



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

FACTORES PROTECTORES PARA LA SALUD DE LOS ADULTOS MAYORES AUTOVÁLIDOS

Autores:

Br. Esperben, Gabriela
Br. González, Valentina
Br. Pereira, Jennifer
Br. Souza, Virginia

Tutores:

Prof. Adj. Lic. Ana Arada
Prof. Adj. Lic. Rosana Rodríguez

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

Montevideo, 2019

AGRADECIMIENTOS

Agradecer en primera instancia a las docentes Licenciadas en Enfermería Ana Arada y Rosana Rodríguez por brindarnos su apoyo en todo momento, durante el proceso de la investigación.

En segundo lugar a nuestras familias y amigos que estuvieron como pilar fundamental a nuestro lado.

Agradecer también a los servicios y a las personas que fueron participe del proceso donde se realizó la investigación, por abrirnos sus puertas.

Por último, agradecer a nuestro equipo de trabajo por la unión y el compromiso reflejado en este trabajo de investigación.

Sin más que agregar; muchas gracias.

Índice

RESUMEN.....	4
INTRODUCCIÓN.....	5
OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	6
Objetivo general.....	6
Objetivos específicos.....	6
ANTECEDENTES.....	7
FUNDAMENTACIÓN.....	8
MARCO TEÓRICO.....	11
METODOLOGÍA.....	21
Variables: Definiciones conceptuales y operacionales.....	21
Instrumento de recolección de datos.....	25
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	29
TABLAS Y GRÁFICOS.....	29
ANÁLISIS.....	49
CONCLUSIÓN.....	53
SUGERENCIAS.....	55
CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	55
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	56
ANEXOS.....	60

RESUMEN

En el siguiente trabajo de investigación se abordaron factores protectores para la salud de los adultos mayores, ya que como profesionales de la salud observamos que los enfoques que predominan incluyen los factores de riesgo.

Esta problemática se vio reflejada en las búsquedas bibliográficas realizadas, dado que predominan los estudios basados en factores de riesgo.

El objetivo general de este trabajo fue conocer los factores protectores para la salud de los adultos mayores y así poder contribuir a mejorar la atención oportuna y adecuada de esta población.

La población de estudio estuvo constituida por adultos mayores que concurrieron a las Policlínicas Municipales Tiraparé y La Teja.

Se trata de un estudio cuantitativo-descriptivo de corte transversal. Los datos fueron recabados a través de entrevistas realizadas a los usuarios que cumplen con los criterios de inclusión de la investigación en el período comprendido entre el 7 de junio y 2 de julio del 2019. Como resultado los factores protectores más relevantes fueron percepción de redes de apoyo, funcionalidad familiar, ejercicio físico, sueño, Índice de masa corporal. Se destacó que un 96% de la población presentó percepción del apoyo social, en cuanto a la funcionalidad familiar un 75% pertenece a familias funcionales según el test de apgar familiar. En cuanto al ejercicio un 69% de los adultos lo ejerce; en cuanto al estado nutricional un 47% presenta sobrepeso y un 35% presenta un rango normal. En cuanto al sueño un 45% duerme entre 6 a 7 horas y un 33% entre 8 y 9, el cual según la OMS es lo adecuado.

Esta investigación concluye que las relaciones familiares de los adultos mayores son las más importantes. Los principales autores de apoyo social en la vida de los adultos mayores son personas de su propia familia. Se destaca que las mujeres poseen redes de apoyo más amplias y proveen apoyo para otras personas en mayor medida que los hombres.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación se llevó a cabo por cuatro estudiantes de la Licenciatura en Enfermería, Facultad de Enfermería, Universidad de la República (UDELAR), cursando el cuarto ciclo del tercer módulo de la carrera.

Se trabajó con usuarios adultos mayores de 65 años que concurrieron a dos servicios de salud del primer nivel de atención a las consultas de medicina general y a grupos de hipertensos-diabéticos.

La pregunta problema fue: “¿Cuáles son los factores protectores para la salud de los adultos mayores que concurren a policlínicas municipales Tiraparé y La Teja?”

Los datos fueron recabados partir de entrevistas realizadas en las policlínicas “La Teja” y “Luisa Tiraparé” en el departamento de Montevideo, en el período comprendido entre el 7 de junio y 2 de julio del corriente año.

