padecen de Parkinson un 0,55% vive

cerca de basurales, un 1,05% no tiene ningún factor cerca. De los adultos mayores con cáncer de colon un 0,5% vive cerca de basurales, un 0,5% cerca de una fábrica y un 1,05% no vive cerca de ningún factor ambiental. Los celíacos que viven cerca de fábricas son un 0,5%; y un 1,05% no vive cerca de ningún factor; de los adultos con asma, un 1,05% no se ve afectado por ningún factor ambiental; los adultos con depresión un 1,05% no se ve afectado por ningún factor ambiental, al igual que las personas con alzhéimer, un 0,5% no vive cerca de ningún factor. De los adultos con cataratas, un 0,5 % vive cerca de basurales; un 0,5% cerca de arroyos; un 0,5% cerca de fábricas y un 1,05% no vive cerca de ningún factor; de los adultos mayores que sufrieron ACV, un 0,5% vive cerca de quemaduras y un 0,5% no tiene ningún factor ambiental cerca; de los adultos encuestados que padecen glaucoma, un 0,5% no vive cercano a ningún factor. De los adultos que padecen arritmias, un 0,5% vive cerca de fábricas y un 1,05% no presenta ningún factor ambiental cercano a su casa; de los adultos con bronquitis un 1,6% no vive cerca de ningún factor; de los adultos encuestados con tuberculosis, un 0,5% vive cerca de basurales. De los adultos encuestados que padecen cáncer de próstata, un 0,5% vive cerca de basurales; un 1,05% no tiene ningún factor ambiental cerca de su vivienda; de los adultos que padecen dislipidemia, un 0,5% vive cerca de quemaduras; un 0,5% cerca de basurales; de las mujeres con cáncer de mama, un 1,6% no vive cerca de ningún factor ambiental; de los que padecen cáncer de páncreas, un 0,5% vive cercano a quemaduras; de los que padecen de lumbalgia, un 1,05% vive cerca de basurales; de los encuestados que padecen epilepsia, un 0,5% no vive cerca de ningún factor ambiental; de los que padecen de hipertiroidismo un 0,5% vive cerca de arroyos; un 1,6% cerca de fábricas; un 1,6% no vive cerca de ningún lugar afectado por un factor ambiental.

De los que no presentan patología, un 2,6 % vive cerca de quemaduras; un 3,7% cerca de basurales; un 2,6% cerca de arroyos;

un 0,5% cerca de fábricas y un 18,9% no vive cerca de ningún factor ambiental.

Con los datos obtenidos podemos comprobar que los factores ambientales no influyen en el desarrollo de las patologías mencionadas, debido a que la mayoría pueden deberse a predisposición genética o a hábitos no saludables.

Los adultos mayores que no presentan patologías prevalentes constituyen un 27,9%, mientras que un 18,4% de los adultos presentan hipertensión, un 12,7% diabetes, un 8,4% sufre de EPOC, un 4,8% presenta hipotiroidismo; además de que un 3,2% sufre de artritis, el 2,6% presenta cataratas, el 2,1% padece cáncer de colon, también un 2,1% padece osteoporosis. Además, un 1,6% de las personas encuestadas sufren de Parkinson, un 1,6% sufrió ACV, también un 1,6% padece de celiaquía, bronquitis crónica, cáncer de mama, cáncer de próstata; con un 1,1% se encuentra los adultos que sufre de asma, arritmias, artrosis. Por último, un 0,5% representa a los adultos que padecen de lumbalgia, anemias, gastritis, dislipidemia, diverticulitis, glaucoma, depresión, epilepsia, alzheimer o que tuvieron tuberculosis.

Por su parte, el 15,38 % se aplicó la vacuna antigripal; un 50%, la vacuna de la neumonía y el resto, en un 41,86%, ambas vacunas. Sin embargo, los adultos mayores que no sufrieron neumonía, el 84,62%, posee la vacuna antigripal; un 50%, vacuna de la neumonía y un 58,12% ambas vacunas.

Según lo establecido por *El Centro para el control y la prevención de enfermedades* (CDC, 2017), el uso de vacunas y prácticas de vida saludable pueden reducir el riesgo de contraer neumonía. A partir de los datos obtenidos, se obtuvo que un 50 % de los encuestados se aplicaron la vacuna de la neumonía independientemente de haber contraído la enfermedad.

Por último, un 73,39% que tiene conocimiento de la vacuna, no contrajo la enfermedad; un 26,61 % tiene conocimiento acerca de la vacuna y tuvo neumonía. Por el contrario, los adultos mayores que no presentaron neumonía y no poseen conocimiento sobre la misma es de 69,86% y un 30,14% de

ellos presentó neumonía alguna vez, pero no tiene conocimiento sobre la relevancia de la vacunación.

A partir de la recolección de datos se evidencia que hay un porcentaje significativo de desconocimiento respecto a la relevancia de la vacuna, debido probablemente a la escasa divulgación informativa de las campañas vacunatorias en el adulto mayor o a la deficiente accesibilidad a la vacuna en el ámbito sanitario.

Durante la obtención de datos en el campo práctico los adultos mayores argumentaron que a la hora de acceder a la vacuna, esta no se encontraba disponible en el centro de salud cercano; por otra parte, algunos adultos mayores mencionaron que no se aplican la vacuna debido al miedo de contraer la enfermedad a partir de su aplicación.

4.4. Adultos mayores de Gregorio de Laferrere

4.4.1. Caracterización sociodemográfica

En Gregorio de La Ferrere se realizaron 250 encuestas a personas mayores de 65 años. En lo que concierne al aspecto sociodemográfico, los adultos mayores han incorporado en esta nueva etapa actividades deportivas, recreativas y espirituales como prácticas diarias que favorecen y benefician el estado físico y emocional, a la vez que mejoran la autoestima. De esta manera, el estilo de vida se torna dinámico y saludable en forma significativa. En este sentido, el 34,62% de los encuestados han sido hombres y el 65,28% fueron mujeres.

