



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



Estudio epidemiológico de riesgo para el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles prevalentes en un grupo de integrantes de la comunidad educativa de la Facultad de Enfermería

Autores:

**Br. Alonso Rodrigo
Br. Cutinella Ismael
Br. Gomez Patricia
Br. González Ángela
Br. Ojeda Fredy**

Tutora:

Prof. Agdo. Lic. Enf. Isabel Silva

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

Montevideo 2013

TABLAS DE CONTENIDO

Agradecimientos.....	1
Resumen.....	2
Planteamiento y Justificación.....	4
Objetivos.....	8
Marco Teórico.....	9
Metodología.....	15
Análisis de los datos.....	19
Análisis.....	57
Conclusión.....	60
Referencias Bibliográficas.....	62
Anexos.....	64

AGRADECIMIENTOS

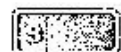
- Cátedra de Adulto y Anciano y sus docentes.
- Profesora Magister Miriam Costabel.
- Funcionarios de la Facultad de Enfermería que colaboraron con el estudio.



RESUMEN

Introducción: Las enfermedades crónicas no transmisibles constituyen en nuestro país la principal causa de muerte en personas adultas y representan una sobrecarga constante al sistema asistencial. Mediante este estudio se busca identificar y determinar la prevalencia de factores de riesgo modificables que predispongan el desarrollo de dichas enfermedades. **Objetivo:** Se realizó un estudio epidemiológico para identificar y determinar los factores de riesgo modificables que condicionan el proceso salud enfermedad en un grupo poblacional de la Facultad de Enfermería. **Metodología:** estudio epidemiológico cuantitativo correlacional descriptivo de corte transversal. Se aplicó un instrumento sociodemográfico y epidemiológico (Estudio Epidemiológico Salud Adulto y Anciano, Cátedra Adulto y Anciano 2010) a la comunidad educativa de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República. **Resultados:** del total de los encuestados (45), el 84.4% es representado por población femenina, siendo en menor lugar, un 15.6%, población masculina. De estos ubicamos al 44.5% con secundaria completa, 42.2 % con terciaria completa, y en menor proporción (13.3%) a quienes presentan primaria completa. En lo que respecta a los antecedentes personales, encontramos que en su mayoría (60%) presentan estrés siguiéndole el consumo de alcohol con un 28,8% y el de tabaco con el 24,4%, luego ubicamos a los usuarios que presentan sobrepeso y obesidad en la misma cantidad 20% cada uno, seguido por el 13,3% que representa a la población sedentaria. En menor porcentaje quienes presentan patologías instaladas siendo un 8,8% hipertensos, 4,4% diabéticos y en igual proporción dislipémicos. De quienes presentan patologías tenemos que, de la población hipertensa el 75% se controla y de estos el 100% recibe medicación, de la población diabética el 50% se controla y recibe

medicación y con respecto a quienes presentan dislipemia el 100% refiere controlarse y el 50% recibir medicación. En lo que refiere a la alimentación quienes consumen carnes rojas el 74% lo realiza 3 veces por semana y con el mismo porcentaje (12.3%) lo hacen todos los días y 1 vez al mes. **Conclusiones:**Se logró captar a un grupo de actores de la Facultad de Enfermería, pudiendo caracterizarlos distribuyéndolos en diferentes categorías, teniendo en cuenta distintas variables gracias a la aplicación del instrumento epidemiológico. Posterior a ello se realizó el relevamiento de los datos procesándolos, identificando los factores de riesgo presentes en esa población. A bien de proponer acciones o intervenciones enfermeras a modo de sugerir para próximos estudios. La epidemiología y sociodemografía son disciplinas transdisciplinarias en la enfermería permiten establecer programas poblacionales de prevención, promoción y rehabilitación en la salud. Como cita Orem en sus teorías donde plantea al enfermero profesional como el encargado de identificar la capacidad de autocuidado del individuo. Y ante la presencia del déficit propone un abordaje gradual procurando la autonomía del mismo.



PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

Las enfermedades crónicas no transmisibles constituyen en nuestro país la principal causa de muerte en personas adultas y representan una sobrecarga constante al sistema asistencial. Las enfermedades que conforman este grupo, son consecuencia de una compleja interrelación de determinantes biológicos, estilos de vida, conductas no saludables y situaciones sociales, que constituyen verdaderos factores de riesgo, entendiéndose como tales aquellas circunstancias que detectadas en una persona o grupo de personas, se asocian con un aumento de la probabilidad de desarrollar enfermedad.

Uno de los principales desafíos para el desarrollo en el siglo XXI es intervenir sobre los malos hábitos de vida que han empezado a desarrollar las sociedades actuales, se calcula que las enfermedades crónicas no transmisibles se han convertido en una de las mayores cargas que sufren los sistemas de salud a nivel mundial, encontrando en este grupo principalmente las enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer y enfermedades respiratorias crónicas quienes causaron unos 35 millones de defunciones en 2005. Esta cifra representa el 60% del total mundial de defunciones; el 80% de la muertes por enfermedades no transmisibles se registra en países de ingresos bajos y medianos, y aproximadamente 16 millones corresponden a personas menores de 70 años. Es por ello que la Asamblea de la Salud reafirmó la estrategia mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles y el plan de aplicación de la misma tienen como objetivo reducir la mortalidad prematura y mejorar la calidad de vida.



Se prevé que el total de defunciones por enfermedades crónicas no transmisibles aumente otro 17% en los próximos 10 años. El rápido aumento de la incidencia de estas enfermedades afecta de forma desproporcionada a las poblaciones pobres y desfavorecidas y agrava las desigualdades en materia de salud que se viven en el país.

El costo de la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles puede reducirse de forma considerable aplicando eficazmente intervenciones preventivas y curativas ya existentes. La mayoría de las muertes prematuras por enfermedades no transmisibles pueden prevenirse influyendo en las políticas públicas en sectores distintos de la salud, en lugar de limitarse a cambiar solo la política sanitaria.

El informe final de la 1ª Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles, realizada en el año 2006, publicada por el MSP indicó que el 33% de la población es fumador diario. La frecuencia de bebedores en el último año es de 73,5%, de los cuales sólo el 71,6% son bebedores actuales (aquellos que han consumido bebidas alcohólicas en los últimos 30 días). Con respecto a la dieta el consumo promedio de frutas es de 2 porciones diarias y el de verduras de menos de dos porciones diarias. Un 46% de la población no consume pescado o lo hace menos de una vez por semana. El 35% de la población presenta niveles bajos de actividad física. La prevalencia de presión arterial elevada es de 30% y un 57% tiene sobrepeso u obesidad. El 5,5% de los adultos tiene glucemia elevada en sangre y el colesterol elevado en sangre es de 29%. Un 57% tiene riesgo combinado alto, es decir presenta 3 o más factores de riesgo, de un total de 5 factores de riesgo considerados (presión

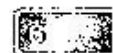


arterial elevada, fumador diario, consumo de frutas y/o verduras menor a 5 porciones diarias, sobrepeso/obesidad y baja actividad física).

De los resultados obtenidos de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas no Transmisibles se verifica que un alto porcentaje de adultos en nuestro país presentan factores de riesgo modificables para el desarrollo de Enfermedades Crónicas no Transmisibles.

Con respecto a la esperanza de vida en el Uruguay según datos aportados por el MSP, es de 76,41 años. Para las mujeres es 79,94 años y para los hombres es 72,41 años.; es el segundo país más longevo del continente. Según un estudio realizado por la Asociación de Diabéticos del Uruguay en el 2012, existen 260.000 personas que tienen diabetes y aproximadamente 100.000 desconocen que poseen la patología. De acuerdo al último censo de prevalencia sobre esta enfermedad realizado por ADU en conjunto con la Sociedad de Diabetología y Nutrición del Uruguay en 2004, el 8% de la población es diabética. Dentro de ese porcentaje, el 7% tiene diabetes de tipo 2 y el restante de tipo 1. Y si bien ambos tipos tienen las mismas consecuencias a largo plazo, la diabetes tipo 2 es la más recurrente, llegando a abarcar un 80% de la población diabética mundial, lo cual implica, según los expertos, riesgo de pandemia. En este país, un 18% de los habitantes tiene riesgo de contraer la enfermedad, mientras que el 10% del total de menores de edad poseen esta enfermedad crónica.

En Uruguay mueren más de 10 mil personas al año por enfermedades cardiovasculares, 27 por día, de las cuales cinco, tienen más de 65 años. Asimismo,



cada dos días parece alguien menor de 45 años. Se destaca que la principal causa de esta morbilidad es la Hipertensión Arterial. Actualmente, el 2% de los niños uruguayos y el 10% de los adolescentes tienen presión alta.

El 60% de la población es sedentaria o tiene sobrepeso y el 33% fuma, lo que se constituye en tres factores de riesgo clave para la aparición de estas enfermedades.

Anualmente, en Uruguay, mueren unas 7.000 personas por enfermedades oncológicas, sobre un total de 10.000 casos que se registran en el mismo período, y los más afectados son los hombres y las mujeres que tienen entre 30 y 50 años, *personas que por su edad si faltan en los hogares dejan vacío un lugar imprescindible para el sustento, la educación y la crianza de los niños*. La muerte por cáncer ocupa el segundo lugar luego de las enfermedades cardiovasculares en comparación con los países desarrollados, Uruguay ocupa el 13er. lugar para los hombres y el 21er. lugar para las mujeres. Pero cuando se pasa a América Latina, el sexo masculino ocupa el primer lugar en mortalidad por cáncer, mientras que las mujeres ocupan el tercer lugar. En conjunto, se ocupa la quinta posición.

Mediante este estudio se pretende identificar y determinar la prevalencia de factores de riesgo modificables que predispongan el desarrollo de dichas enfermedades por lo cual nos sumamos a un proyecto llevado a cabo por la Cátedra de Adulto y Anciano de la Facultad de Enfermería, UDELAR; en el cual se estudia la prevalencia de dichos factores de riesgo en un grupo de funcionarios de la institución.



OBJETIVOS

Objetivo general:

Realizar un estudio epidemiológico para identificar y determinar los factores de riesgo modificables que condicionan el proceso salud enfermedad en un grupo de actores de la Facultad de Enfermería.

Objetivos específicos:

Captar a un grupo de actores de Facultad de Enfermería, quienes participaron de una actividad educativa brindada por la Cátedra de Adulto y Anciano de dicha institución.

Caracterizar a la población desde un punto de vista sociodemográfico aplicando un instrumento de valoración de factores de riesgo.

Realizar el procesamiento de los datos para identificar los factores de riesgo presentes en dicha población y su conducta.



MARCO TEÓRICO

Generalidades

Toda enfermedad que tenga una duración mayor a tres meses, cuyo fin no pueda preverse claramente, se considera como una enfermedad crónica. Las enfermedades crónicas no transmisibles son la principal causa de morbi-mortalidad en Uruguay. También son el origen de la mayor parte de las discapacidades que presentan los individuos y que incrementan sus necesidades asistenciales. En Uruguay son responsables de más del 60% de las defunciones.

Proceso de Salud-Enfermedad

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

(UdelaR, Facultad de Enfermería, plan de estudios 1993)



Teorías de Dorothea Orem

Dorothea Orem nació en Baltimore, Maryland en 1914. Comenzó su carrera de enfermera en la escuela de enfermería del Providence Hospital de Washington y se diplomó en 1930. En 1971 publicó su primer libro *Nursing Concepts of Practice*, en donde se exponen los conceptos de su teoría del déficit de autocuidado, la cual está compuesta de tres teorías relacionadas entre sí:

- Teoría del autocuidado: en donde se plantea el autocuidado como "una actividad aprendida para los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar."

- Teoría del déficit de autocuidado: donde las personas presentan limitaciones para su propio cuidado. El déficit de autocuidado ocurre cuando, a demanda de autocuidado supera la capacidad del individuo para afrontar su propio cuidado.

- Teoría de los sistemas enfermeros donde: se planifican los cuidados según el grado de dependencia del usuario y el grado de cuidado que realiza el enfermero, clasificándose en: sistema completamente compensador y sistema de apoyo.

Orem define el objetivo de enfermería como: "Llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de enfermedades y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad."

Marriner Tomey, Ann; Raile Aligood, Martha. Modelos y Teorías en Enfermería; Madrid, Cuarta Edición, 2000. p. 175 – 194.

Epidemiología

La epidemiología estudia cómo se distribuye la enfermedad en la población y cuáles son los factores que están relacionados con su aparición. Se compara la aparición de la enfermedad en diferentes subgrupos de la población que se diferencian en determinadas características, con el fin de deducir qué elementos son clave en la aparición o el desarrollo de la enfermedad.

Habitualmente los subgrupos se comparan desde una de las siguientes aproximaciones: grupos que se diferencian en función de si están o no expuestos a una circunstancia que se sospecha que puede desencadenar la enfermedad o influir en su evolución, o en si se diferencian en individuos que presentan la enfermedad y en individuos sanos, en cuyo caso se estudian los diferentes antecedentes entre los dos grupos que podrían explicar la aparición o la ausencia de enfermedad.

El método epidemiológico permite, por tanto, identificar factores que están relacionados con la probabilidad de que un individuo presente una enfermedad (*factor de riesgo*) o un determinado curso clínico (*factor pronóstico*).

La epidemiología utiliza tres "instrumentos" básicos para determinar la frecuencia de enfermedades, los factores de riesgo y los factores pronósticos de la enfermedad: a) las medidas de frecuencia que permiten cuantificar la aparición de la enfermedad (o de

la exposición) en diferentes grupos poblacionales; b) los tipos de diseños de estudios que permiten obtener datos válidos y realizar inferencias, y c) los métodos analíticos que permiten cuantificar la relación entre la enfermedad y sus determinantes.