Se lograron cumplir los objetivos planteados al inicio del trabajo de investigación, se logró caracterizar a la población y conocer la presencia de factores protectores para la salud.

La metodología utilizada fue cuantitativa descriptiva de corte transversal. Se estudiaron variables previamente pautadas para conocer la presencia de factores protectores en la vida de los adultos mayores a nivel personal, familiar y comunitario.

Los resultados fueron presentados mediante tablas y gráficas; posteriormente se realizó su respectivo análisis y conclusión.

El producto de este trabajo puede contribuir a futuras investigaciones, a la elaboración de herramientas para mejorar el cuidado de la vejez en Uruguay y a la formación de estudiantes y egresados dentro del área de la salud de los adultos mayores.

Se destaca la escasa información científica con respecto a los factores protectores de salud del adulto mayor auto válido.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo general

Conocer los factores protectores para la salud de los adultos mayores autoválidos, que concurren a las Policlínicas Municipales Tiraparé y La Teja.

Objetivos específicos

- Caracterizar a la población desde el punto de vista sociodemográfico y de salud.
- Identificar los factores protectores de salud en los adultos mayores autoválidos a nivel personal, familiar y social.

ANTECEDENTES

Se realizaron búsquedas bibliográficas con las palabras claves: “factores protectores”, “adulto mayor sano”, “factores protectores y adulto mayor” sin obtener resultados.

Utilizando las palabras claves “adulto mayor”, “factores protectores”, “apoyo social” se encontró en el buscador “Scielo” una investigación disponible sobre la percepción del apoyo social de un grupo de adultos mayores realizada por M. Cecilia Arechabala Mantuliz, Claudia Miranda Castillo llamada “*Validación de una escala de apoyo social percibido en un grupo de adultos mayores adscritos a un programa de hipertensión de la región metropolitana*” del año 2002. Consistió en una investigación a un grupo determinado de adultos mayores utilizando la escala multidimensional de apoyo social de Zimet, la cual consiste en 12 ítems que recogen información del apoyo social percibido por éstos en tres áreas: “*familia, amigos y otros significativos*”

En cuanto a los amigos, se demostró que tienen menor relevancia en los procesos de salud enfermedad aunque son una fuente de apoyo importante a nivel sentimental y emocional, y facilitan en un alto grado la integración social.

También se demostró que los valores obtenidos en la subescala amigos son menores a los valores obtenidos en la subescala familia. Se destaca que las mujeres poseen un alto grado de integración social ya que por lo general sus relaciones son más íntimas e intensas que la de los hombres.

Se realizó una búsqueda bibliográfica en la biblioteca de la Facultad de Enfermería donde se encontró a nivel nacional un trabajo de investigación de grado “*Factores protectores del adulto mayor*” realizado por 5 estudiantes pertenecientes a la Facultad de Enfermería, Universidad de la República del año 2015. El objetivo general de este trabajo fue conocer los factores protectores presentes el adulto mayor que se asisten en un servicio de primer nivel de atención en zona metropolitana de Montevideo. En ésta investigación se destacaron factores protectores presentes en la vida de los adultos mayores identificándose como alimentación, ingesta de líquidos, horas de sueño, la realización de actividad física, redes de apoyo y comunicación familiar.

FUNDAMENTACIÓN

Uno de los cambios demográficos más significativos de las últimas décadas es el incremento en la proporción de adultos mayores respecto a la población general, relacionado con el aumento en la expectativa de vida y el descenso en la tasa de natalidad. Por lo tanto, el adulto mayor se ha convertido en uno de los principales focos de atención.

El envejecimiento de la población está a punto de convertirse en una de las transformaciones sociales más significativas del siglo XXI, con consecuencias para casi todos los sectores de la sociedad, entre ellos, el mercado laboral, financiero y la demanda de bienes y servicios (viviendas, transportes, protección social, entre otros), así como para la estructura familiar y los lazos intergeneracionales. (1)

Según la OMS entre 2000 y 2050, la proporción de los habitantes del planeta mayores de 60 años se duplicará, pasando del 11% al 22%. En números absolutos, este grupo de edad pasará de 605 millones a 2000 millones en el transcurso de medio siglo.

El cambio demográfico será más rápido e intenso en los países de ingresos bajos y medianos, por ejemplo tuvieron que transcurrir 100 años para que en Francia, (actualmente país de ingresos altos) el grupo de habitantes de 65 años o más se duplicará de un 7% a un 14%.