4.4.2. Autonomía de los adultos mayores

Como sostienen Espinosa, Muñoz y Portillo Strempele (2005), respecto al grado de dependencia el adulto mayor puede ubicarse en tres situaciones diferentes: de autonomía, de alto riesgo de

dependencia y por último, de dependencia total. Señalan que un adulto mayor autónomo es aquel que tiene más de 65 años, es sano o con alguna enfermedad, pero que la misma no lo incapacita en la realización de sus actividades.

Según los resultados que arrojan los datos del trabajo de campo, la casi totalidad de los encuestados es autónomo, se ha de tener en cuenta que la gran parte del sondeo se ha realizado en centros de jubilados, donde muchos de los ancianos que allí asisten, realizan algún tipo de actividad o acuden en busca de provisiones asignadas mensualmente por el Estado, por lo tanto, es esperable que sean autónomos o con alguna dependencia de tipo parcial. De acuerdo con ello, el 93.60% de los adultos mayores es autónomo para realizar actividades diarias; el 5.20% presenta una dependencia parcial y el 1.20% es dependiente.

En términos específicos, el 92.4 % de los encuestados es autónomo en cuanto al manejo del dinero; el 91.2% sabe usar el teléfono para hacer llamadas; el 90.0% realiza tareas del hogar; el 88.0% puede realizar compras solo; el 80.8% utiliza transporte público; el 72.8% usa teléfono de línea y el 70.4%, celular.

4.4.3. Patologías

Los datos relevados en la investigación señalan que el 45.2% padece hipertensión arterial; el 19.6%, diabetes; el 12.0%, cardiopatías; el 9.6%, enfermedades reumatológicas; el 4.8%, enfermedades hormonales; el 3.6% enfermedades neurológicas; el 3.6%, enfermedades respiratorias y el 3.2%, cáncer.

Por otro lado, en Argentina se elaboran calendarios de vacunación contra la neumonía. La *Advisory Committee on Immunization Practices* (ACIP) recomienda la VNP23 (vacuna neumocócica polisacárida tricosavalente) de manera correlativa con la VNP13 (Vacuna Neumocócica Polisacárida tridecavalente) en adultos con factores de riesgo y en mayores de 65 años; así mismo, el Ministerio de Salud (MSAL) recomienda la VAN23 a

mayores de 65 años por única vez si han sido vacunados con 5 años de anterioridad.

El 52.80% de los adultos mayores se aplicó la vacuna antigripal y antineumocócica; el 29.20%, ninguna; el 14.80%, sólo la vacuna antigripal y el 3.20%, sólo la vacuna antineumocócica.

Es significativo el porcentaje de adultos mayores que han tenido neumonía más de una vez habiéndose aplicado la vacuna antigripal y la antineumocócica. Los datos arrojan que la totalidad de los encuestados con ambas vacunas han contraído la enfermedad en más de una ocasión.

Estos valores requieren de un estudio exhaustivo de dicha situación, ya que los resultados deberían ser distintos, en favor de la inmunización, debiéndose considerar en las respuestas de los encuestados: el grado de conocimiento respecto a la enfermedad, el hecho de confundir patologías típicas que se presentan en la época invernal, tal es el caso de la gripe o la bronquitis, las cuales llevan a una tasa de respuesta errónea.

De los encuestados que se aplicaron la vacuna antigripal, 26.67% tuvo neumonía una vez; el 14.71% no tuvo neumonía y ninguno la tuvo más de una vez. De los que se dieron la vacuna antigripal y antineumocócica, la totalidad tuvo neumonía más de una vez; el 60%, una vez y el 44.12% no tuvo neumonía. De los que no se aplicaron ninguna vacuna, el 41.18%, nunca tuvo neumonía; el 13.33% tuvo neumonía una vez y ninguno la tuvo más de una vez.

A pesar de las recomendaciones de la ACIP y el MSAL, en la sociedad existe aún hoy, una discordancia entre las mismas y la poca certeza que se tiene en cuanto a la eficacia de las vacunas. De hecho es preciso acotar -como comentario relevante obtenido en las encuestas al responder de manera abierta ciertas preguntas- que un alto porcentaje de los encuestados asumía su responsabilidad en relación a las inmunizaciones ya que referían haber tenido malas experiencias en familiares, amigos o conocidos, quienes habiéndose aplicado las vacunas antigripal, antineumocócica o ambas, igualmente contrajeron

la enfermedad, circunstancia que los llevó a decidir por no aplicarse ningún tipo de vacunas, aun cuando afirman conocer la importancia de las mismas.

De los adultos mayores varones, el 49.06% no realiza ninguna dieta; el 39.62% sí, por hábito saludable y el 11.32% sí, por enfermedad. De los adultos mayores mujeres, el 41.10% realiza dieta por hábito saludable; el 32.88% no realiza ningún tipo de dieta y el 26.03% lo hace por enfermedad.

De los adultos mayores que presentan hábitos no saludables como el tabaquismo, el 1.89% son varones y el 4.11%, mujeres.

4.5. Adultos mayores de Isidro Casanova

4.5.1. Caracterización demográfica

En lo referente a los resultados que describen los aspectos sociodemográficos de los adultos mayores en la localidad de Isidro Casanova, el 54,2% de los encuestados son mujeres y el 45,8% restante son varones. Además, el 22,5% de los varones tiene entre 65-74 años; el 16,7%, 75-84 años; el 4,7%, una edad mayor a 85 años; el 28,6 de las mujeres tiene entre 65-74 años; el 21,4%, 75-84 años y el 4,2% presenta una edad mayor a 85 años. Estos datos muestran una leve diferencia con respecto a la longevidad de los adultos mayores en cuanto al género. En este sentido, el 4,7% de los encuestados varones tiene una edad mayor a 85 años superando al 4,2% de las mujeres, hecho que señala que el proceso de envejecimiento es variable y depende de diversos factores disociados del género.