Determinantes sociales de la salud

Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria. En respuesta a la creciente preocupación suscitada por esas inequidades persistentes y cada vez mayores, la Organización Mundial de la Salud estableció en 2005 la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, para que ofreciera asesoramiento respecto a la manera de mitigarlas. En el informe final de la Comisión, publicado en agosto de 2008, se proponen tres recomendaciones generales:

1. Mejorar las condiciones de vida cotidianas
2. Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos
3. Medición y análisis del problema

Enfermedades crónicas

Las enfermedades crónicas son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta. Las enfermedades cardíacas, los infartos, el cáncer, las



enfermedades respiratorias y la diabetes, son las principales causas de mortalidad en el mundo, siendo responsables del 63% de las muertes. En 2008, 36 millones de personas murieron de una enfermedad crónica, de las cuales la mitad era de sexo femenino y el 29% era de menos de 60 años de edad. OMS

Las enfermedades no transmisibles (ENT) matan a más de 36 millones de personas cada año, casi el 80% de las defunciones por ENT -29 millones- se producen en los países de ingresos bajos y medios, más de 9 millones de las muertes atribuidas a las enfermedades no transmisibles se producen en personas menores de 60 años de edad; el 90% de estas muertes «prematuras» ocurren en países de ingresos bajos y medianos. Las enfermedades cardiovasculares constituyen la mayoría de las defunciones por ENT, 17,3 millones cada año, seguidas del cáncer (7,6 millones), las enfermedades respiratorias (4,2 millones), y la diabetes (1,3 millones). Estos cuatro grupos de enfermedades son responsables de alrededor del 80% de las muertes por ENT. Además, comparten cuatro factores de riesgo: el consumo de tabaco, la inactividad física, el uso nocivo del alcohol y las dietas malsanas.

Factores de riesgo

Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Entre los factores de riesgo más importantes cabe citar la insuficiencia ponderal, las prácticas sexuales de riesgo, la hipertensión, el consumo de tabaco y alcohol, el agua insalubre, las deficiencias del saneamiento y la falta de higiene.



Factores de riesgo comportamentales modificables

El consumo de tabaco, la inactividad física, las dietas malsanas y el uso nocivo del alcohol aumentan el riesgo de la mayoría de las ENT o las causan directamente. El tabaco se cobra casi 6 millones de vidas cada año (más de 600 000 por la exposición al humo ajeno), y se prevé que esa cifra habrá aumentado hasta 8 millones en 2030. Aproximadamente 3,2 millones de defunciones anuales pueden atribuirse a una actividad física insuficiente.

Aproximadamente 1,7 millones de muertes son atribuibles a un bajo consumo de frutas y verduras.

La mitad de los 2,3 millones de muertes anuales por uso nocivo del alcohol se deben a ENT.

En términos de muertes atribuibles, el principal factor de riesgo de ENT a nivel mundial es el aumento de la presión arterial (a lo que se atribuyen el 16,5% de las defunciones a nivel mundial), seguido por el consumo de tabaco (9%), el aumento de la glucosa sanguínea (6%), la inactividad física (6%), y el sobrepeso y la obesidad (5%). En los países de ingresos bajos y medios se está observando un rápido incremento del número de niños con sobrepeso.

METODOLOGÍA

Para este trabajo de investigación se utilizó un estudio epidemiológico cuantitativo, correlacional descriptivo, de corte transversal.

El universo comprendió la comunidad educativa, y como muestra se tomaron todos los actores que concurrieron al curso de Reanimación Cardíaca Básica en el centro de posgrado y funcionarios captados de manera incidental en la Facultad. Esta muestra tuvo un total de 45 actores.

El tipo de muestreo fue no probabilístico intencional.

Criterios de Inclusión: Comunidad educativa de la Facultad que otorgaron su consentimiento.

Como técnica de recolección de información se utilizó el instrumento socio demográfico y epidemiológico brindado por la cátedra (ver anexo 1).

Las entrevistas fueron realizadas en el mes de mayo, con un tiempo de duración de aproximadamente 20 minutos por entrevista.

Control ético: previo a la realización de las entrevistas, se informó a cada participante sobre los objetivos de la investigación y se le entregó un consentimiento informado (ver anexo 2).

Determinación de las variables trabajadas:

✓ Sexo



- ✓ Edad
- ✓ Nivel educativo
- ✓ Antecedentes personales: obesidad, sobrepeso, tabaquismo, sedentarismo, estrés, dislipemia, consumo de alcohol.
- ✓ Patologías presentes
- ✓ Control según patología presente.
- ✓ Hábitos alimenticios: carne roja, pollo, cerdo, pescado
- ✓ Actividad física: corre, camina, bicicleta, gimnasio.
- ✓ Consumo de alcohol
- ✓ Consumo de tabaco
- ✓ Consumo de sal: hiposódico, normal, con sal agregada.
- ✓ IMC calculado
- ✓ Perímetro abdominal
- ✓ Valor de glucemia capilar
- ✓ Valores de Presión arterial
- ✓ Realización de análisis clínicos: PAP, mamografía

TABLA DE VARIABLES

NOMBRE	ESCALA DE MEDICION	CODIFICACION	UNIDAD DE MEDICION
Sexo	Cualitativa Nominal	Femenino Masculino	Femenino Masculino
Edad	Cuantitativa Continua	Años cumplidos	Años
Nivel de Instrucción	Cualitativa Ordinal	Primaria completa Secundaria completa Terciaria Completa	Primaria completa Secundaria completa Terciaria Completa
Antecedentes personales	Cualitativa Nominal	Obesidad Sobrepeso Tabaquismo Sedentarismo Estrés Dislipemia Consumo de Alcohol	Obesidad Sobrepeso Tabaquismo Sedentarismo Estrés Dislipemia Consumo de Alcohol
Patologías Presentes	Cualitativa Nominal	HTA Diabetes Dislipemia	HTA Diabetes Dislipemia
Control según patología	Cualitativa Nominal	HTA Diabetes Dislipemia	Se controla No se controla
Hábitos alimenticios	Cualitativa Nominal	Carne roja Pollo Pescado Cerdo Comida rapida	Todos los días 3 veces por semana 1 vez al mes No consume
Actividad física	Cualitativa Nominal	Camina Corre Bicileta Gimnasio	Todos los días 3 veces por semana 1 vez al mes No consume
Consumo de alcohol	Cualitativa Nominal	Consume No consume	Consume No consume
Consumo de tabaco	Cualitativa Nominal	Fuma No fuma	Fuma No fuma
Consumo de Sal	Cualitativa Ordinal	Hiposodico Normal	Hiposodico Normal
Carne de salud vigente	Cualitativa Nominal	SI NO	SI NO

NOMBRE	ESCALA DE MEDICIÓN	CODIFICACIÓN	UNIDAD DE MEDICIÓN
IMC	Cuantitativa Continua	Infrapeso Normal Sobrepeso Obeso	< a 18.49 Entre 18.50 y 24.99 Entre 25 y 29.99 > a 30
Perímetro abdominal	Cuantitativa Continua	Centímetros	Femenino 0 a 88 > a 88 Masculino 0 a 102 > a 102
Valor de Glucemia Capilar	Cuantitativa Discreta	En ayunas Postprandial	0 a 1.00 g/dl 0 a 104 g/dl
Valor de Tensión Arterial	Cuantitativa Discreta	Normal Normal Alto Grado I Grado II Grado III	
Realización de exámenes clínicos	Cualitativa Nominal	Realiza PAP Realiza mamografía Realiza examen de próstata	Realiza No lo realiza No corresponde

ANALISIS DE LOS RESULTADOS

1- Distribución de la población de la comunidad educativa de Facultad de Enfermería según Sexo.

Definición conceptual: características anatómicas y cromosómicas según género.

1.1 - Tabla de distribución de la población según sexo.

Sexo	FA	FR %
Masculino	7	15,6
Femenino	38	84,4
Total	45	100

Fuente: Estudio Epidemiológico Salud Adulto y Anciano

1.1.1 - Gráfico de distribución de la población según sexo.



Fuente: Estudio Epidemiológico Salud Adulto y Anciano.

2- Distribución de la población de la comunidad educativa de Facultad de Enfermería según Edades.

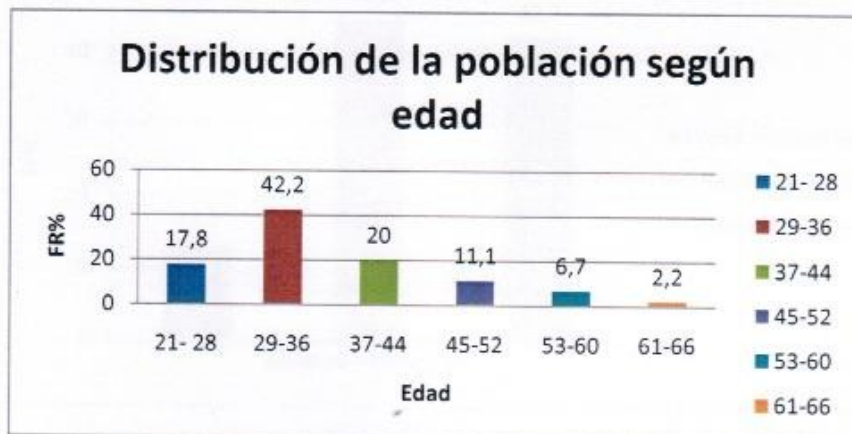
Definición conceptual: período de tiempo en años, comprendido desde el nacimiento de una persona hasta la fecha actual.

2.1- Tabla de distribución de la población de la comunidad educativa de la Facultad de Enfermería según edad.

Edad	FA	FR %
21 – 28	8	17,8
29 – 36	19	42,2
37 – 44	9	20
45 – 52	5	11,1
53 – 60	3	6,7
61 – 66	1	2,2
Total	45	100

Fuente: Estudio Epidemiológico Salud Adulto y Anciano.

2.1.1 - Gráfico de distribución de la población de la comunidad educativa de la Facultad de Enfermería según edad.



Fuente: Estudio Epidemiológico Salud Adulto y Anciano.

3- Distribución de la población de la comunidad educativa de Facultad de Enfermería según Nivel de Instrucción.

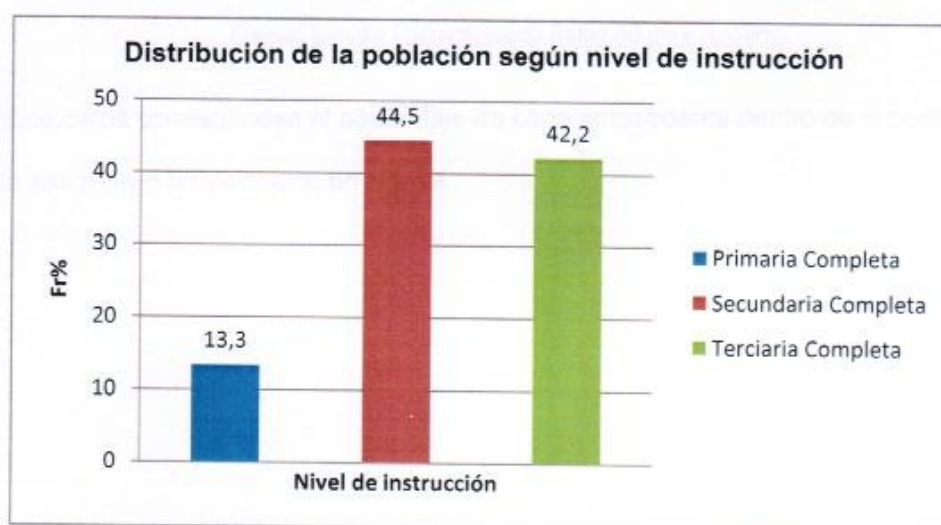
Definición conceptual: Mayor nivel de educación completo alcanzado en el sistema educativo formal.

3.1 - Tabla de distribución de la población de la comunidad educativa de la Facultad de Enfermería según nivel de instrucción.

Nivel de Instrucción	FA	FR %
Primaria Completa	6	13,3
Secundaria Completa	20	44,5
Terciaria Completa	19	42,2
Total	45	100

Fuente: Estudio Epidemiológico Salud Adulto y Anciano.

3.1.1 – Gráfico de distribución de la población de la comunidad educativa de la Facultad de Enfermería según nivel de instrucción.



Fuente: Estudio Epidemiológico Salud Adulto y Anciano.

4- Distribución de la población de la comunidad educativa de Facultad de Enfermería según Antecedentes Personales.

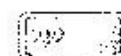
Definición conceptual: enfermedades agudas o crónicas que padece o padeció la persona.

4.1 Tabla de distribución de la población de la comunidad educativa de la Facultad de Enfermería según antecedentes personales.