Por el contrario, en países como Brasil y China de ingresos medios, esa duplicación ocurrirá en menos de 25 años.

En el caso de las personas octogenarias y nonagenarias también se verá aumentada su cantidad, entre 2000 y 2050 la cantidad de personas de 80 años o más aumentará casi cuatro veces hasta alcanzar los 395 millones.

Se pronostica que de aquí al año 2050 la cantidad de ancianos que no pueden valerse por sí mismos se multiplicará por cuatro en los países en desarrollo.

Muchos ancianos de edad muy avanzada pierden la capacidad de vivir independientemente porque padecen limitaciones de la movilidad, fragilidad u otros problemas físicos o mentales. Muchos necesitan alguna forma de asistencia a largo plazo, que puede consistir en cuidados domiciliarios o comunitarios y ayuda para la vida cotidiana, reclusión en asilos y estadías prolongadas en hospitales. (2)

En Uruguay según el Censo realizado en el año 2011 el 19% de la población es adulta mayor, es decir, más de 600.000 uruguayos son mayores de 60 años, el 59% de esa población es femenina.

En nuestro país existe un programa denominado “Programa Nacional del Adulto Mayor” (PRONAM) que procura mejorar el concepto de calidad de vida de los adultos mayores, garantizando una vida digna, plena y participativa mediante el desarrollo de éste.

“...Uruguay constituye actualmente uno de los países más envejecidos de las Américas con un 19% de su población mayor de 60 años, de los cuales el 13,4% es mayor de 65 años. Dentro de ellos el subgrupo que crece más aceleradamente es el de mayores de 75 años (envejecimiento del envejecimiento), es decir, aquellos con mayor demanda de cuidados y mayor probabilidad de pérdida de autonomía.

El 94% de las personas mayores de 60 años reside en la comunidad y casi la mitad (47%) se concentran en Montevideo, alcanzando este grupo el 19% de la población capitalina...”- Ministerio de Salud Pública.

Según el *Ministerio de Salud Pública* para el año 2025, las proyecciones prevén que esta población alcance el 20% y que los mayores de 75 años constituirán el 40% del grupo etario (375.000 individuos).

Del 5 al 7 % de la población anciana del Uruguay están institucionalizados, esto implica de 25.000 a 30.000 camas y equivale al doble o triple de las camas de hospitales de agudos públicos y privados. Dicha demanda se duplica cada 10 años, el 90 % de esta población se encuentra en sector privado y el 10% en instituciones no lucrativas públicas y privadas. (3)

Según Eleana Oyarzún N; se entiende como **factores protectores** las características de las personas o de las situaciones que al estar presentes protegen o aminoran el efecto de estímulos nocivos sobre el individuo. Los factores protectores cumplen un rol de protección en la salud, mitigan el impacto del riesgo y motivan al logro de las tareas propias de cada etapa del desarrollo. Enfocado el asunto desde esta perspectiva, los factores protectores al aumentar la tolerancia ante los efectos negativos, disminuyen la vulnerabilidad y la probabilidad de enfermar” (4)

Se considera relevante investigar la presencia de factores protectores ya que es una de las maneras de promover los hábitos saludables en los adultos mayores. Desde el comienzo de nuestra carrera se ha venido trabajando acerca de la promoción de salud y prevención de enfermedades, como un aspecto fundamental para conseguir un cambio hacia una mejor salud.

Se trabajó con adultos mayores que concurren a Policlínicas municipales Tiraparé y La Teja.

Las policlínicas municipales atienden a usuarios del sistema público, obteniendo medicamentos y estudios de forma gratuita. La Intendencia de Montevideo cuenta con una red de 24 policlínicas que están ubicadas en todo el departamento.

Estas policlínicas tienen como objetivo la promoción y educación para la salud; el control de salud con actividades preventivas; el diagnóstico precoz; la recuperación y rehabilitación. Cabe destacar que están disponibles para usuarios de ASSE y Sanidad Policial, las mismas se distribuyen por diferentes municipios y brindan una atención generalmente de 8 a 17hs.

MARCO TEÓRICO

Según Hugo Villar: “la vida es parte de la naturaleza en movimiento, es la que se desarrolla un proceso continuo de cambios y transformaciones. El ser humano como parte de la naturaleza, es un ser biológico que en el caso del hombre incluye tanto lo orgánico como lo psicológico”. Sin lo psicológico no existe vida humana, en ese sentido el autor consideró que no es apropiado decir biológico, psicológico y social. Por tanto en adelante al decir biológico-social nos estaríamos refiriendo a la triple dimensión somática, psicológica y social.