En relación con la calidad de vida y los servicios que poseen los adultos mayores en la localidad de Isidro Casanova, el 89,1% tiene una vivienda tipo casa. Conjuntamente, es posible describir la totalidad de los encuestados tiene cobertura en salud, electricidad y agua corriente. Asimismo, el 63,0% tiene gas natural para utilizar como medio de calefacción y un 5,7% no posee ningún

tipo de calefacción. Según los resultados, la calidad de vida y la disposición de recursos de la población anciana contribuye a disminuir el riesgo de contraer alguna enfermedad.

El 17,7% de los adultos mayores vive cerca de un factor externo perjudicial; en un 10,9% se trata de basurales. El 82,3% no vive cerca de ningún factor externo perjudicial. De acuerdo con Brocks (2015), la exposición a contaminantes ambientales tiene un impacto en las infecciones respiratorias de los adultos mayores. Sin embargo, los datos recolectados permiten determinar que no hay relación entre los factores externos perjudiciales y la neumonía, ya que solo el 3,6% de los encuestados que tuvo neumonía vive cerca algún factor externo perjudicial, y el 14,1% que tuvo neumonía no vive cerca de algún factor externo perjudicial. A partir de esto, cabe detallar que existen otros factores más influyentes que predisponen a esta población a contraer neumonía.

4.5.2. Autonomía de los adultos mayores

Con respecto a los referido por Limón Ortega (2011) sobre los hábitos saludables, buen descanso, alimentación balanceada, etc., un 77,6% de los encuestados realiza actividad física, lo que determina que los adultos mayores de Isidro Casanova tienen conocimiento sobre el autocuidado y la relevancia de hacer ejercicio.

Según la clasificación de Espinosa Almendro, Muñoz Cobos y Portillo Strembel (2005) que hace referencia a la clasificación del adulto mayor según la dependencia, se verifica que de los adultos mayores de entre 65-74 años, un 9,8% necesita ayuda para realizar las tareas diarias; de los adultos mayores de 74-84 años un total de 15,1% necesita ayuda y de los mayores de 85 años, el 41,2% necesita ayuda; es decir a mayor edad mayor nivel de pérdida de autonomía y, en consecuencia, mayor dependencia.

No obstante, los adultos mayores de Isidro Casanova en su mayor parte manejan dinero, en tanto de los 192 encuestados,

solo 28 necesita ayuda para realizar actividades diarias, por lo que se identifica un alto grado de autonomía.

4.5.3. Patologías

En relación con las patologías que presentan los adultos mayores, el 71% de las mujeres y el 50% de los varones sufren alguna enfermedad. Entre quienes consumen medicación el 83,7% de las mujeres y el 62,5% de los varones lo hace, en su gran mayoría, con indicación médica.

Los adultos mayores de Isidro Casanova presentan una amplia gama de enfermedades, en primer lugar, con el 23,3% se encuentra la hipertensión arterial seguida por la diabetes mellitus con el 17,7%; el 12,5% corresponde a las cardiopatías congénitas. Otras veintiocho patologías afectan a los encuestados, pero en menor porcentaje. Cabe destacar que solo una persona padecía actualmente neumonía.

De los adultos mayores de Isidro Casanova el 23,4% presenta hipertensión arterial; el 17,7%, diabetes; el 12,5%, cardiopatías congénitas; el 6,2%, artrosis; el 4,6%, hipercolesterolemia; el 4,6%, hipertiroidismo; el 4,1%, artritis; el 4,1%, osteoporosis; el 2%, celiacía; el 2%, EPOC; la artritis reumatoide, el cáncer, el glaucoma y el ACV alcanzan un 1,5% entre los encuestados; la insuficiencia renal aguda, várices, problemas neurológicos, hipertrofia prostática, Parkinson y problemas en miembros superiores e inferiores alcanzan cada una el 1%; la hemiplejia parcial, neumonía, problemas respiratorios, hernia, Chagas, asma, reflujo gástrico, obesidad, psoriasis, aneurisma y flebitis tienen cada una el 0,5% .

El 14,6% de los encuestados que tiene algún tipo de enfermedad ha sufrido neumonía alguna vez y el 4,2%, que no tiene ningún tipo de enfermedad, ha sufrido neumonía.

El 11,11% de los encuestados que padecieron neumonía poseen hipertensión arterial (HTA); el 11,11%, cardiopatías; el 8,33%, diabetes (DBT); el 8,33%, enfermedad pulmonar obs-

tractiva crónica (EPOC); el 5,55%, tres patologías juntas (HTA, DBT, cardiopatías); el 5,55% cardiopatías y HTA; el 5,55% DBT y HTA; el 5,55%, accidente cerebro vascular (ACV) y solo el 22,22% no tiene otra enfermedad.

La relación que existe entre las enfermedades de base y la neumonía se muestra en el hecho por el que el 78% de los adultos mayores que padecen neumonía paralelamente tienen enfermedades, lo que se comprueba con la perspectiva de Jo Ann Brooks (2015) quien afirma que la neumonía es causada en un porcentaje significativo por inmunodeficiencia de los pacientes, es decir, por el hecho de que padecen enfermedades agudas o crónicas que interfieren en sus defensas.

5. CONCLUSIONES

Los resultados han permitido mapear de manera general y particular el estado de los adultos mayores en la Sub-Región II en lo que respecta a su caracterización sociodemográfica, autonomía y patologías,

En términos de muestra, se estimó la población de adultos mayores de La Matanza en un aproximado de 150 mil, con 80 mil sujetos de investigación situados en la Sub-Región Sanitaria II, esperando estudiar al 0,66% del total y a 1,25% de la Sub-Región II. En este sentido, se ha obtenido una muestra con un total de 918 unidades de análisis equivalentes al 1,14% de la población estimada para la Sub-Región II y a un 0,61 del total de La Matanza.