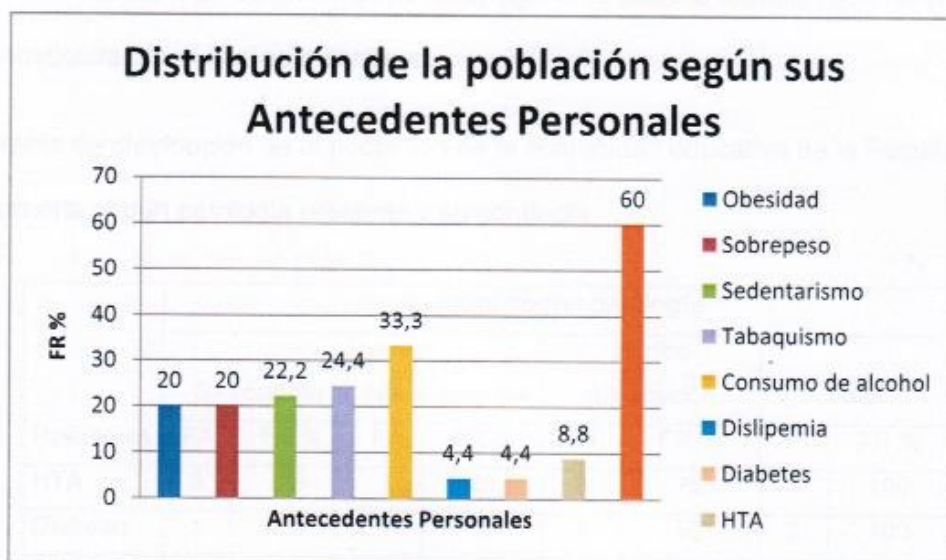
Antecedentes Personales (*)	FA	FR %
Obesidad	9	20
Sobrepeso	9	20
Sedentarismo	10	22,2
Tabaquismo	11	24,4
Consumo de alcohol	15	33,3
Dislipemia	2	4,4
Diabetes	2	4,4
HTA	4	8,8
Estrés	27	60

Fuente: Estudio Epidemiológico Salud Adulto y Anciano.

(*) Los datos corresponden al porcentaje de cada antecedente dentro de la población, por ese motivo no se colocó un N total.



4.1.1 Gráfico de distribución de la población de la comunidad educativa de la Facultad de Enfermería según antecedentes personales.



Fuente: Estudio Epidemiológico Salud Adulto y Anciano.

5- Distribución de la población de la comunidad educativa de Facultad de Enfermería según Conducta frente a Patología.

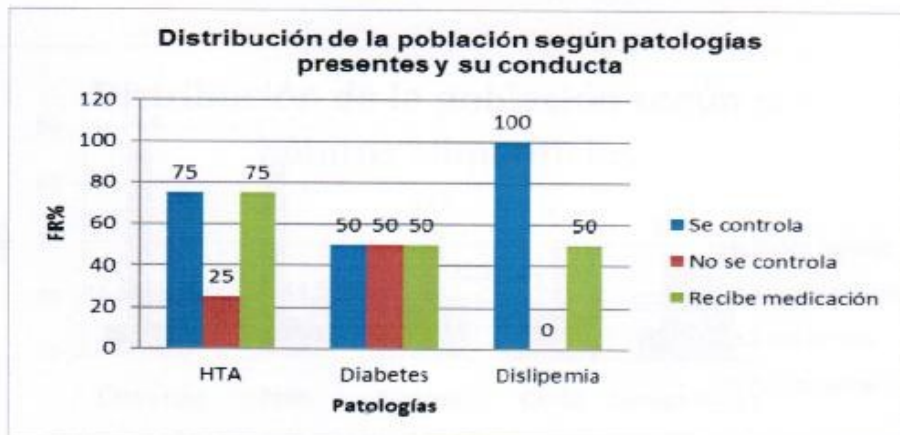
Definición conceptual: Se entiende por patología toda aquella afección que ha sido diagnosticada por el personal sanitario.

5.1 Tabla de distribución de la población de la comunidad educativa de la Facultad de Enfermería según patología presente y su conducta.

Patologías	Control según patología							
	Se controla		No se controla		Recibe medicación		Total	
	FA	FR %	FA	FR %	FA	FR %	FA	FR %
HTA	3	75	1	25	3	75	4	100
Diabetes	1	50	1	50	1	50	2	100
Dislipemia	4	100	0	0	2	50	4	100

Fuente: Estudio Epidemiológico Salud Adulto y Anciano.

5.1.1 Gráfico de distribución de la población de la comunidad educativa de la Facultad de Enfermería según patología presente y su conducta.



Fuente: Estudio Epidemiológico Salud Adulto y Anciano.

6- Distribución de la población de la comunidad educativa de Facultad de Enfermería según Hábitos Alimenticios.

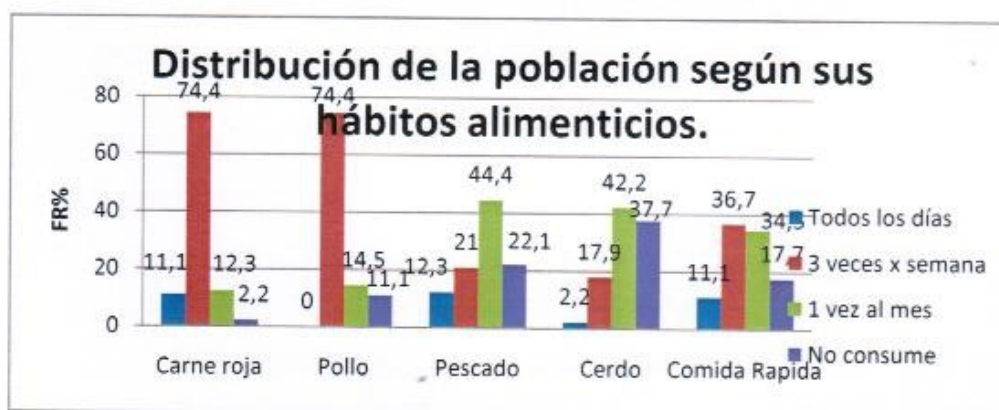
Definición conceptual: hace referencia a como está compuesta la dieta de las personas y la frecuencia en la ingesta de determinados alimentos.

6.1 Tabla de distribución de la población de la comunidad educativa de la Facultad de Enfermería según sus hábitos alimenticios.

Hábitos alimenticios	Todos los días		3 veces por semana		1 vez al mes		No consume		Total	
	FA	FR %	FA	FR %	FA	FR %	FA	FR %	FA	FR %
Carne roja	5	11,1	34	74,4	5	12,3	1	2,2	45	100
Pollo	0	0	34	74,4	7	14,5	4	11,1	45	100
Pescado	6	12,3	9	21	20	44,4	10	22,1	45	100
Cerdo	1	2,2	8	17,9	19	42,2	17	37,7	45	100
Comida Rápida	4	11,1	17	36,7	16	34,5	8	17,7	45	100

Fuente: Estudio Epidemiológico Salud Adulto y Anciano.

6.1.1 Gráfico de distribución de la población de la comunidad educativa de la Facultad de Enfermería según sus hábitos alimenticios.



Fuente: Estudio Epidemiológico Salud Adulto y Anciano.

7- Distribución de la población de la comunidad educativa de Facultad de Enfermería según Realización de Actividad Física.

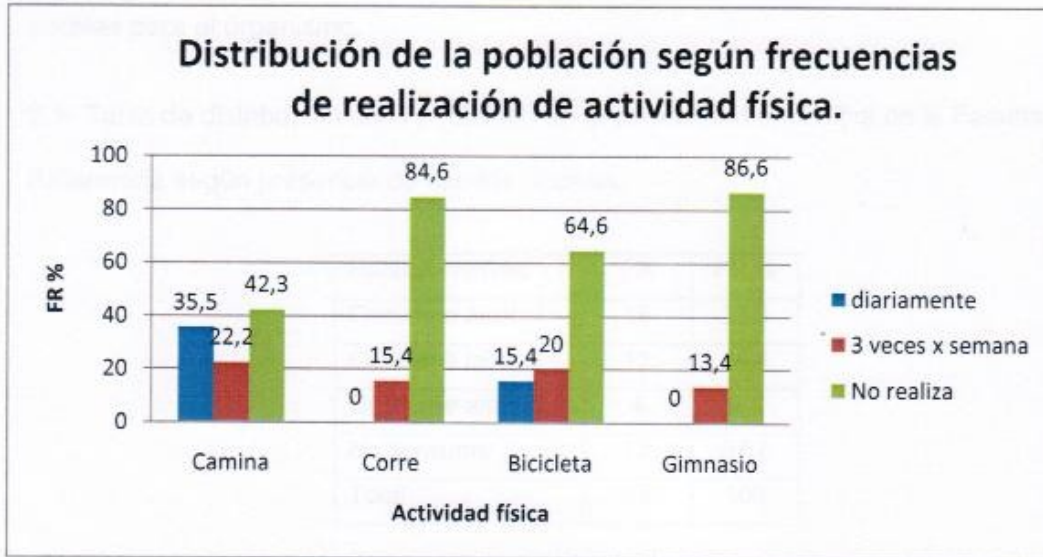
Definición conceptual: consiste en actividades recreativas o de ocio, desplazamientos, actividades ocupacionales, tareas domésticas, juegos, deportes o ejercicios programados en el contexto de las actividades diarias, familiares y comunitarias que impliquen gasto de energía.

7.1 - Tabla de distribución de la población de la comunidad educativa de la Facultad de Enfermería según realización de actividad física.

Actividad Física	Todos los días		3 veces x semana		No realiza		Total	
	FA	FR %	FA	FR %	FA	FR %	FA	FR %
Camina	16	35.5	10	22.2	19	42.3	45	100
Corre	0	0	6	15.4	35	84,6	45	100
Bicicleta	6	15.4	9	20	30	64.6	45	100
Gimnasio	0	0	6	13,4	39	86,6	45	100

Fuente: Estudio Epidemiológico Salud Adulto y Anciano.

7.1.1- Gráfico de distribución de la población de la comunidad educativa de la Facultad de Enfermería según realización de actividad física.



Fuente: Estudio Epidemiológico Salud Adulto y Anciano.

8- Distribución de la población de la comunidad educativa de Facultad de Enfermería según presencia de Hábitos Nocivos.

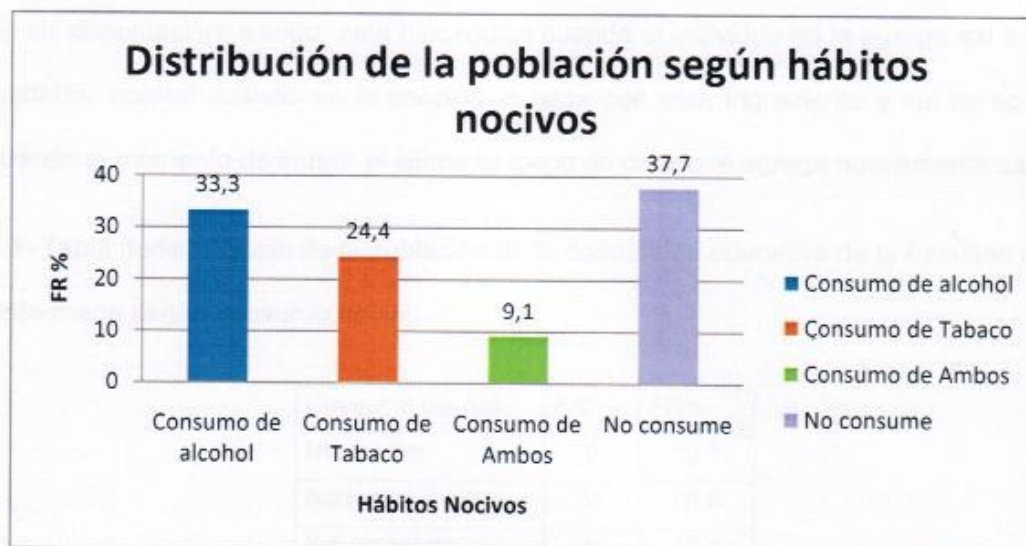
Definición conceptual: comprende el conjunto de actividades o consumo de sustancias nocivas para el organismo.

8.1- Tabla de distribución de la población de la comunidad educativa de la Facultad de Enfermería según presencia de hábitos nocivos.

Hábitos nocivos	FA	FR %
Consume alcohol	15	33,3
Consume tabaco	11	24,4
Consume ambos	4	9,1
No consume	17	37,7
Total	45	100

Fuente: Estudio Epidemiológico Salud Adulto y Anciano.

8.1.1- Gráfico de distribución de la población de la comunidad educativa de la Facultad de Enfermería según presencia de hábitos nocivos.



Fuente: Estudio Epidemiológico Salud Adulto y Anciano.

9- Distribución de la población de la comunidad educativa de Facultad de Enfermería según Consumo de Sal.

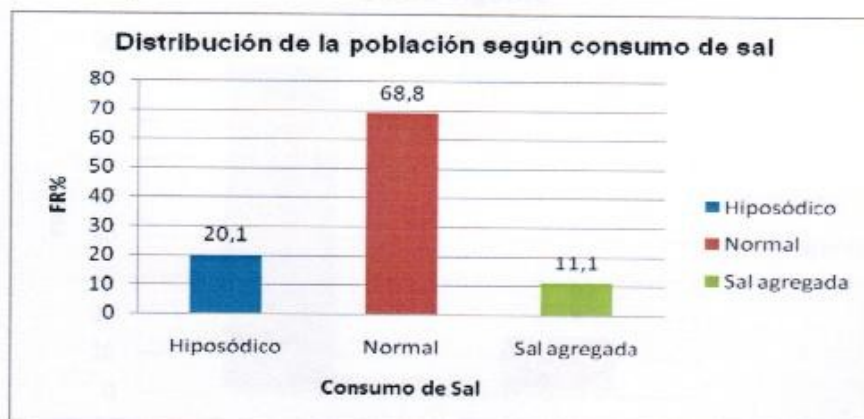
Definición conceptual: hace referencia a la cantidad de sal que las personas consumen en su alimentación; siendo esta hiposódica cuando el individuo no le agrega sal a sus comidas, normal cuando en la cocción lo hace con este ingrediente y sal agregada cuando al momento de ingerir el alimento luego de cocido le agrega nuevamente sal.

9.1- Tabla de distribución de la población de la comunidad educativa de la Facultad de Enfermería según consumo de sal.