“Históricamente, el ser humano se ha ocupado más de la enfermedad que de la salud. Se ha preocupado más de curar a los enfermos, que de cuidar y proteger a los sanos; de investigar la causa y de los factores que determinan enfermedad, más que de analizar los factores causales que condicionan los niveles de salud y de vida”

El proceso salud- enfermedad es “una categoría biológica y social, en unidad dialéctica con la enfermedad, resultado de la interrelación armónica y dinámica entre el individuo y su medio, que se expresa en valores mensurables de normalidad física, psicológica y social, y permite al individuo el cumplimiento de su rol social, está condicionada al modo de producción y a cada momento histórico del desarrollo de la sociedad y constituye un inestimable bien social” (5)

Concepto de proceso salud- enfermedad, plan 93 de la Facultad de Enfermería

Es un proceso que constituye un producto social que se distribuye en las sociedades según el momento histórico y cultural en que el Hombre se encuentra. En este proceso el Hombre puede tener distintos grados de independencia de acuerdo a su capacidad racional y a la situación Salud-Enfermedad en que se encuentre. La Salud es un derecho inalienable del Hombre, que debe estar asegurado por el Estado a través de políticas eficaces, con la participación de la población y del equipo de salud, promoviendo la autogestión de los grupos. (6)

El rol de la enfermería profesional es contribuir con herramientas para la elaboración de futuras estrategias que mejoren el cuidado de la vejez en nuestro país donde la enfermería comunitaria alcanza mayor importancia para nuestra investigación, ya que el Enfermero Comunitario es el profesional que conoce las necesidades de atención de

los usuarios, como gestores y organizadores podrán plantear actividades que favorezcan los factores protectores. (7)

“La /el Enfermera/o Comunitaria/o es el profesional responsable que investigando en conjunto con la población conoce las necesidades de atención a la salud. Posee los conocimientos y habilidades técnicas, así como la actitud apropiada para atender, en los lugares donde viven, donde trabajan, donde estudian, donde se relacionan, o en las instituciones sanitarias cuando fuera preciso. Desde una concepción de la o el enfermera/o como miembro de un equipo interdisciplinario que trabaja en coordinación con otras instituciones y sectores, realizando las funciones de Asistencia, Docencia ,Administración e Investigación fortaleciendo las capacidades de participación y creación de los propios involucrados” (8)

El papel de la enfermería en la promoción de salud, es reflexionar sobre la calidad de vida ofrecida en las prácticas de Enfermería con miras a la Promoción de la Salud, discutida desde la I Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, reforzada más tarde en las Conferencias sobre Promoción de la Salud y que tiene relación directa con la calidad de vida. Ésta es entendida como la percepción de la persona sobre su vida, en el contexto cultural y social, asociada con los deseos, objetivos, expectativas e influenciada por el estado de salud. El enfermero desempeña un papel importante en todos los niveles de atención, siendo el profesional estratégico para proporcionar cambios en el estilo de vida de las personas que promueven la salud, por lo tanto, la calidad de vida, a través de su cuidado y del "empoderamiento" de la persona y su familia. Algunas experiencias confirman la intervención de enfermería con los pacientes con ciertas afecciones crónicas, individuales o colectivas, que promueven la salud. Es necesario sensibilizar cada vez más el personal de salud y de Enfermería. (9)

La **Promoción de la Salud** según la OMS es “la suma de acciones de la población, de los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos encaminadas al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva”

Es necesario fortalecer la capacidad del sector salud en materia de atención primaria para proporcionar una gama continua de servicios a lo largo de la vida. La estrategia

de Atención Primaria de Salud, el cambio de modelo de atención y el fortalecimiento del primer nivel de atención, constituyen aspectos sustanciales de esta política.

Es necesario reforzar las capacidades de las personas adultas mayores como un recurso para el desarrollo de ambientes sanos, favorecer la creación de una infraestructura para el apoyo de los miembros de la familia de las personas de edad, el desarrollo de alternativas comunitarias para las prestaciones institucionales y la promoción de programas intergeneracionales.(10)

Prevención

La Prevención se define como las “Medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida” (OMS, 1998)

Las actividades preventivas se pueden clasificar en tres niveles:

Prevención Primaria: Son “medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes” (OMS, 1998, Colimón, 1978).