La síntesis de los resultados obtenidos establece que:

1. 53,05% de los adultos mayores tiene entre 65-74 años, el 34,85% entre 75-84 años y el 12% 85 años o más. Además, la proporción de adultos mayores por edad en la región es muy similar por localidad.
2. Se han encuestado a un 51% de mujeres y a un 49% de varones. Si en términos teóricos una consecuencia demográfica del envejecimiento es la mayor presencia de población femenina, en la Sub-Región Sanitaria II el porcentaje de mujeres supera levemente al de varones.
3. 23,39% de los adultos mayores trabaja o busca empleo y el 75,36% no trabaja ni busca empleo: los jubilados y/o pensionados se muestran autónomos y activos -de acuerdo con su edad biológica-, realizando diversidad de actividades físicas, culturales o recreativas.
4. 83,64% posee obra social, 4,01% utiliza medicina prepaga y sólo el 10,33% de la Sub-Región II utiliza el sistema

público de salud, en tanto Aldo Bonzi representa el 6,42% de ese total, con el menor número de adultos mayores con OS (4,13%) y el mayor número que hace uso de medicina prepaga (1,85%).

5. El 22,33% de los adultos mayores padece hipertensión, el 11,54% diabetes, el 6,2% problemas respiratorios y cardíacos. Los cambios fisiológicos del adulto mayor son causados netamente por el envejecimiento natural, aumentando los riesgos de sufrir alteraciones de la salud por diversas causas. Los trastornos más frecuentes son la hipertensión, artritis, cardiopatías, cáncer, la sinusitis y la diabetes, mientras que las principales causas de muerte son por cardiopatías, cáncer y ACV. En la Sub-Región II de La Matanza el 66.86% de la población de adultos mayores padece alguna enfermedad siendo la hipertensión, diabetes, problemas respiratorios y cardíacos, artrosis, artritis, reuma y cáncer las más usuales.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Abellán García, A., Aceituno Nieto, P., Pérez Día, J., Ramiro Fariña, D., Ayala García, A. y Pujol Rodríguez, R. (2019). Un perfil de las personas mayores en España 2019. Indicadores estadísticos básicos. *Informes envejecimiento en red*. Recuperado de: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/enred-indicadoresbasicos2019.pdf>
- Carpio Deheza G. y Céspedes Vargas, J. (2013) Neumonía adquirida en la comunidad: estudio inicial de validación de una escala pronóstica para su empleo de emergencias del Hospital Clínico Viedma. *Revista Médico-Científica «Luz y Vida»*. 4(1), 17-19 Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=325029251004>
- Castro R., Campero, L. y Hernández B. (1997) La investigación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos. *Rev. Saúde Pública*. 31(4) 28-33.
- Duhigg, C. (2012). *El poder de los hábitos*. Nuevo York: Urano
- Escudero, C., Salan, M., Pérez, A., González, E., Sánchez, F. Fernández, N. et al. (1999) Apoyo social de la población mayor de 74 años en el medio comunitario. *Revista Multidisciplinaria de Gerontología*. (9)1 154-160.
- González, A., Baudagna, G., Cremaschi, M., Serrano, R., Cabral, G. y Monteverde, A. (2010). *Características de la neumonía adquirida en la comunidad por neumococo y micoplasma*. Recuperado en: http://www.ramr.org/articulos/volumen_10_numero_4/articulos_originales/articulos_originales_caracteristicas_neumonía_adquirida_comunidad_neumococo_micoplasma.pdf
- Gómez, J. y Curcio, C. (2002). *Valoración integral del anciano sano*. Manizales: Artes Gráficas Tizan.

- Laforest, J. (1991). *Introducción a la Gerontología*. Barcelona: Ed. Herder.
- Lehr, U. (1980) *Psicología de la senectud*. Barcelona. Ed. Herder.
- LeMone, P. y Burk, K. (2009). Salud y Enfermedad en el paciente adulto. Enfermería medico quirúrgica. *Pensamiento crítico en la asistencia de pacientes* 1(1) 18-33.
- Lezcano, G., Falus, M. y Crespo, G. (2018) *La actividad física en las personas mayores: guía para promover un envejecimiento activo*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Fundación Navarro Viola
- Limón, M. y Ortega, M. (2011). Envejecimiento activo y mejora de la calidad de vida en adultos mayores. *Revista de Psicología y Educación* (6) 225-238.
- Lopardo, G., Basombrío, A., Clara L., Desse, J., De Vedia, L., Di Libero E. et al. (2015) Neumonía adquirida de la comunidad en adultos. Recomendaciones sobre su atención. *Medicina* 75 (4), 247-250. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/17534249_Neumonia_adquirida_de_la_comunidad_en_adultos_Recomendaciones_sobre_su_atencion
- López, E. (1999) *Envejecer: Destino y Misión*. Madrid: San Pablo.
- Lozares, C. (1993) *La teoría de redes sociales*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana.
- Luna, C; Rizzo, O., Monteverde, A., Caberloto, O., Buljuvasich, D., Ceccato, A., Colodenco, F, Giugno, E., López, A., Rojas, R., Zabert, G., Videla, A., Manti, A., Aruj, P., Cardozo, R., Acquier, M., Palma, I. y Ríos, F (2015). Recomendaciones de vacunación en adultos con enfermedades respiratorias. *Revista Americana de Medicina Respiratoria* (15)4.
- Martínez, M., García, M. y Maya, I. (2002). *El efecto amortiguador del apoyo social sobre la depresión en un colectivo de inmigrantes*. Recuperado de: <http://www.psicothema.com/pdf/486.pdf>