Consumo de Sal	FA	FR%
Hiposódico	9	20,1
Normal	31	68,8
Sal agregada	5	11,1
Total	45	100

Fuente: Estudio Epidemiológico Salud Adulto y Anciano.

9.1.1- Gráfico de distribución de la población de la comunidad educativa de la Facultad de Enfermería según consumo de sal.



Fuente: Estudio Epidemiológico Salud Adulto y Anciano.

10- Distribución de la población de la comunidad educativa de Facultad de Enfermería según Vigencia de Carné de Salud.

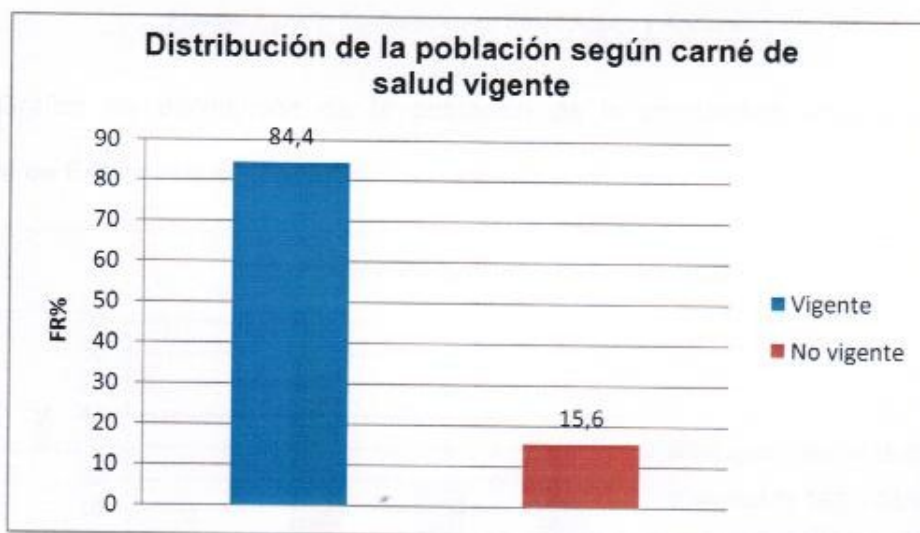
Definición conceptual: hace referencia a la vigencia del certificado otorgado tras una revisión médica, odontológica y de análisis de laboratorio, requerido para desempeñar cualquier tipo de actividad laboral formal.

10.1- Tabla de distribución de la población de la comunidad educativa de la Facultad de Enfermería según carné de salud.

Carné de Salud	FA	FR%
Vigente	38	84,4
No vigente	7	15,6
Total	45	100

Fuente: Estudio Epidemiológico Salud Adulto y Anciano.

10.1.1- Gráfico de distribución de la población de la comunidad educativa de la Facultad de Enfermería según carné de salud.



Fuente: Estudio Epidemiológico Salud Adulto y Anciano.

11- Distribución de la población de la comunidad educativa de Facultad de Enfermería según Índice de Masa Corporal.

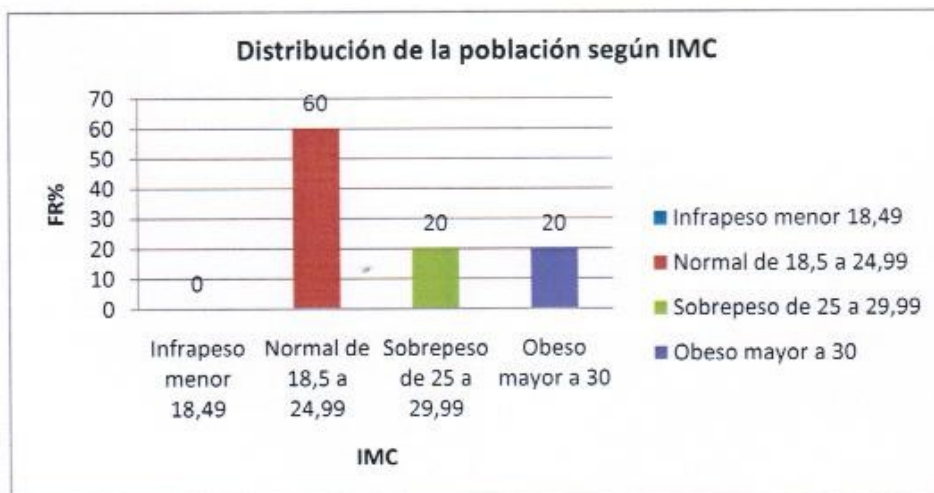
Definición conceptual: Índice que valora el estado nutricional y que resulta de dividir el peso corporal, expresado en kilogramos, entre el cuadrado de la talla, expresado en metros. El intervalo normal oscila entre 18,5 y 24,9; los valores inferiores a 18,5 indican mal nutrición calórica; los valores situados entre 25 y 29,9 indican sobrepeso, y los superiores a 30, obesidad.

11.1- Tabla de distribución de la población de la comunidad educativa de la Facultad de Enfermería según IMC.

IMC	FA	FR%
Infrapeso menor 18,49	0	0
Normal de 18,5 a 24,99	27	60
Sobrepeso de 25 a 29,99	9	20
Obeso mayor a 30	9	20
Total	45	100

Fuente: Estudio Epidemiológico Salud Adulto y Anciano.

11.1.1-Gráfico de distribución de la población de la comunidad educativa de la Facultad de Enfermería según IMC.



Fuente: Estudio Epidemiológico Salud Adulto y Anciano.

12. Distribución de la población de la comunidad educativa de Facultad de Enfermería según perímetro abdominal.

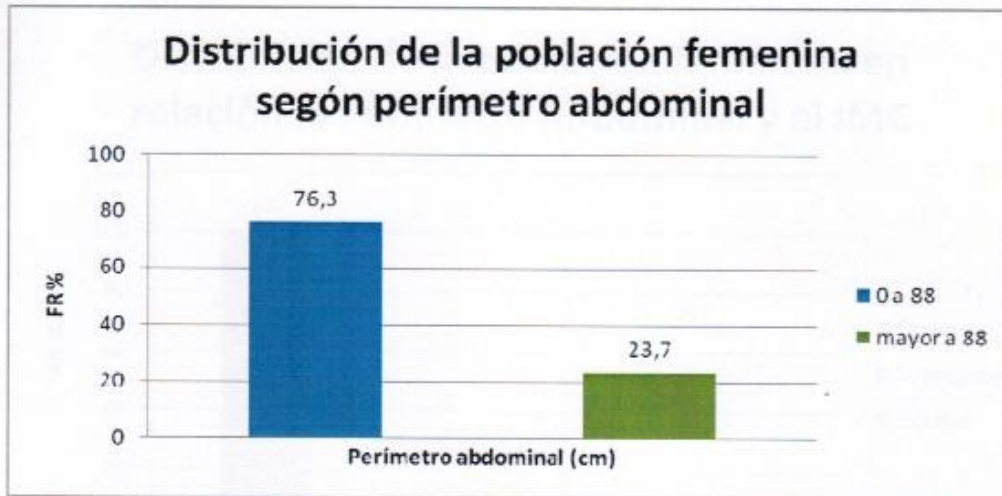
Definición conceptual: El perímetro abdominal es una medida antropométrica que permite determinar la grasa acumulada en el cuerpo. En la mujer se toma como límite 88 centímetros y en el hombre, 102 centímetros. Si en una persona con exceso de peso el perímetro abdominal es menor que los valores mencionados se habla de obesidad periférica, mientras que se habla de obesidad central cuando el perímetro abdominal es mayor.

12.1.1- Tabla de distribución de la población femenina de la comunidad educativa de la Facultad de Enfermería según perímetro abdominal.

Mujeres		
Perímetro Abdominal (cm)	FA	FR%
menor a 88	29	76,3
mayor a 88	9	23,7
Total	38	100

Fuente: Estudio Epidemiológico Salud Adulto y Anciano.

12.1.2- Gráfico de distribución de la población femenina de la comunidad educativa de la Facultad de Enfermería según perímetro abdominal.



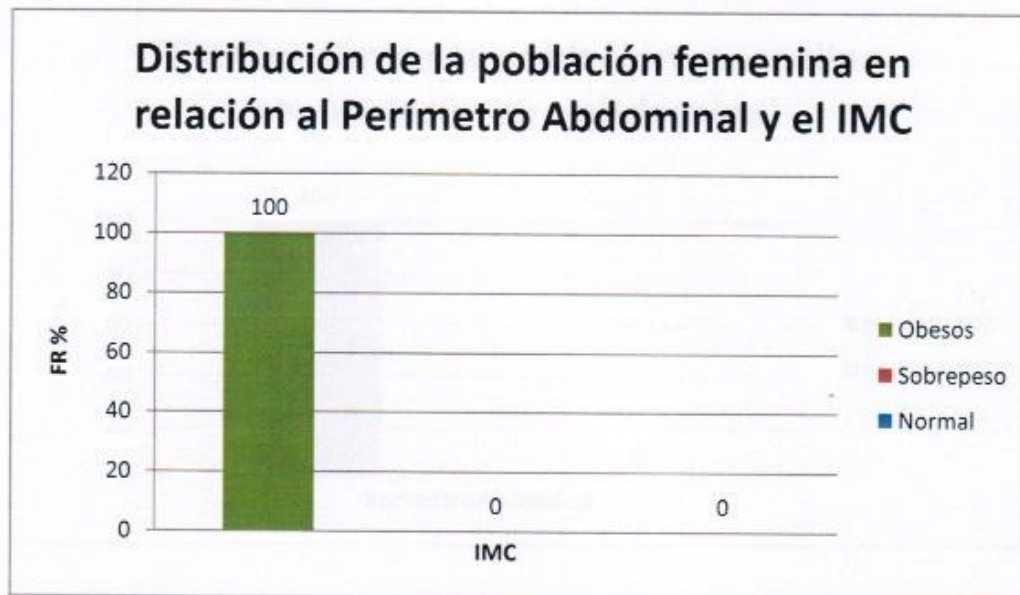
Fuente: Estudio Epidemiológico Salud Adulto y Anciano.

12.2.1- Tabla de distribución de la población femenina de la comunidad educativa de la Facultad de Enfermería según el IMC y su PA (mayor a 88cm).

IMC	PA >88 cm	
	FA	FR %
Obesos	9	100
Sobrepeso	0	0
Normal	0	0
Total	9	100

Fuente: Estudio Epidemiológico Salud Adulto y Anciano.

12.2.2- Gráfico de distribución de la población femenina de la comunidad educativa de la Facultad de Enfermería según el IMC y su PC (mayor a 88cm)



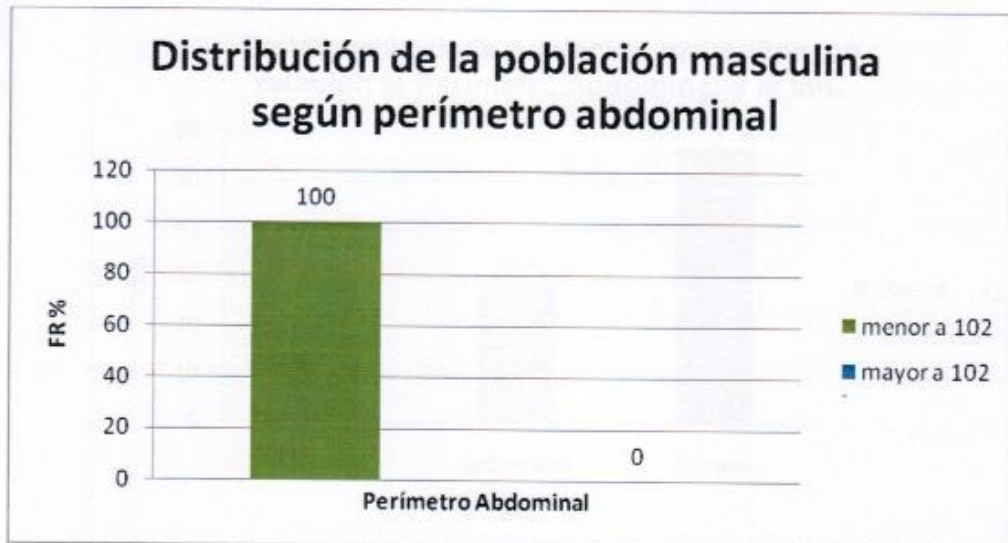
Fuente: Estudio Epidemiológico Salud Adulto y Anciano.

12.3.1- Tabla de distribución de la población masculina de la comunidad educativa de la Facultad de Enfermería según perímetro abdominal.

Hombres		
Perímetro Cintura (cm)	FA	FR%
menor a 102	7	100
102 o mayor	0	0
Total	7	100

Fuente: Estudio Epidemiológico Salud Adulto y Anciano.

12.3.2- Gráfico de distribución de la población masculina de la comunidad educativa de la Facultad de Enfermería según perímetro abdominal.