El objetivo de las acciones de prevención primaria es disminuir la incidencia de la enfermedad.

Prevención Secundaria: Está destinada al diagnóstico precoz de la enfermedad incipiente (sin manifestaciones clínicas). Significa la búsqueda en sujetos “aparentemente sanos” de enfermedades lo más precozmente posible. Comprende acciones en consecuencia de diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.

Prevención Terciaria: Se refiere a acciones relativas a la recuperación integrando la enfermedad clínicamente manifiesta, mediante un correcto diagnóstico y tratamiento y la rehabilitación física, psicológica y social en caso de invalidez o secuelas buscando reducir de este modo las mismas. En la prevención terciaria son fundamentales el control y seguimiento del paciente, para aplicar el tratamiento y las medidas de rehabilitación oportunamente. Se trata de minimizar los sufrimientos causados al perder la salud; facilitar la adaptación de los pacientes a problemas incurables y contribuir a prevenir o a reducir al máximo, las recidivas de la enfermedad.

El **primer nivel de atención** es el más cercano a la población, es decir, el nivel del primer contacto. Está dado, en consecuencia, como la organización de los recursos que permite resolver las necesidades de atención básicas y más frecuentes, que

pueden ser resueltas por actividades de promoción de salud, prevención de la enfermedad y por procedimientos de recuperación y rehabilitación. Es la puerta de entrada al sistema de salud. Se caracteriza por contar con establecimientos de baja complejidad, como consultorios, policlínicas, centros de salud, etc. Se resuelven aproximadamente 85% de los problemas prevalentes. Este nivel permite una adecuada accesibilidad a la población, pudiendo realizar una atención oportuna y eficaz. (11)

Envejecimiento

Según la OMS el envejecimiento es “un proceso fisiológico que comienza en la concepción y ocasiona cambios característicos de la especie durante todo el ciclo de la vida. En los últimos años de la vida, estos cambios producen una limitación de la adaptabilidad del organismo en relación a su medio. Los ritmos a los que esos cambios se producen en los diversos órganos de un mismo individuo o en los distintos individuos no son iguales.”

Se trata de un proceso normal que ocurre en todos los seres vivos, su comienzo es al momento de nacer y se acentúa en los últimos años.

Es un proceso complejo, lento, progresivo e irreversible que implica factores biológicos, psicológicos y sociales. (1)

Anciano autoválido

Es aquel que no requiere ayuda para realizar las actividades básicas de la vida diaria. Éstas están estrechamente vinculadas a los cuidados personales como asearse, vestirse, comer, entre otras.

Son actividades que realizamos todos los días y que responden a una "rutina" personal que cada persona ha creado a lo largo de los años.

Cambios fisiológicos en el envejecimiento

Sistema cardiovascular: en el adulto mayor se evidencia una disminución del gasto cardíaco y una reducción de la capacidad para responder al estrés. La frecuencia cardíaca y el volumen por latido no se incrementan con una demanda máxima. La recuperación cardíaca es más lenta y aumenta la presión arterial.

Algunas de las estrategias de promoción de salud serían, recomendar ejercicios en forma regular, actividades rítmicas, evitar actos nocivos, dieta baja en carbohidratos y sodio, participar en actividades de reducción del estrés.

Sistema respiratorio: incrementa el volumen pulmonar residual, reduce la fuerza muscular, disminuye del intercambio gaseoso y la eficiencia de la tos.

Algunas de las estrategias de promoción de salud serían, consumo de líquidos, recibir la inmunización correspondiente, recibiendo la vacuna antigripal anualmente.

Sistema tegumentario: disminuye la grasa subcutánea, el tono muscular, la actividad glandular y de receptores sensoriales, que resulta ser menor la protección contra traumatismos, exposición solar y temperaturas extremas.

Algunas de las estrategias de promoción de salud serían, limitar la exposición solar a 10/15 minutos al día (utilizar ropa protectora y protector solar), vestirse de manera adecuada para nuestro clima, mantener una temperatura segura en el interior de su hogar y lubricar la piel con lociones que contengan vaselina o aceite mineral.

Sistema reproductor: Mujeres: estrechamiento vaginal y disminución de la elasticidad, reducción de las secreciones vaginales.