- Menéndez R., Torres, A., Aspa, J., Capelastegui, A. y Pratt, C., Rodríguez de Castro F (2010). Neumonía adquirida en la comunidad. Nueva normativa de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR). *Archivos de bronconeumología. Elsevier.* 46(10), 546-555. Recuperado de <http://www.archbronconeumol.org/es-neumonia-adquirida-comunidad-nueva-normativaarticulo-S0300289610002000>
- Míguez, H, González, L., Ferrin, M. (2011). Escalas de valoración funcional en el anciano. *Galicia. Clin* 72 (1). 11-16.
- Montúfar, F, Varón, F, Giraldo, L., Sáenz, O., Rodríguez A., Alarcón A. et al. (2013). Recomendaciones para el diagnóstico, tratamiento y prevención de la neumonía adquirida en la comunidad en adultos inmunocompetentes. *Infectio. Revista de la Asociación colombiana de infectología.* 17(1) Recuperado de: <http://www.revistainfectio.org/index.php/infectio/article/view/588/568>
- Muñoz, L. (1993) *El apoyo social y el cuidado de la salud humana.* Cuidado y Práctica de Enfermería. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería.
- Ochoa Gondar, O. (2009) *Epidemiología de la neumonía adquirida en la comunidad en el anciano* (Tesis inédita de doctorado) Universidad Roviri I Virgili. Tarragona. Recuperado de: <https://docplayer.es/70725011-Olga-ochoa-gondar-epidemiologia-de-la-neumoniaadquirida-en-la-comunidad-en-el-anciano.html>
- Organización Mundial de la Salud. (2009). *Organismos internacionales y envejecimiento.* Recuperado de: http://trabajo.xunta.es/export/sites/default/Biblioteca/Documentos/Publicacions/congreso_envejecimiento/congreso_envejecimiento_activo.pdf.
- Parra, M., Salas, M. y Escobar, J. (2005). Adultos mayores funcionales: un nuevo concepto en salud. *Ciencia y enfermería*, XI (2),17-21.

- Robles, L., Rizo, G., Camarena, L, Cervantes, L, Gómez, M, González, A. (2000). Redes y apoyo social en ancianos enfermos de escasos recursos en Guadalajara, México. *Cad. Saúde Pública*. 16(2) 557-560.
- Smeltzer, S. y Brenda, G.; (2012). *Brunner y Suddarth. Tratado de Enfermería Médico Quirúrgica*. Vol. 1. 10ª ed. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana.
- Zavala, M., Vidal, D., Castro, M., Quiroga, P. y Klassen, G. (2006) Funcionamiento social del adulto mayor. *Ciencia y Enfermería*. 12(2) 53-62
- Zenón, T., Silva, J. y López, M. (2013). Neumonía comunitaria en el adulto mayor. Disponibles en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/evidencia/eo-2013/eo131c.pdf>

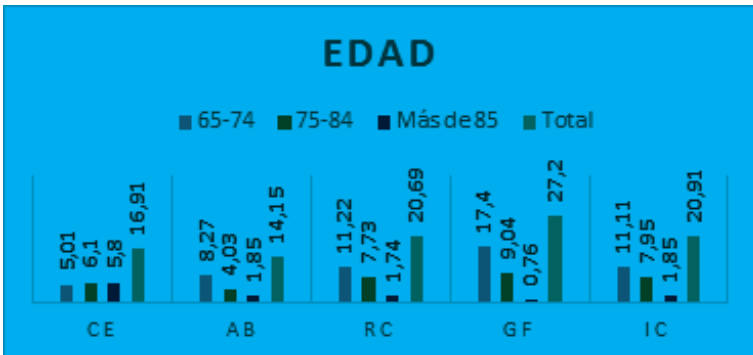
7. TABLAS Y GRÁFICOS

Tabla N° 1. Edad de los adultos mayores en la Sub-Región Sanitaria II de La Matanza durante el periodo junio-diciembre de 2019 - expresada en porcentajes

Edad	CE	AB	RC	GF	IC	Total
65-74	5,01	8,27	11,22	17,4	11,11	53,05
75-84	6,1	4,03	7,73	9,04	7,95	34,85
85 o Más	5,8	1,85	1,74	0,76	1,85	12,09
Total	16,91	14,15	20,69	27,2	20,91	99,99

Fuente: encuestas realizadas a adultos mayores en la Sub-Región Sanitaria II en el periodo junio/diciembre de 2019. Codificación: CE: Ciudad Evita; AB: Aldo Bonzi; RC: Rafael Castillo; GF: Gregorio de Laferrere; IC: Isidro Casanova

Gráfico N° 1: Edad de los adultos mayores en la Sub-Región Sanitaria II de La Matanza durante el periodo junio-diciembre de 2019 - expresada en porcentajes.

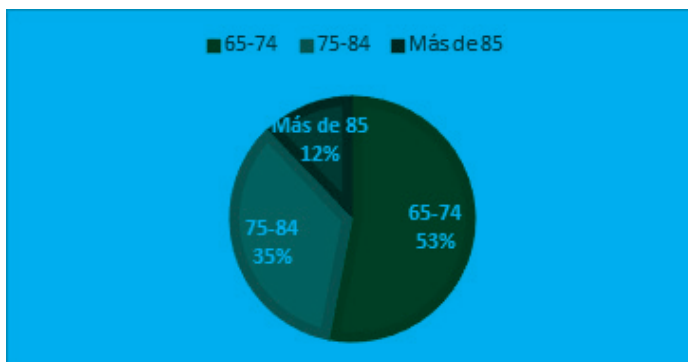


Fuente: encuestas realizadas a adultos mayores en la Sub-Región Sanitaria II en el periodo junio/diciembre de 2019. Codificación: CE: Ciudad Evita; AB: Aldo Bonzi; RC: Rafael Castillo; GF: Gregorio de Laferrere; IC: Isidro Casanova

Edad	%
65-74	53,05
75-84	34,85
85 o Más	12,09

La edad de los adultos mayores en la Sub-Región Sanitaria II de La Matanza evidencia una equivalencia por localidad, en términos proporcionales, si se considera la esperanza de vida y la distribución de las unidades de análisis por grupo etario. Así es que más de la mitad de los adultos mayores tiene entre 65-74 años, el 34,85% entre 75-84 años y el 12% 85 o Más años.