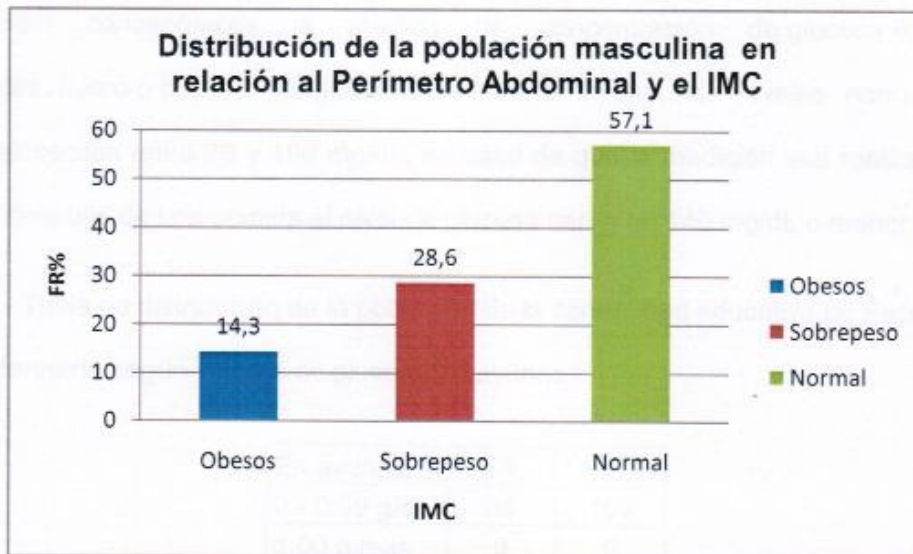
Fuente: Estudio Epidemiológico Salud Adulto y Anciano.

12.4.1- Tabla de distribución de la población masculina de la comunidad educativa de la Facultad de Enfermería según el IMC y su PA.

IMC	PA <102 cm	
	FA	FR %
Obesos	1	14,3
Sobrepeso	2	28,6
Normal	4	57,1
Total	7	100

Fuente: Estudio Epidemiológico Salud Adulto y Anciano.

12.4.2- Gráfico de distribución de la población masculina de la comunidad educativa de la Facultad de Enfermería según el IMC su PA.



Fuente: Estudio Epidemiológico Salud Adulto y Anciano.

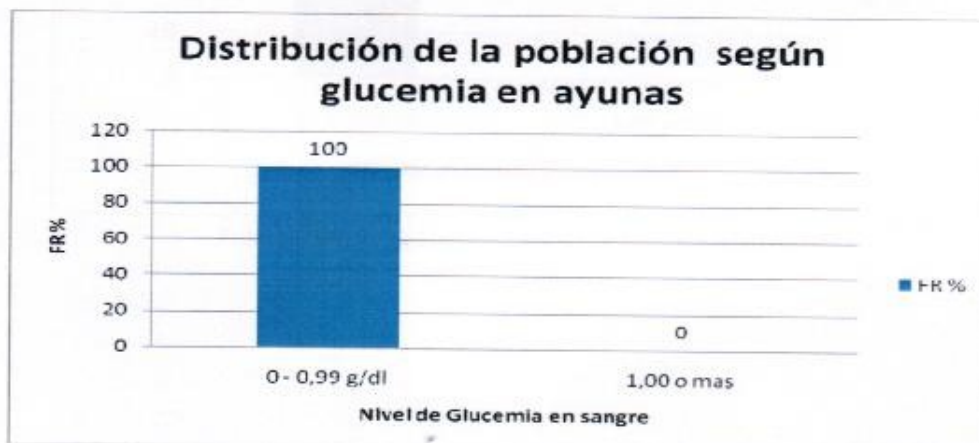
13- Distribución de la población de la comunidad educativa de Facultad de Enfermería según valor del nivel de glucosa en sangre.

Definición conceptual: es la medida de concentración de glucosa libre en la sangre, suero o plasma sanguíneo. Durante el ayuno, los niveles normales de glucosa oscilan entre 70 y 100 mg/dL, en caso de que la medición sea realizada dos horas después de una comida el nivel de glucosa oscila en 140 mg/dL o menor.

13.1.1- Tabla de distribución de la población de la comunidad educativa de Facultad de Enfermería según valores de glucosa en ayunas.

En ayunas	FA	FR %
0 - 0,99 g/dl	34	100
1,00 o mas	0	0
Total	34	100

13.1.2- Gráfico de distribución de la población de la comunidad educativa de Facultad de Enfermería según valor de glucosa en ayunas.



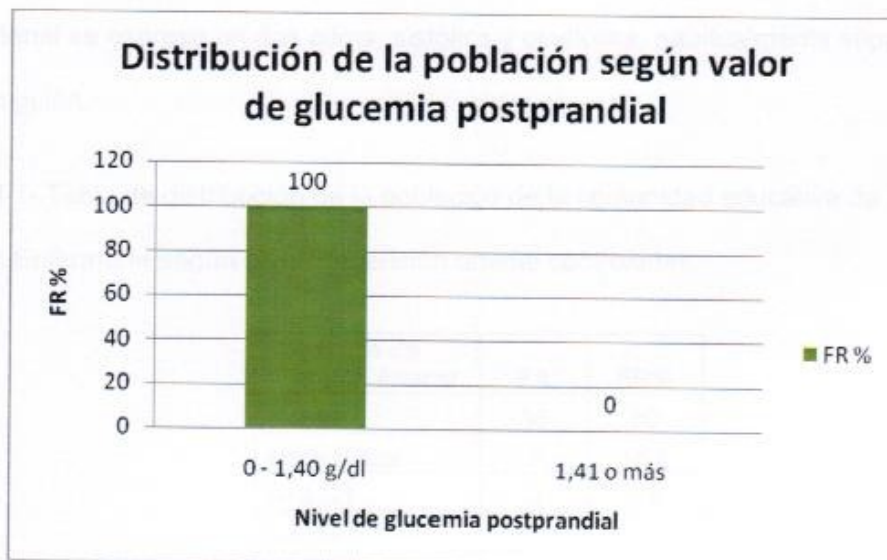
Fuente: Estudio Epidemiológico Salud Adulto y Anciano.

13.2.1- Tabla de distribución de la población de la comunidad educativa de Facultad de Enfermería según valor de glucosa postprandial.

Postprandial	FA	FR %
0 - 1,40 g/dl	11	100
1,41 o más	0	0
Total	11	100

Fuente: Estudio Epidemiológico Salud Adulto y Anciano.

13.2.2- Gráfico de distribución de la población de la comunidad educativa de Facultad de Enfermería según valor de glucosa postprandial.



Fuente: Estudio Epidemiológico Salud Adulto y Anciano.

14- Distribución de la población de la comunidad educativa de la facultad de enfermería según cifras de Tensión Arterial controladas.

Definición conceptual: Presión o fuerza que ejerce contra la pared la sangre que circula por el sistema arterial. Se expresa en milímetros de mercurio (mmHg) por encima de la presión barométrica o atmosférica, que se toma como presión 0. La presión arterial depende de la presión ejercida por la sangre expulsada por el ventrículo en cada sístole. Esto hace que el flujo en el sistema arterial sea pulsátil. En la acmé de la onda sistólica se alcanzan una presión máxima (presión sistólica), que va cayendo de forma paulatina hasta que se cierra la válvula aórtica o pulmonar, estabilizando la presión arterial (presión diastólica). Por tanto la presión arterial se expresa en dos cifras, sistólica y diastólica, habitualmente separadas por un guión.

14.1- Tabla de distribución de la población de la comunidad educativa de Facultad de Enfermería según cifras de tensión arterial controladas.

Cifras de Tensión Arterial	FA	FR%
Normal	36	80
Normal Alta	7	15.5
Grado I	2	4.5
Grado II	0	0
Grado III	0	0
Total	45	100

Fuente: Estudio Epidemiológico Salud Adulto y Anciano.

14.1- Gráfico de distribución de la población de la comunidad educativa de Facultad de Enfermería según cifras de tensión arterial controladas.





Fuente: Estudio Epidemiológico Salud Adulto y Anciano.

15- Distribución de la población de la comunidad educativa de Facultad de Enfermería según realización de Exámenes Clínicos.

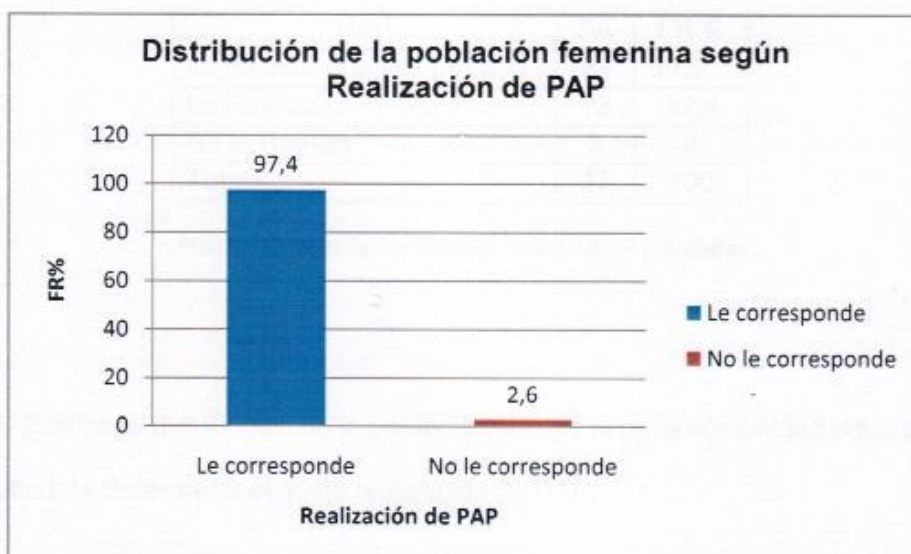
Definición conceptual: Entendiéndose por exámenes clínicos los realizados por la población de sexo femenino de acuerdo a lo establecido por el Ministerio de Salud Pública. En el caso del PAP deberán realizárselo las mujeres no histerectomizadas entre las edades de 21 y 65 años, con una frecuencia de una vez cada tres años si los resultados son normales, de acuerdo a las recomendaciones dispuestas por la Sociedad Americana del Cáncer y del Instituto Nacional del Cáncer. Para la Mamografía, de acuerdo a las recomendaciones internacionales, se realizará a las mujeres entre 40 y 59 años, cada dos años cuando los estudios son normales. Siendo el caso del sexo masculino hace referencia al examen de próstata el cual se recomienda sin antecedentes comenzar a los 50 años.

15.1.1- Tabla de distribución de la población femenina de la comunidad educativa de la Facultad de Enfermería según la realización de PAP.

Realización de PAP	FA	FR %
Le corresponde	37	97,4
No le corresponde	1	2,6
Total	38	100

Fuente: Estudio Epidemiológico Salud Adulto y Anciano.

15.1.2- Gráfico de distribución de la población femenina de la comunidad educativa de la Facultad de Enfermería según la realización de PAP.



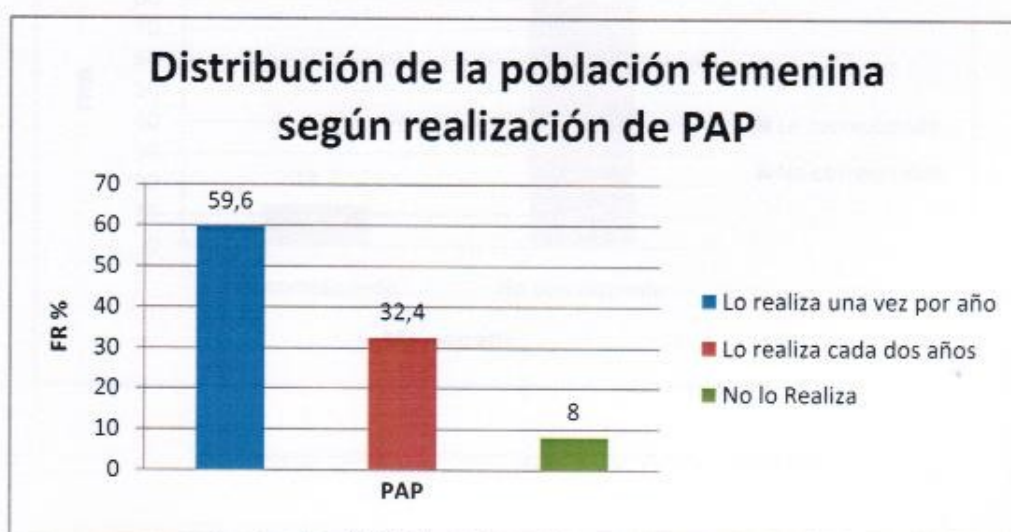
Fuente: Estudio Epidemiológico Salud Adulto y Anciano

15.2.1- Tabla de distribución femenina de la comunidad educativa de la Facultad de Enfermería según le corresponda, la realización del PAP.

PAP	FA	FR %
Lo Realiza una vez por año	22	59,6
Lo Realiza cada dos años	12	32,4
No lo Realiza	3	8
Total	37	100

Fuente: Estudio Epidemiológico Salud Adulto y Anciano.

15.2.2- Gráfico de distribución de la población femenina de la comunidad educativa de la Facultad de Enfermería según la realización de PAP.



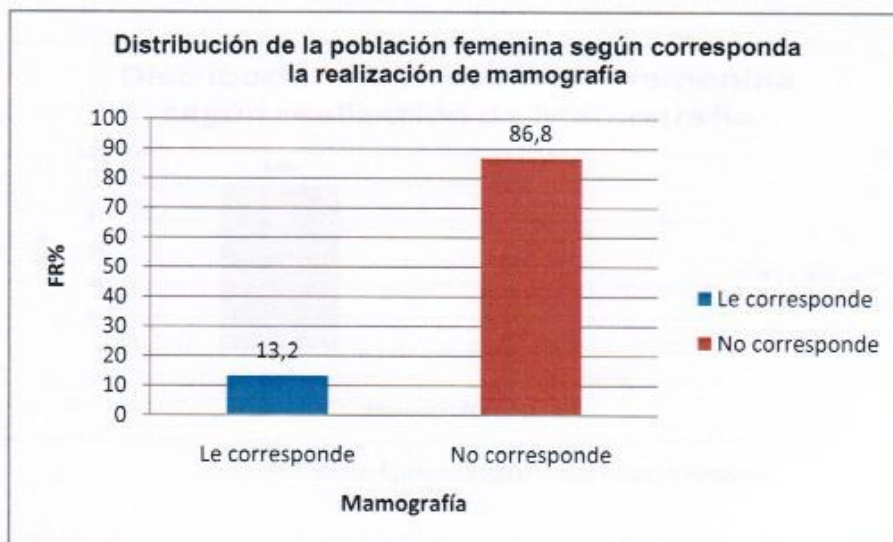
Fuente: Estudio Epidemiológico Salud Adulto y Anciano.