Hombres: testículos menos firmes y disminución de la producción espermática

Hombres y mujeres: disminución de la respuesta sexual.

Algunas de las estrategias de promoción de salud serían, concurrir a controles médicos anuales.

Sistema músculo-esquelético: pérdida de la densidad ósea, fuerza y tamaño muscular, degeneración del cartílago articular.

Algunas de las estrategias de promoción de salud serían, realizar ejercicio regular, ingerir una dieta rica en calcio.

Sistema genito-urinario: Hombres: hiperplasia prostática benigna.

Mujeres: relajación de los músculos perineales, incontinencia de urgencia y disfunción uretral.

Estrategias de promoción de salud: en los hombres se es necesario limitar la ingesta de bebidas como por ejemplo cafeína, alcohol, con azúcares por la noche; también no es recomendable esperar períodos prolongados entre el deseo de orinar y el vaciamiento de la vejiga.

Mujeres: utilizar ropa que pueda desabrocharse fácilmente, beber líquidos adecuados, realizar ejercicios para los músculos del piso pélvico.

Sistema digestivo: disminuye la sensación de sed, olfato y sabor, reduce la salivación, se presentan dificultades para deglutir algunos alimentos y retardo en el vaciamiento esofágico y gástrico.

Estrategias de promoción de salud: son necesarios los enjuagues bucales diarios luego de cada cepillado dental, realizar higiene oral, concurrir al odontólogo para recibir atención dental regular, ingerir líquidos con frecuencia; es necesario sentarse y evitar actividad pesada luego de comer, dieta rica en fibra, limitar los laxantes.

Sistema nervioso: disminuye la velocidad en la conducción nerviosa, pérdida de los estímulos ambientales, reduce la circulación cerebral (se presentan desmayos y pérdida de equilibrio).

Estrategias de promoción de salud: es necesario favorecer la estimulación sensorial mediante diferentes ejercicios específicos

Sentidos especiales: Visión: disminuye la capacidad para identificar objetos cercanos, incapacidad para tolerar la luz brillante, disminución de la capacidad para distinguir colores.

Audición: disminuye la capacidad para escuchar sonidos de alta frecuencia y pérdida de la elasticidad.

Los sentidos del gusto y olfato también disminuyen.

Estrategias de promoción de salud: si es necesario utilizar lentes, anteojos solares, utilizar iluminación adecuada en interiores, leer libros con letras grandes, evitar conducir de noche y evitar la luz sobre superficies brillantes y la luz solar directa.

Los especialistas recomiendan una revisión auditiva, enunciar con claridad, utilizar estímulos no verbales. (12)

La atención a la salud de las personas adultas mayores, exige un enfoque intersectorial guiado por instrumentos normativos y jurídicos, fundamentado en la investigación y apoyado en recursos humanos competentes y servicios de salud sensibles a sus necesidades específicas.

En este período experimentan numerosos cambios somáticos, psicológicos y sociales; que dependen del estilo de vida, del sistema social y familiar e influyen continuamente en las diversas áreas de funcionamiento, favorecen la pérdida de la autonomía que se traduce en la necesidad de depender de otros y deriva en impacto familiar y social. La

pérdida constante de capacidades (principalmente relacionadas con el aspecto físico) ha dado lugar a estereotipos respecto al envejecimiento en la cultura occidental, por lo que las personas experimentan cierto temor frente a la llegada de esta etapa que puede llevar incluso al aislamiento social.

La funcionalidad del adulto mayor alude a las facultades para realizar las actividades de la vida diaria para enfrentar las demandas del ambiente, y vivir de manera independiente. Su evaluación permite conocer el grado de independencia y autonomía.
(13)

Factores protectores

Son las características de las personas o de las situaciones que al estar presentes protegen o aminoran el efecto de estímulos nocivos sobre el individuo. Los factores protectores cumplen un rol de protección en la salud, mitigan el impacto del riesgo y motivan al logro de las tareas propias de cada etapa del desarrollo. Enfocado el asunto desde esta perspectiva, los factores protectores al aumentar la tolerancia ante los efectos negativos, disminuyen la vulnerabilidad y la probabilidad de enfermar.

Los factores que favorecen el envejecimiento saludable

Alimentación saludable es aquella que contiene una amplia variedad de alimentos ricos en nutrientes seleccionados de los 5 grupos básicos: almidones, frutas y verduras, proteínas: carnes, quesos, huevos, lácteos: leches y yogures, y sustancias grasas, limitando la ingesta de grasas saturadas, grasas trans, colesterol, azúcares agregados, sal y alcohol.