Gráfico N.º 2: Edad de los adultos mayores en la Sub-Región Sanitaria II de La Matanza durante el periodo junio-diciembre de 2019 - expresada en porcentajes.



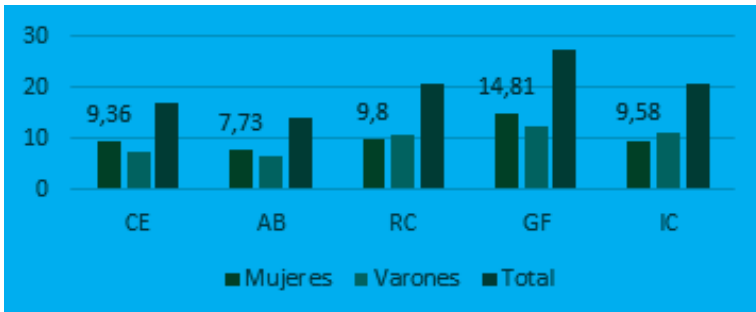
Fuente: encuestas realizadas a adultos mayores en la Sub-Región Sanitaria II en el periodo junio/diciembre de 2019.

Tabla N. ° 3: Género de los adultos mayores en la Sub-Región Sanitaria II de La Matanza durante el periodo junio-diciembre de 2019 - expresado en porcentajes

Género	CE	AB	RC	GF	IC	Total
Mujeres	9,36	7,73	9,8	14,81	9,58	51,28
Varones	7,62	6,42	10,89	12,41	11,32	48,66
Total	16,98	14,15	20,69	27,22	20,9	99,94

Fuente: encuestas realizadas a adultos mayores en la Sub-Región Sanitaria II en el periodo junio/diciembre de 2019. Codificación: CE: Ciudad Evita; AB: Aldo Bonzi; RC: Rafael Castillo; GF: Gregorio de Laferrere; IC: Isidro Casanova

Gráfico N.º 3: Género de los adultos mayores en la Sub-Región Sanitaria II de La Matanza durante el periodo junio-diciembre de 2019 - expresado en porcentajes



Fuente: encuestas realizadas a adultos mayores en la Sub-Región Sanitaria II en el periodo junio/diciembre de 2019. Codificación: CE: Ciudad Evita; AB: Aldo Bonzi; RC: Rafael Castillo; GF: Gregorio de Laferrere; IC: Isidro Casanova

Género	%
Mujeres	51,28
Varones	48,66
Total	99,94

En La Sub-Región Sanitaria II de La Matanza el porcentaje de mujeres supera levemente al de varones; sin embargo, y con excepción de los casos de Rafael Castillo e Isidro Casanova, en Ciudad Evita, Aldo Bonzi y Gregorio de Laferrere es observable el fenómeno de feminización de la población de adultos mayores.

Tabla N.º 4: Situación laboral de los adultos mayores en la Sub-Región Sanitaria II de La Matanza durante el periodo junio-diciembre de 2019 - expresada en porcentajes

Situación Laboral	CE	AB	RC	GF	IC	Total
Ocupado	1,3	3,59	2,83	1,41	0,1	9,23
Desocupado y en busca de empleo	0,43	1,08	1,41	0,43	0,21	3,56
Trabaja menos de 35 hs	2,06	0,1	2,28	0,65	1,74	6,83
Trabaja más de 45 hs				0,1	0,43	0,53
Busca otro empleo	0,32	0,1	2,61	0,21		3,24
No trabaja, ni busca	12,85	8,82	10,89	24,4	18,4	75,36
Perdidos		0,43	0,65			1,08
Total	16,96	14,12	20,67	27,2	20,88	99,83

Fuente: encuestas realizadas a adultos mayores en la Sub-Región Sanitaria II en el periodo junio/diciembre de 2019.

Situación Laboral	%
Ocupado	9,23
Desocupado y en busca de empleo	3,56
Trabaja menos de 35 hs	6,83
Trabaja más de 45 hs	0,53
Busca otro empleo	3,24
No trabaja, ni busca trabajo	75,36
Ns/Nc	1,08
Total	99,83

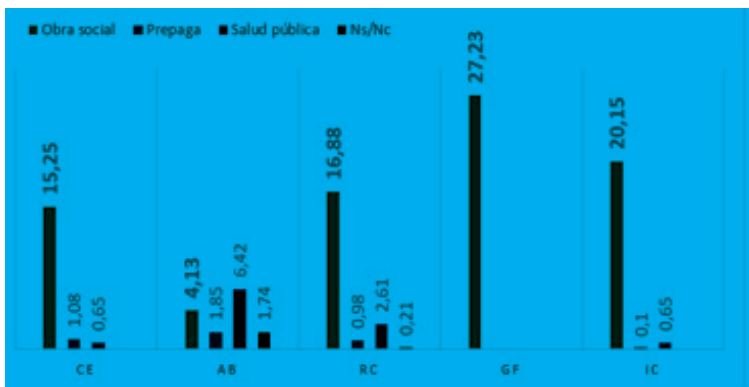
El porcentaje de adultos mayores que no trabaja ni busca trabajo (jubilados y/o pensionados) es de 75,36%, hecho por el que es preciso señalar que, sin embargo, se trata de una población autónoma y activa que realiza diversidad de actividades físicas, culturales o recreativas.