15.3.1- Tabla de distribución de la población femenina de la comunidad educativa de la Facultad de Enfermería según le correspondía la realización de Mamografía.

Mamografía	FA	FR %
Le corresponde	5	13,2
No corresponde	33	86,8
Total	38	100

Fuente: Estudio Epidemiológico Salud Adulto y Anciano

15.3.2- Gráfico de distribución de la población femenina de la comunidad educativa de la Facultad de Enfermería según le correspondía la realización de Mamografía.



Fuente: Estudio Epidemiológico Salud Adulto y Anciano

15.4.1- Tabla de distribución de la población femenina de la comunidad educativa de la Facultad de Enfermería según la realización de Mamografía.

Mamografía	FA	FR %
La realiza	5	100
No la realiza	0	0
Total	5	100

Fuente: Estudio Epidemiológico Salud Adulto y Anciano

15.4.2- Gráfico de distribución de la población femenina de la comunidad educativa de la Facultad de Enfermería según la realización de Mamografía.



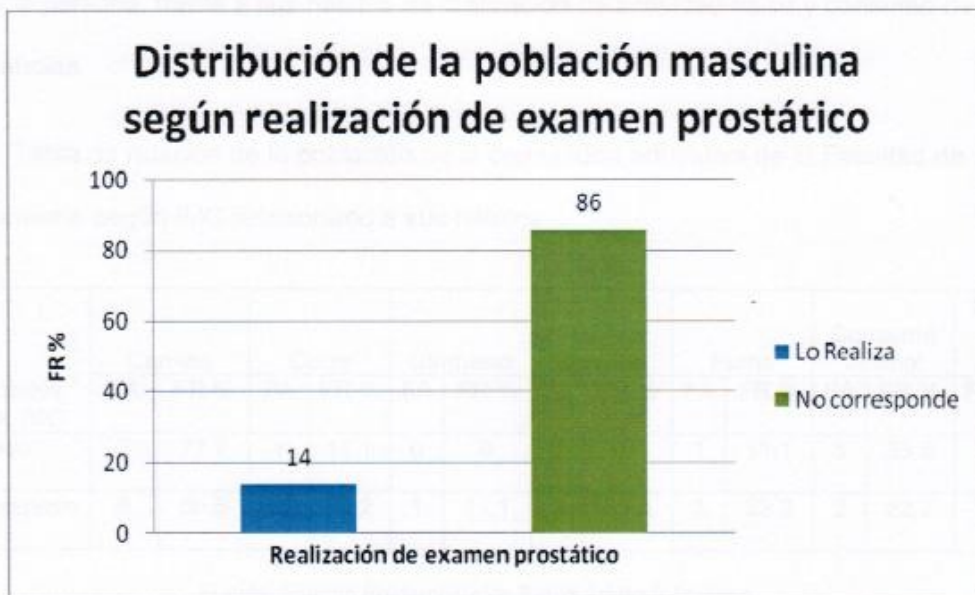
Fuente: Estudio Epidemiológico Salud Adulto y Anciano

15.5.1- Tabla de distribución de la población masculina de la comunidad educativa de la Facultad de Enfermería según la realización de examen de próstata.

Examen prostático	FA	FR %
Se realiza	1	14
No corresponde	6	86
Total	7	100

Fuente: Estudio Epidemiológico Salud Adulto y Anciano

15.5.2 Gráfico de distribución de la población masculina de la comunidad educativa de la Facultad de Enfermería según la realización de examen de próstata.



Fuente: Estudio Epidemiológico Salud Adulto y Anciano

16- Distribución de la población de la comunidad educativa de Facultad de Enfermería según Índice de Masa Corporal en relación a Hábitos.

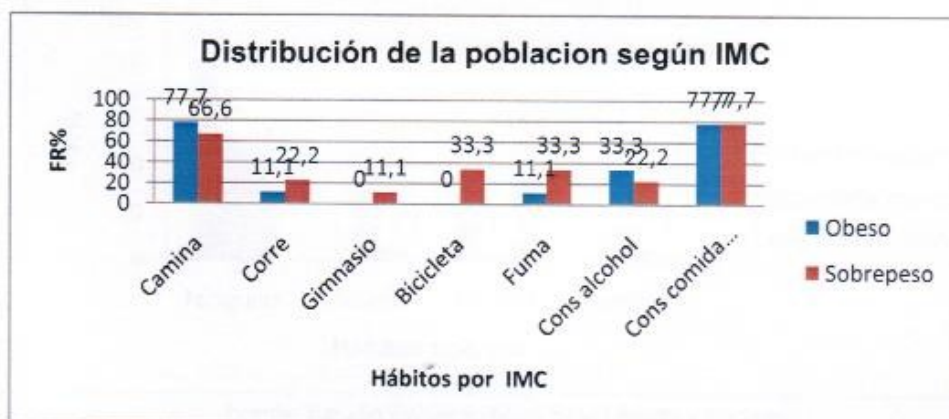
Definición conceptual: hace referencia a la relación entre el Índice de Masa Corporal de una persona, frente a sus hábitos de realización de actividad física y consumo de sustancias.

16.1-Tabla de relación de la población de la comunidad educativa de la Facultad de Enfermería según IMC relacionado a sus hábitos.

Hábitos por IMC	Camina		Corre		Gimnasio		Bicicleta		Fuma		Consume alcohol		Consume comida rápida	
	FA	FR %	FA	FR %	FA	FR %	FA	FR %	FA	FR %	FA	FR %	FA	FR %
Obeso	7	77.7	1	11.1	0	0	0	0	1	11.1	3	33.3	7	77.7
Sobrepeso	6	66.6	2	22.2	1	11.1	3	33.3	3	33.3	2	22.2	7	77.7

Fuente: Estudio Epidemiológico Salud Adulto y Anciano.

16.2- Gráfico de distribución de la población de la comunidad educativa de la Facultad de Enfermería según IMC relacionado a sus hábitos.



Fuente: Estudio Epidemiológico Salud Adulto y Anciano.

17- Distribución de la población de la comunidad educativa de Facultad de Enfermería según Hábitos Nocivos en relación a Nivel de Instrucción.

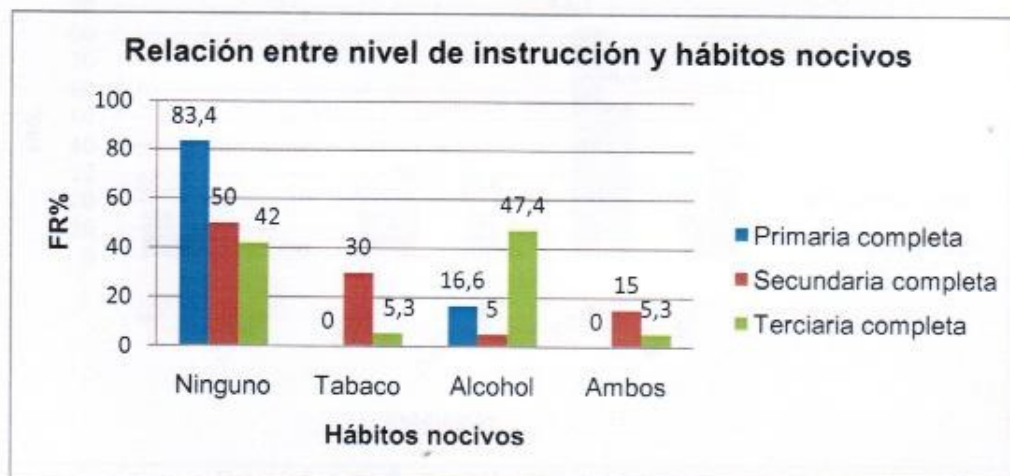
Definición conceptual: hace referencia a la relación entre el máximo nivel educativo alcanzado por las personas frente a los hábitos de consumo de sustancias que las mismas presentan.

17.1- Tabla de relación de la población de la comunidad educativa de la Facultad de Enfermería según nivel de instrucción y hábitos nocivos

Nivel de Instrucción	No presenta		Solo Tabaco		Solo Alcohol		Ambos	
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
Primaria completa	5	83,4	0	0	1	16,6	0	0
Secundaria completa	10	50	6	30	1	5	3	15
Terciaria completa	8	42	1	5,3	9	47,4	1	5,3

Fuente: Estudio Epidemiológico Salud Adulto y Anciano.

17.2- Gráfico de relación de la población de la comunidad educativa de la Facultad de Enfermería según nivel de instrucción y hábitos nocivos.



Fuente: Estudio Epidemiológico Salud Adulto y Anciano.

18- Distribución de la población de la comunidad educativa de Facultad de Enfermería según Patologías Presentes y Actividad Física que realiza.

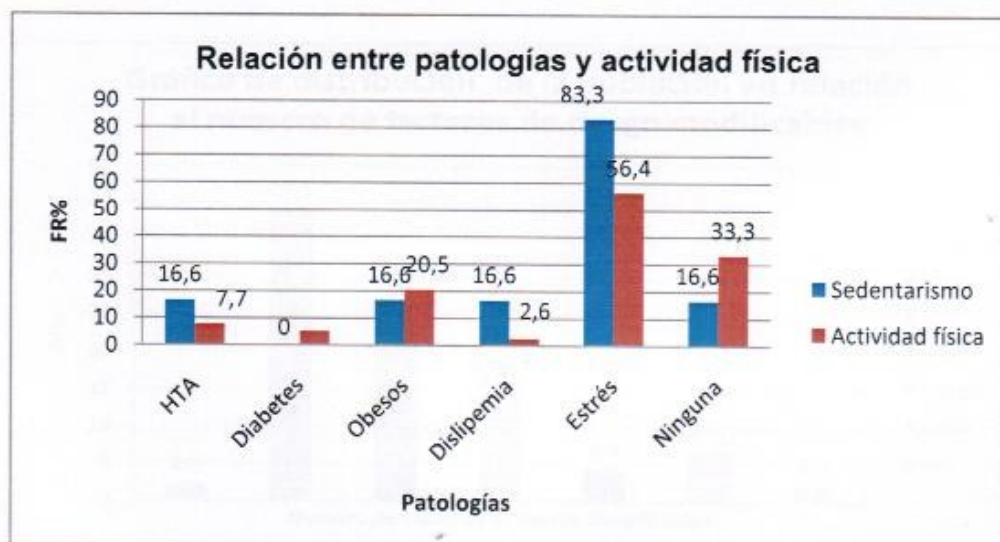
Definición conceptual: hace referencia a la relación entre los hábitos de realización de actividad físicas de las personas y las patologías que les fueron diagnosticadas.

18.1- Tabla de relación de la población de la comunidad educativa de la Facultad de Enfermería

Actividad física	HTA		Diabetes		Obesos		Dislipemia		Estrés		Ninguna	
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
Sedentarismo	1	16,6	0	0	1	16,6	1	16,6	5	83,3	1	16,6
Actividad física	3	7,7	2	5,1	8	20,5	1	2,6	22	56,4	13	33,3

Fuente: Estudio Epidemiológico Salud Adulto y Anciano.

18.2- Gráfico de relación de la población de la comunidad educativa de la Facultad de Enfermería según patologías presentes y actividad física que realiza.



Fuente: Estudio Epidemiológico Salud Adulto y Anciano.

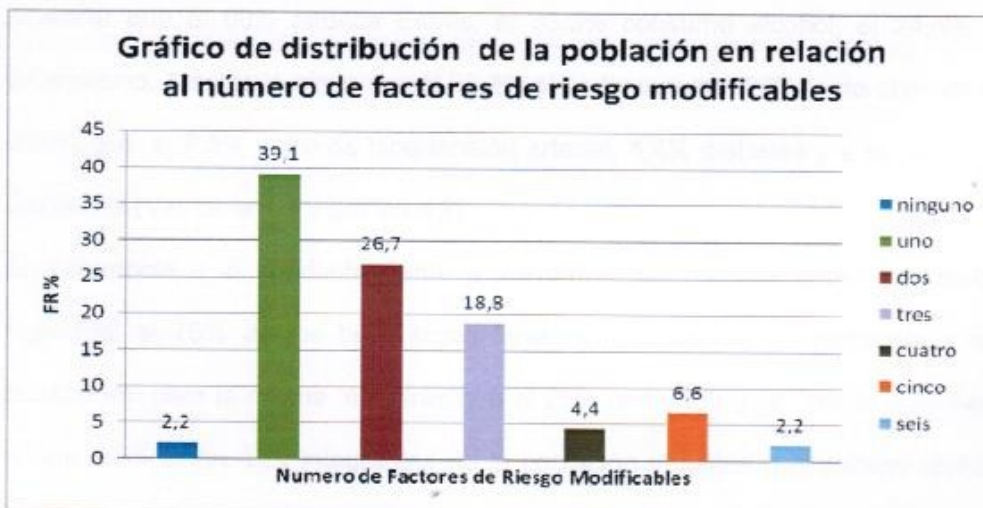
19-Distribución de la población de la comunidad educativa de Facultad de Enfermería según Factores de Riesgo Modificables.

19.1- Tabla de relación de la población de la comunidad educativa de la Facultad de Enfermería según número de Factores de riesgo modificables

Nº de Factores de Riesgo	FA	FR %
Ninguno	1	2,2
1	16	39,1
2	12	26,7
3	9	18,8
4	2	4,4
5	3	6,6
6	1	2,2
Total	45	100

Fuente: Estudio Epidemiológico Salud Adulto y Anciano.

19.2- Gráfico de relación de la población de la comunidad educativa de la Facultad de Enfermería según número de Factores de riesgo modificables.



Fuente: Estudio Epidemiológico Salud Adulto y Anciano.

CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN Y FACTORES DE RIESGO.

De acuerdo a los datos recabados, encontramos que el 84,4% de la población corresponde al sexo femenino, y el 15,6 % al sexo masculino. (Ver tabla 1.1 y gráfico 1.2)

Con respecto a la edad, podemos decir que el 42,2% de nuestra población se encuentra en el rango etario de 29 a 36 años, el 20% se encuentra entre 37 y 44 años. Le siguen a estos con el 17,8% los que se encuentran entre 21 y 28 años, con el 11,1% el grupo etario entre 45 y 52 años de edad, el 6,7% para los que se encuentran entre 53 y 60 años y finalmente con el 2,2 % los que se encuentran entre 61 y 66 años de edad.(Ver tabla 2.1 y gráfico 2.2)

En cuanto al nivel de instrucción de la población estudiada, encontramos que el 44,5% ha terminado la secundaria, el 42,2% ha culminado los estudios terciarios y el 13,3% de la población tiene la enseñanza primaria completa.(Ver tabla 3.1 y gráfico 3.2)

Observando los antecedentes personales de los actores de la Facultad, se puede destacar que el 60% padece Estrés, el 33,3% consume alcohol, el 24,4% refiere tabaquismo. A estos le sigue con el 22,2% el sedentarismo, 20% tanto obesidad como sobrepeso, el 8,8% sufre de hipertensión arterial, 4,4% diabetes y a su vez 4,4% de dislipemia.(Ver tabla 4.1 y gráfico 4.2)

En referencia a la conducta frente a las patologías diagnosticadas se destaca lo siguiente: el 75% de los hipertensos llevan un control de su patología y reciben medicación para la misma, mientras que el 25% restante no se realiza controles y no recibe medicación. Los integrantes de la población muestral que padece diabetes el 50% se controla y recibe medicación y el 50% restante no se controla ni recibe

medicación. Mientras que el 100% de los que padecen dislipemia se controla únicamente el 50% recibe medicación. (Ver tabla 5.1 y gráfico 5.2)

Con respecto a los hábitos alimenticios, podemos decir que el 11,1% consume carnes rojas todos los días, el 74,4% lo hace 3 veces por semana, el 12,3% lo hace una vez al mes, y el 2,2% no consume carnes rojas.

El 74,4% consume pollo 3 veces por semana, el 14,5% lo hace una vez al mes, el 11,1% no consume pollo y ninguno consume lo consume a diario.

El 12,3% de la población consume pescado todos los días, el 21% consume pescado 3 veces por semana, el 44,4% lo hace una vez al mes, mientras que el 22,1% no consume.

El 2,2% consume cerdo todos los días, el 17,9% lo hace 3 veces por semana, el 42,2% una vez por mes y el 37,7% no consume cerdo.

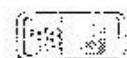
En cuanto a la comida rápida, el 11,1% la consume todos los días, el 36,7% lo hace 3 veces a la semana, el 34,5% una vez al mes y el 17,7% no consume comidas rápidas. (Ver tabla 6.1 y gráfico 6.2)

En lo que se refiere a la actividad física, el 35,5% camina todos los días, el 22,2% camina 3 veces por semana, mientras que el 42,3% no realiza este ejercicio.

El 84,6% de la comunidad educativa de la facultad no corre; el 15,4% restante lo hace 3 veces por semana.

El 15,4% anda en bicicleta todos los días y el 20% lo hace 3 veces por semana, mientras que el 64,6% no realiza ejercicio en bicicleta.

El 13,4% de la muestra concurre al gimnasio 3 veces por semana. Por otro lado el 86,6% que resta no va al gimnasio. (Ver tabla 7.1 y gráfico 7.2)



Referente a los hábitos nocivos, el 33,3% de la población de estudio consume solo alcohol, un 24,4% solo tabaco, el 9,1% mantiene ambos hábitos y el 37,7% no presenta ninguno de éstos hábitos nocivos.(Ver tabla 8.1 y gráfico 8.2)

Referido al consumo de sal, el 68,8% presenta un consumo normal, el 11,1% le agrega sal a las comidas, mientras que el 20,1% refiere tener una dieta hiposódica. (Ver tabla 9.1 y gráfico 9.2)

En cuanto al carné de salud, el 84,4% lo presenta vigente. Por otro lado, el 15,6% lo tiene que renovar.(Ver tabla 10.1 y gráfico 10.2)

En lo que respecta al IMC, el 60% corresponde a un IMC normal, el 20% a las personas con sobrepeso, y el mismo porcentaje presentan los obesos.(Ver tabla 11.1 y gráfico 11.2)

En relación al perímetro abdominal, encontramos que de la población femenina el 76.3% presenta un perímetro inferior o igual a 88 centímetros, mientras que el 23.7% presenta un perímetro abdominal superior a 88 centímetros,(Ver tabla 12.1.1 y gráfico 12.1.2) y de este porcentaje, el 100% son obesas. (Ver tabla 12.2.1 y gráfico 12.2.2); referente al sexo masculino encontramos que en el 100% de los mismos su perímetro abdominal es menor o igual a 102 centímetros. (Ver tabla 12.3.1 y gráfico 12.3.2). De estos podemos decir que el 14,3% era obeso, el 28,6% presentaba sobrepeso y el 57,1% corresponde a los que su IMC era normal.(Ver tabla 12.4.1 y gráfico 12.4.2)

Haciendo referencia a los niveles de glucemia que se tomaron a la población encontramos que, de quienes se encontraban en ayunas el 100% se encontraba por debajo de 0.99 g/dl (Ver tabla 13.1.1 y gráfico 13.1.2) y de quienes habían consumido



algún alimento en menos de 2 horas el 100% se encontraba por debajo de 1.40 g/dl. (Ver tabla 13.2.1 y gráfico 13.2.2) En ambos casos no tenemos población que se encuentre por fuera de los parámetros determinados por la asociación de diabéticos de Estados Unidos.

En cuanto a los valores de tensión arterial obtenidos al momento de la encuesta, tenemos que el 80% de nuestra población se encuentra dentro de los parámetros determinados como normales, el 15.5% la encontramos dentro de un nivel normal alto y un 4.5% dentro de un nivel grado I. (Ver tabla 14.1 y gráfico 14.2)

Con respecto a los exámenes clínicos, en la población femenina el 89,5% se realiza el PAP, el 7,9% no se realiza este estudio, y el 2,6% no le corresponde hacerlo.(Ver tabla 15.1.1 y gráfico 15.1.2) De la población que se lo realiza, el 64,7% lo hace cada año, mientras que el 35,3% se lo realiza cada dos años. (Ver tabla 15.2.1 y gráfico 15.2.2)

En lo que refiere a la mamografía, al 13,2% le corresponde realizarse, mientras que al 86,8% restante no le corresponde. (Ver tabla 15.3.1 y gráfico 15.3.2). De las aqueleas a quienes le corresponde el 100% se la realiza. (Ver tabla 15.4.1 y gráfico 15.4.2)

Dentro de la población masculina, en lo que respecta al examen de Próstata, el 22,2% se lo realiza, mientras que al 77,8% no corresponde su realización.(Ver tabla 15.5.1 y gráfico 15.5.2)

Relacionando el IMC con la realización de actividad física, los hábitos nocivos y el consumo de comidas rápidas, podemos decir que el 77,7% de los obesos camina; el 11,1% corre; el 11,1% es fumador; el 33,3% consume alcohol; el 77,7% consume comidas rápidas.De los que presentan sobrepeso, un 66,6% camina; el 22,2% corre; el

11,1% concurre al gimnasio; el 33,3% anda en bicicleta; el 22,2% consume alcohol; el 77,7% consume comida rápida.(Ver tabla 16.1 y gráfico 16.2)

Relacionando el nivel de instrucción con los hábitos nocivos, de los que tienen primaria completa el 83,4% no presenta, el 16,6% consume solamente alcohol. No tenemos población que consuma tabaco solamente ni ambos. De los que tienen secundaria completa el 30% consume solamente tabaco, el 5% solamente alcohol, el 15% ambos, siendo el 50% de la población quienes no presentan hábitos nocivos. Entre quienes tienen terciaria completa, el 47,4% consume solamente alcohol, el 5,3% consume solamente tabaco, y el mismo porcentaje corresponde a los que presentan ambos hábitos; siendo el 42% la población que no presenta hábitos nocivos. (Ver tabla 17.1 y gráfico 17.2)

En la relación de actividad física y patologías presentes, encontramos que de los sedentarios el 83,3% refiere presentar estrés, y en iguales porcentajes (16,6%), se encuentran hipertensos, obesos y dislipémicos, no encontrando sedentarios diabéticos. También con el 16,6% ubicamos sedentarios sin patologías. En cuanto a los que realizan actividad física, el 56,4% refieren tener estrés, el 20,5% son obesos, el 7,7% son hipertensos, el 5,1% padece diabetes, y el 2,6% presenta dislipemia. El 33,3% no presenta patologías.(Ver tabla 18.1 y gráfico 18.2)

ANALISIS

Como resultado del trabajo de investigación realizado se obtuvieron diversos datos acerca de las variables seleccionadas para el estudio (ver carpeta adjunta con formularios aplicados), los mismos fueron posteriormente procesados, obteniéndose de esta manera el siguiente análisis.

El total de la muestra de estudio se conformó por 45 actores de la comunidad educativa de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República.

A continuación se describirán variables que constituyen factores de riesgo modificables, además de aquellos no modificables que permitan caracterizar la población en estudio.

Respecto a los factores de riesgo se consideró relevante clasificar a la población según la cantidad de factores modificables (hábitos alimenticios, actividad física, exámenes clínicos, carné de salud, parámetros antropométricos, presión arterial, valores capilares de glucemia y nivel educativo) y no modificables (edad, sexo, patologías) presentes en los individuos.

En lo que refiere a factores no modificables el 6,6% presentó solamente un factor, 4,4% presentó dos factores. El 89% no presentó factores de riesgo no modificables.

En cuanto a los factores de riesgo modificables, podemos decir que el 97,7% de la población presenta al menos uno. Dentro de la población total, el 39,1% presentó un factor, el 26,7% presentó 2 factores, el 18,8% presentó 3 factores, el 4,4% presentó 4 factores, con el 6,6% se encuentran los que presentaron 5 factores, y el 2,2% de la



población presentó 6 factores de riesgo modificables. El 2,2% no presentó factores de riesgo incluidos dentro de esta clasificación.

De lo mencionado anteriormente se destaca el gran porcentaje de individuos (97,7%) que presentó factores de riesgo modificables, los cuales son susceptibles de ser erradicados o disminuidos mediante información respecto a hábitos y estilos de vida saludables y control médico de las patologías ya instaladas.

COMPARACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN REALIZADA CON ESTUDIOS PREVIOS

Para concluir con el análisis hemos realizado una comparación entre nuestros datos y los resultados obtenidos por la 1ª Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles, realizada en el año 2006 por el MSP. Mientras que dicho estudio indicó que el 33% de la población es fumador diario, en nuestra población dicho porcentaje alcanzó un 24,4%. La frecuencia de bebedores en el año 2005 era de 73,5%, de los cuales sólo el 71,6% eran bebedores actuales (aquellos que habían consumido bebidas alcohólicas en los últimos 30 días), mientras que en nuestro estudio el porcentaje de personas consumidoras de alcohol es de 33,3%. Un 46% de la población no consume pescado o lo hace menos de una vez por semana según el informe del MSP, mientras que en nuestra población el solamente el 22,1% no consume pescado, el 44,4 lo hace una vez al mes, el 21% lo hace 3 veces a la semana y el 12,3% consume diariamente. Según el estudio del año 2006 el 35% de la población presentaba niveles bajos de actividad física, ya en nuestra población el porcentaje de personas catalogadas como sedentarias abarca el 22,2%. La

prevalencia de presión arterial elevada según el estudio del MSP es de 30%, mientras que en nuestra población encontramos 4,5% de individuos con cifras tensionales elevadas; siendo que un 8,8% del total de la población es Hipertensa. Los resultados de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo arrojaron que un 57% de la población tiene sobrepeso u obesidad, mientras que en nuestro universo el porcentaje es de 40%. Según los resultados del MSP, el 57% tiene riesgo combinado alto, es decir presenta 3 o más factores de riesgo; para nuestra población dicho porcentaje fue de 32%.



CONCLUSIÓN

Relacionando los objetivos específicos que nos planteamos al comienzo de nuestro trabajo final de investigación con los resultados obtenidos, nos encontramos en condiciones de afirmar que se han logrado.

Se logró captar a un grupo de actores de la Facultad de Enfermería los cuales concurren a la actividad educativa brindada por la cátedra de Adulto y Anciano y brindando su consentimiento fueron partícipes de nuestra investigación.

A estos se los logró caracterizar distribuyéndolos en diferentes categorías, teniendo en cuenta distintas variables gracias a la aplicación del instrumento sociodemográfico. Posterior a ello se realizó el relevamiento de los datos procesándolos, identificando los factores de riesgo presentes en esa población.