Tabla N.º 5: Cobertura de salud de los adultos mayores en la Sub-Región Sanitaria II de La Matanza durante el periodo junio-diciembre de 2019 - expresada en porcentajes

Tipo de cobertura de salud	CE	AB	RC	GF	IC	Total
Obra social	15,25	4,13	16,88	27,23	20,15	83,64
Prepaga	1,08	1,85	0,98		0,1	4,01
Salud pública	0,65	6,42	2,61		0,65	10,33
Perdidos		1,74	0,21			1,95
Total	16,98	14,14	20,68	27,23	20,9	99,93

Fuente: encuestas realizadas a adultos mayores en la Sub-Región Sanitaria II en el periodo junio/diciembre de 2019. Codificación: CE: Ciudad Evita; AB: Aldo Bonzi; RC: Rafael Castillo; GF: Gregorio de Laferrere; IC: Isidro Casanova

Gráfico N° 4: Cobertura de salud de los adultos mayores en la Sub-Región Sanitaria II de La Matanza durante el periodo junio-diciembre de 2019 - expresada en porcentajes



Fuente: encuestas realizadas a adultos mayores en la Sub-Región Sanitaria II en el periodo junio/diciembre de 2019. Codificación: CE: Ciudad Evita; AB: Aldo Bonzi; RC: Rafael Castillo; GF: Gregorio de Laferrere; IC: Isidro Casanova

Tipo de cobertura de salud	%
Obra social	83,64
Salud pública	10,33
Prepaga	4,01
Ns/Nc	0
Total	97,98

Respecto de este ítem, es preciso señalar el alto grado de cobertura sanitaria a través de OS en cada una de las localidades de la Sub-Región II de La Matanza, siendo usuarios del sector público de atención sanitaria sólo el 10,33% de la población de adultos mayores. No obstante, vale mencionar el caso de Aldo Bonzi en el que los resultados han sido dispares y donde el servicio público de atención para la salud es el más utilizado, constituyendo ello un aspecto particular de la región

indicativo de la necesidad de optimizar la gestión sanitaria orientada a esta población especialmente demandante.

Tabla N. ° 6: Patologías de los adultos mayores en la Sub-Región Sanitaria II de La Matanza durante el periodo junio-diciembre de 2019 - expresada en porcentajes

Presencia de enfermedades	CE	AB	RC	GF	IC	Total
Sí	12,41	5,66	14,92	21,02	12,85	66,86
No	4,57	8,06	5,77	6,2	8,06	32,66
Perdidos		0,43				0,43
Total	16,98	14,15	20,69	27,22	20,91	99,95

Fuente: encuestas realizadas a adultos mayores en la Sub-Región Sanitaria II en el periodo junio/diciembre de 2019. Codificación: CE: Ciudad Evita; AB: Aldo Bonzi; RC: Rafael Castillo; GF: Gregorio de Laferrere; IC: Isidro Casanova

Presencia de enfermedades	%
Sí	66,86
No	32,66
Ns/Nc	0,43
Total	99,95

En la Sub-Región II de La Matanza el 66.86% de la población de adultos mayores padece alguna enfermedad, siendo la hipertensión, diabetes, problemas respiratorios y cardíacos, artrosis, artritis, reuma y cáncer las enfermedades más prevalentes.

Tabla N.º 7: Patologías de los adultos mayores en la Sub-Región Sanitaria II de La Matanza durante el periodo junio-diciembre de 2019 - expresada en porcentajes

Patologías	%
Hipertensión	22,33
Diabetes	11,54
NS. NC.	7,95
Problemas respiratorios	6,2
Problemas cardíacos	6,1
Artrosis	2,61
Artritis	2,61
Enfermedades reumatológicas	2,61
Cáncer	2,5
Problemas hormonales	2,28
Problemas visuales	1,52
Problemas auditivos	0,98
Enfermedades neurológicas	0,98
Parkinson	0,76
HIV	0,54
Osteoporosis	0,43
Infecciones varias	0,43
Insuficiencia renal	0,32
Trombosis	0,32
ACV	0,32
Celiaquía	0,32
Otros	0,32
Hepatitis	0,21
Colesterol	0,21
Alzheimer	0,21
Epilepsia	0,21
Depresión	0,21
Glaucoma	0,21
Dislipidemia	0,21
TBC	0,21
Gastritis	0,21
Anemia	0,21
Lumbalgia	0,21
Diverticulitis	0,21
Caídas	0,21

Fuente: encuestas realizadas a adultos mayores en la Sub-Región Sanitaria II en el periodo junio/diciembre de 2019.

Tabla N. ° 8: Percepción de factores ambientales problemáticos de los adultos mayores en la Sub-Región Sanitaria II de La Matanza durante el periodo junio-diciembre de 2019 - expresada en porcentajes

Percepción de factores ambientales	CE	AB	RC	GF	IC	Total
Quemas	0,65	0,87	1,41	2,17	0,32	5,42
Basurales	2,94	2,94	3,37	2,83	2,28	14,36
Fábricas	1,41	5,99	1,52	1,74	0,87	11,53
Arroyos con desechos	0,32		1,19	5,11	0,21	6,83
Ninguno	11,65	4,35	12,09	15,35	17,21	60,65
Perdidos			1,08			1,08
Total	16,97	14,15	20,66	27,2	20,89	99,87

Fuente: encuestas realizadas a adultos mayores en la Sub-Región Sanitaria II en el periodo junio/diciembre de 2019. Codificación: CE: Ciudad Evita; AB: Aldo Bonzi; RC: Rafael Castillo; GF: Gregorio de Laferrere; IC: Isidro Casanova

Percepción de factores ambientales	%
Ninguno	60,65
Basurales	14,36
Fábricas	11,53
Arroyos con desechos	6,83
Quemas	5,42
Ns/Nc	1,08
Total	99,87

Respecto de la percepción, es significativo que el 60,65% de los adultos mayores no perciba factores ambientales problemáticos para la salud, con lo cual es preciso subrayar que el hecho de no ser percibidos no es predictor necesario de su inexistencia. Por lo más, vale señalar que es en Gregorio de Laferrere donde se ha percibido la mayor cantidad de factores ambientales problemáticos; así también, con una media

de 2,872 para todas las localidades, los basurales ocupan el segundo lugar en el centro de las preocupaciones ambientales de los adultos mayores. Por su parte, es particularmente significativo que el 5,99% de los adultos mayores de Aldo Bonzi señale a las fábricas como un factor problemático, hecho que no se repite en las otras localidades.