Por lo cual afirmamos que, del total de los encuestados (45), el 84.4% es representado por población femenina, siendo en menor lugar, un 15.6%, población masculina. De estos ubicamos al 44.5% con secundaria completa, 42.2 % con terciaria completa, y en menor proporción (13.3%) a quienes presentan primaria completa.

En lo que respecta a los antecedentes personales, encontramos que en su mayoría (60%) presentan estrés siguiéndole el consumo de alcohol con un 28,8% y el de tabaco con el 24,4%, luego ubicamos a los usuarios que presentan sobrepeso y obesidad en la misma cantidad 20% cada uno, seguido por el 13,3% que representa a la población sedentaria. En menor porcentaje quienes presentan patologías instaladas siendo un 8,8% hipertensos, 4,4% diabéticos y en igual proporción dislipémicos. De quienes presentan patologías tenemos que, de los hipertensos el 75% se controla y de

estos el 100% recibe medicación, de los diabéticos el 50% se controla y recibe medicación y con respecto a quienes presentan dislipemia el 100% refiere controlarse y el 50% recibir medicación.

En lo que refiere a la alimentación quienes consumen carnes rojas el 74% lo realiza 3 veces por semana y con el mismo porcentaje (12.3%) lo hacen todos los días y 1 vez al mes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Hernández R, Fernández C, Baptista L. Metodología de la Investigación, 5ta ed. México: McGraw-Hill, 2010.
- 2- Ministerio de Salud Pública, División Epidemiología [Internet]. Montevideo. Disponible en: http://www.msp.gub.uy/ucepidemiologia_5551_1.html [consulta: 10 mar 2013].
- 3- Organización Mundial de la Salud. Estrategia de la OMS para la vigilancia de la Enfermedades Crónicas No Transmisibles, disponible en www.oms.org, Revisión mayo 2012.
- 4- Piñeiro R, Pérez E, Leyva J. Diccionario de Ciencias de la Salud. 1ª ed. Nueva York: Interamericana, McGraw-Hill; 1995.
- 5- Real Academia Nacional de Medicina de España, Diccionario de Términos Médicos, Editorial Médica Panamericana, Madrid, 2012.
- 6- <http://www.scielo.edu.uy/pdf/rmu/v20n1/art-7.pdf>
- 7- Ministerio de Salud Pública. Dirección general de salud. División epidemiología. Primera encuesta nacional de factores de riesgo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles, Uruguay 2009.
- 8- Organización Mundial de la Salud. Definiciones para Enfermedades crónicas. Disponible en http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/

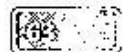


9- Organización Mundial de la Salud. Definición de Diabetes, disponible en

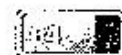
http://www.who.int/topics/diabetes_mellitus/es/

10- Organización Mundial de la Salud. Definición de Obesidad y sobrepeso , disponible en

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>



ANEXOS





ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO

DATOS DEL ENTREVISTADO

Nombre		C.I.	
--------	--	------	--

Indique el dato que corresponda																	
Montevideo			Interior			Barrio			Manzana/Solar		Calle		Número				
Fecha entrevista						Número de visitas											
Sexo		Edad		Trabaja		Tipo Ocupación Anterior			Tipo Ocupación Actual			Jubilado		Pensionista			
F	M																
Tiene hijos								Si		No							
Con quien vive																	
Solo			Cónyuge			Hijo/a			Nieto			Otros					
Nivel de educación			Primaria completa			Secundaria completa			Terciaria completa								
Cobertura médica			Si			No											
Servicio de emergencia móvil																	
Inmunización vigente			Si			No			No sabe								
Vacunas			Si			No			Neumococo			Antigripal			Antitetánica		
Estado Civil																	
Soltero			Casado			Divorciado			Viudo			Unión Libre					
Mayor de 65 años			Si			No			Carnet de salud de adulto mayor			Si			No		

Antecedentes Familiares											
Padres fallecidos por enfermedad cardiovascular						Si		No		No sabe	
Edad al fallecer				Padre		Madre		Tios			

	Obesidad			Tabaquismo			Sedentarismo			Estrés			Diabetes			Hipertensión Arterial			Dislipemia		
	Padre	Madre	Tios	Padre	Madre	Tios	Padre	Madre	Tios	Padre	Madre	Tios	Padre	Madre	Tios	Padre	Madre	Tios	Padre	Madre	Tios
Si																					
No																					

Antecedentes Personales									
Factores de riesgo modificables									
	Obesidad	Tabaquismo	Sedentarismo	Estrés	Diabetes	Hipertensión Arterial	Dislipemia	Enfermedades Respiratorias	
Si									
No									



ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO

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

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

	Se controla		Toma medicación		Nombre el fármaco
	Si	No	Si	No	
Hipertenso					
Diabético					
Obeso					
Hipercolesterolemia					

FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES

Estilo de vida - Hábitos Alimenticios

	Si	No	Todos los días	3 veces/semana	1 vez al mes
Consume carnes rojas					
Consume pollo					
Consume cerdo o derivados					
Consume pescado					

Realiza ejercicio físico

	Si	No	Diariamente	3 veces /semana	Cant. minutos
Bicicleta					
Concurre al gimnasio					
Camina					
Corre					
Otro tipo de actividad					

	Si	No	Hiposódico	Le agrega sal	Normal
Come con sal					

	Si	No	Diariamente	3 veces /semana	1 vez al mes
Come comida rápida (pizza, hamburguesas, etc.)					
Consume comidas elaboradas (embutidos, ya preparadas, etc.)					

Actividad laboral

	Si	No
Trabajo rural		
Trabajo con productos químicos (anilinas, barniz, cadmium)		

CONTROL MÉDICO

	Si	No	6 meses	2 años
Tiene carnet de salud vigente				

											Preventivo	Rutina
Realiza control médico												
Cardiólogo	Si	No	Geriatra	Si	No	Medicina Gral.	Si	No	Otros			



ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO

Exámenes	Control P/A (1)	ECG (2)	ECOCAR (3)	HOLTER (4)	Orina (5)	ECO. Ap. Urinario (6)	Doppler de vasos de cuello (7)	Sangre (8)	R. TX. (9)	Alterado (reg. n°)
Si										
No										

	Si	No	Cada cuanto
Examen ginecológico			
Papanicolau (PAP)			
Ecografía ginecológica			
Colposcopia			
Ecografía Transvaginal			
Mamografía			
Eco de mama			

Presenta alguno de estos síntomas (marque el dato afirmativo)	Si	No
Confusión repentina, dificultad al hablar o del entendimiento del habla		
Dificultad repentina para ver en uno o en ambos ojos		
Dificultad repentina al caminar, vértigo, o pérdida del equilibrio o de la coordinación		
Dolores de cabeza fuertes, repentinos y sin causa conocida		
Visión doble		
Somnolencia		
Otros		

EXÁMEN FÍSICO

	Valor	Fecha
Talla		
Peso		
IMC		
Perímetro de la cintura		
Cifra de glucemia		
Cifra de colesterolemia		
P/A	Valor último	

Realizar escalas de adulto mayor (mayor de 65 años)			
Pfeiffer		Lawton y Brody	



ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO

II) FACTORES DE RIESGO ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO

Antecedentes Personales CÁNCER DE BOCA

FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLES

Antecedentes Familiares				Padres fallecidos Enf. A. Digestivo			
Si		No		Si		No	

Antecedentes Familiares

Padre	Si	No	Madre	Si	No	Tíos	Si	No	No sabe

FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES

Consumo alcohol		Frecuencia		Fumador		Cuantos cigarrillos diarios	
Si	No	1 vaso diario (70 cm ³)	Más de 70 cm ³	Si	No		
Mala higiene bucal		Uso de prótesis		Alto consumo de hidratos de carbono			
Si	No	Si	No	Si	No		
Observaciones							

Antecedentes Personales CÁNCER DE ESÓFAGO

FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLES

Antecedentes Familiares				Padres fallecidos			
Si		No		Si		No	

Antecedentes Familiares

Padre	Si	No	Madre	Si	No	Tíos	Si	No

	Antecedentes Familiares			
	Si	No	Si	No
Acalasia				
Radioterapia previa				
Esofagitis Cáustica				
Divertículos esofágicos				

FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES

Presenta ud. reflujo gastro esofágico	Si	No
Observaciones		

Consumo de alimentos muy calientes	Si	No

EXÁMEN SÍNTOMAS

Síntomas (marque Si o No)	Si	No	A veces
Disfagia para sólidos			
Retención para líquidos			
Hemorragia digestiva			
Diarrea o estreñimiento			
Dolor precordial			
Pérdida de peso			
Tos			
Disfonía			



ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO

Antecedentes Personales CÁNCER DE ESTÓMAGO E INTESTINO

FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLES

Antecedentes Familiares				Padres fallecidos				
Si		No		Si		No		
Infección por <i>Helicobacter pylori</i>		Anemia megaloblástica o perniciosa (causada por la deficiencia de vitamina B12)		Gastritis aguda o crónica				
Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	
Antecedentes Familiares								
Padre	Si	No	Madre	Si	No	Tíos	Si	No
Tiene sangre tipo A			Si		No		Quien	
			Si		No			
Cáncer de estómago								
Cirugía previa del estómago								
Cáncer de colon no polipósico								
Poliposis familiar Adenomatosa								
Observaciones								

FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES

Consumo una dieta que incluye:	Si	No
Cantidades elevadas de alimentos carnes y pescados curados con sal		
Alimentos con alto contenido de almidón y con poca fibra		
Vegetales en vinagre		
Alimentos y bebidas que contienen nitratos y nitritos (acelga, lechuga, sin 3 veces lavados)		
El abuso del tabaco		
El abuso del alcohol		
Exposición a factores ambientales como polvos y vapores en el lugar de trabajo		

EXÁMEN SÍNTOMAS

Síntomas (marque Si o No)	Si	No
Malestar o dolor en el abdomen		
Náuseas y vómitos		
Diarrea o estreñimiento		
Pesadez abdominal después de las comidas		
Pérdida del apetito		
Fatiga y debilidad		
Vómitos con sangre o sangre en las heces		



ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO

III) FACTORES DE RIESGO PARA PATOLOGÍA DE PROSTATA - CP (Cáncer de próstata)

FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLES

Antecedentes de patologías neoplásicas		Raza Negra		Antecedentes Familiares de C.P.	
Si	No	Si	No	Si	No

FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES

Actividad física		Actividad sexual		Dieta		Hábitos: Tabaquismo/Alcohol	
Si	No	Si	No	Si	No	Si	No

FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES

Obesidad		
Peso (kg)	Talla ²	IMC>25

EXÁMENES PREVENTIVOS A PARTIR DE LOS 40 AÑOS	Si	No
Control con Urólogo 1 vez al año		
PSA (Antígeno prostático específico)		
Tacto rectal		

PRESENCIA DE SIGNOS Y SÍNTOMAS

Hematuria	Si	No
Disuria		
Nicturia		
Trastornos en la micción (dificultad en inicio, chorro débil, entrecortado, micción prolongada, urgencia)		
RAO		
Polaquiuria		
Incontinencia		

IV) FACTORES DE RIESGO PARA EL CÁNCER DE MAMA

FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLES

	Si	No
Menarca precoz		
Antecedentes familiares de cáncer de mama		
Nulípara		



ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO

V) FACTORES DE RIESGO DE LA PIEL

FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLES

			Antecedentes Familiares		Padres fallecidos	
	Si	No	Si	No	Si	No
Cáncer de cualquier origen						
Piel blanca						
Piel negra						
Piel asiática						
Tiene protuberancias o manchas que cambien de color, duelan o sangren			Si	No		

FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES

Exposición al medio ambiente	Si	No
Horas de exposición al sol a horas inapropiadas		
Uso de sombra como protección		
Exposición a RX ej.: laborales		
Exposición a sustancias químicas		
Tiene en cuenta el índice de radiación ultravioleta		

VI) FACTORES DE RIESGO OFTALMOLÓGICO

FACTORES DE RIESGO

	Si	No
Presenta signos y síntomas de disminución de la visión		
Antecedentes Familiares patología ocular		
Antecedentes Personales patología ocular (aclare cual)		
Antecedentes Familiares patologías crónicas		
Cirugías oculares previas		
Uso lentes (registre Artigmatismo - Presbicia - Miopía)		
Trabajo donde se expongan los ojos o tengan riesgo, o mucho esfuerzo visual		
Traumas peri oculares y oculares (anteriores)		
	Especifique cuales	
Ingesta de medicamentos (Amiodarona, Isotretinoín, Sumatrípan, Clonidina, etc.)		
Alergias y hospitalizaciones	Si	No
Última consulta	Fecha	
Otros datos		

ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Montevideo, Marzo del 2013.

Por medio de la presente se informa a los participantes sobre la investigación que se realizara en base a un "Estudio Sociodemográfico y epidemiológico, de la facultad de enfermería.

Dicha investigación está a cargo de 5 estudiantes avanzados de la carrera de Licenciatura de Enfermería de la Universidad de la República. Esta instancia se encuentra previamente avalada por los docentes tutores de la cátedra de Adulto y Anciano.

Si usted está de acuerdo en formar parte de esta investigación, se le solicitara que responda a una entrevista realizada por los estudiantes. La participación es totalmente voluntaria. Las respuestas son confidenciales, analizadas e incluidas en el trabajo de investigación de la carrera mencionada y nunca se comunican datos, individuales.

Desde ya le agradecemos su colaboración.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación conducida por estudiantes avanzados de la carrera de Lic. en Enfermería de la Universidad de la Republica. Ha sido informado del objetivo, duración y confidencialidad del mismo.

.....
Nombre del participante

.....
Firma del participante