Tabla N. ° 9: Necesidad de ayuda de los adultos mayores en la Sub-Región Sanitaria II de La Matanza durante el periodo junio-diciembre de 2019 - expresada en porcentajes

Necesidad de Ayuda	CE	AB	RC	GF	IC	Total
Sí	6,31	0,98	4,46	1,74	3,05	16,54
No	10,67	12,2	14,92	25,49	17,86	81,14
Ninguno		0,98	1,3			2,28
Total	16,98	14,16	20,68	27,23	20,91	99,96

fuente: encuestas realizadas a adultos mayores en la Sub-Región Sanitaria II en el periodo junio/diciembre de 2019.

En la Sub-Región Sanitaria II el 81,14% de los adultos mayores ha referido no requerir de ayuda para la realización de sus actividades diarias. Luego, de quienes han afirmado precisarla, el 16% se distribuye de manera heterogénea, aunque son las redes informales de apoyo social/familiar las que en su mayor parte realizan las tareas de cuidado del adulto mayor.

SOBRE LOS AUTORES

Marta José. Lic. En Enfermería (UNR). Docente regular e investigadora UNLaM. Ex-Coordinadora de la Lic. En Enfermería de UNLaM. Especialista en Metodología de la Investigación Científica (UNLa). Integrante de proyectos de investigación y extensión. Tesista de Maestría en gestión de la educación superior (UNLaM). Tutor y Jurado de Tesis.

María de las Mercedes Albertolli. Licenciada en Enfermería (UMAI). Profesora universitaria para la enseñanza secundaria y superior (UAI). Docente regular e investigadora UNLaM. Adjunta Práctica Integrada I. Lic. En Enfermería. Integrante de proyectos de investigación y extensión. Tesista de Maestría en gestión de la educación superior (UNLaM).

Laila Lucero Aquillos. Tesista en Licenciatura en Enfermería de la Universidad Nacional de La Matanza.

Natalia Elisa Bautista. Tesista en Licenciatura en Enfermería de la Universidad Nacional de La Matanza.

Miriam Ecalfe. Licenciada en Gestión Educativa (CAECE). Docente regular e investigadora (UNLaM). Adjunto Investigación en Enfermería I. Licenciatura en Enfermería. Especialista en Metodología de la Investigación (UNLa). Integrante de proyectos de investigación y extensión. Tesista Maestría en Educación Superior (UNLaM). Tutora y Jurado de tesis.

Bruno Gómez. Tesista en Licenciatura en Enfermería de la Universidad Nacional de La Matanza.

Mónica Adriana Herrera. Tesista en Licenciatura en Enfermería de la Universidad Nacional de La Matanza.

Joana Soledad Jiménez. Tesista en Licenciatura en Enfermería de la Universidad Nacional de La Matanza.

Miriam López. Licenciada en Enfermería (UNR). Docente regular e investigadora (UNLaM). Coordinadora de la Licenciatura en Enfermería de la UNLaM. Integrante de proyectos de investigación y extensión. Teista Maestría en Educación Superior (UNLaM). Tutora y Jurado de Tesis.

Andrea Fabiana Ludueña. Tesista en Licenciatura en Enfermería de la Universidad Nacional de La Matanza.

Lucas Mamani. Tesista en Licenciatura en Enfermería de la Universidad Nacional de La Matanza.

Nicolás Omar Mayorga. Tesista en Licenciatura en Enfermería de la Universidad Nacional de La Matanza.

Cristian Horacio Mendieta Encinas. Tesista en Licenciatura en Enfermería de la Universidad Nacional de La Matanza.

Karina Moreira. Licenciada en Enfermería (UNR). Docente regular e investigadora UNLaM. Adjunta Investigación en Enfermería II y III. Licenciatura en Enfermería. Directora de la Escuela Superior de Enfermería Dra. Cecilia Grierson. Especialista en Metodología de la Investigación Científica (UNLa) Integrante de Proyectos de investigación y extensión. Tesista Doctorado en Ciencias de la Salud (FB).

Fernando Proto Gutiérrez. Magister en Comunicación (UNINI). Prof. Lic. En Filosofía (USaL). Lic. En Gestión Educativa (UAI). Lic. En Tecnología Educativa (UTN). Posgrado en Epidemiología

(UTN). Investigador en PIAPS (ISALUD) y Docente investigador en UNLaM-UAI-UCES. Tesista Doctorado en Epistemología e Historia de la Ciencia (UNTREF). Publicaciones sobre epistemologías decoloniales.

María Cristina Quiroga. Tesista en Licenciatura en Enfermería de la Universidad Nacional de La Matanza.

Mayra Alejandra Vallejos Zenteno. Tesista en Licenciatura en Enfermería de la Universidad Nacional de La Matanza.

Gisele Rocío Villarreal. Tesista en Licenciatura en Enfermería de la Universidad Nacional de La Matanza.

El Programa de Investigación en Ciencias del Cuidado (ProICC) de la Licenciatura en Enfermería de la Universidad Nacional de La Matanza y la Secretaría de Políticas Universitarias (SPU), presentan: «Prácticas Colectivas de Cuidado en la Tercera Edad».

El estudio forma parte de los resultados abreviados de un proyecto de investigación-acción en el campo comunitario, que se propuso sistematizar la autorreflexión en torno a riesgos sanitarios y mejorar las prácticas de cuidado social y autocuidado en adultos mayores de La Matanza.

La relevancia del proyecto está dada por la situación de vulnerabilidad sociosanitaria de los adultos mayores, circunstancia por la que se apeló al compromiso ético de la investigación científica en un proceso que articuló, también, la formación profesional de estudiantes-investigadores.

El estudio constituye un punto de partida ineludible para trabajos que aborden la problemática sanitaria de la Tercera Edad en la región, tras la situación de pandemia por COVID-19.

Colección VINCULAR CyT

Cada libro de esta colección contiene los resultados de estudios desarrollados en el marco del Programa Vincular UNLaM 2019



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA MATANZA
Secretaría de Ciencia y Tecnología