Para incorporar una alimentación saludable, es fundamental planificar el consumo diario de los distintos nutrientes.(14)

Estado nutricional medido según el índice de masa corporal adaptada a los valores de los adultos mayores. (15)

ÍNDICE DE MASA CORPORAL	CATEGORÍA
Menos de 22	Bajo peso

22 – 27	Normal.
27 – 32	Con sobrepeso
Mayor de 32	Obeso

(16)

Ejercicio físico: la práctica regular de actividad física moderada es beneficiosa y reduce el riesgo de enfermedades cardíacas. También ayuda a mantener la independencia funcional de las personas mayores y mejorar la calidad de vida. Al mejorar la musculatura, la actividad física también beneficia a las patologías relacionadas con articulaciones y huesos y disminuye el riesgo de caídas. Entendemos como actividad física cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que tiene como resultado un gasto energético que se añade al metabolismo basal. (17)

Las redes de contacto social son un elemento protector para el ser humano también; el apoyo social consiste en los recursos e información que ofrecen personas del entorno, minimizando con ello la percepción de amenaza y aumentando la sensación de control y dominio de la situación. La sensación de disponer de apoyo necesario en caso de dificultades protege al individuo. Actualmente es concebido como un complejo constructo que tiene tres dimensiones: estructura, función y percepción de calidad. A nivel conceptual, en el último tiempo adquieren vigencia las propuestas de Saranson et al. (1990) y Thoits (1992), propone que la verdadera naturaleza del apoyo social hay que buscarla en los procesos perceptivos de los sujetos implicados, lo que tradicionalmente se ha denominado apoyo social percibido. La percepción o creencia del apoyo emocional parece influir mucho más sobre la salud mental que el apoyo social efectivamente recibido en un momento determinado.

Se identifican dos grandes categorías de proveedores de apoyo: los familiares y los no familiares. (18)

Para medir cuál es la percepción del apoyo social percibido de los usuarios, estos autores utilizaron la Escala Multidimensional de Apoyo Social de Zimet. (19)

A nivel conceptual, en el último tiempo adquieren vigencia las propuestas de Saranson et al. (1990) y Thoits (1992), que suponen una progresiva subjetivación del concepto

de apoyo social. Se propone que la verdadera naturaleza del apoyo social hay que buscarla en los procesos perceptivos de los sujetos implicados, lo que tradicionalmente se ha denominado apoyo social percibido. La percepción o creencia del apoyo emocional parece influir mucho más sobre la salud mental que el apoyo social efectivamente recibido en un momento determinado.

La percepción de tener una buena salud, permite evaluar no sólo cómo enfrenta el adulto los cambios físicos e intelectuales propios de la edad, sino también a cambios de estilos de vida, roles y responsabilidades sociales.

Otro factor protector es la familia, entendiendo a la familia como un sistema que interactúa con su medio y considerándola además como elemento intermedio entre el individuo y la sociedad, es un grupo que realiza actividades vitales que hasta el momento otros grupos no han desarrollado tan eficazmente.

Para la OMS “la familia es la unidad básica de la organización social y también la más accesible para efectuar intervenciones preventivas y terapéuticas. La salud de la familia va más allá de las condiciones físicas y mentales de sus miembros; brinda un entorno social para el desarrollo natural y la realización personal de todos los que forman parte de ella”.

La familia cumple funciones importantes, concibiendo como tales las tareas y actividades que realizan todos los miembros que la conforman, de acuerdo con la posición y el papel que desempeñan en el sistema familiar. Por ejemplo una comunicación adecuada entre sus miembros; la congruencia entre el lenguaje verbal y no verbal es básica para el desarrollo y equilibrio emocional de ellos.

La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. Dentro de las funciones familiares, según modelo de Olson 1983 se encuentran; comunicación, afectividad, apoyo, adaptabilidad, autonomía, reglas y normas.

Se valora mediante el test de APGAR familiar (Smilkstein 1978), que consiste en preguntas abiertas que valoran el funcionamiento familiar en las áreas de: adaptación, cooperación, desarrollo, afectividad, y capacidad resolutive.

Se utiliza para determinar la funcionalidad o disfuncionalidad de la familia. Se valora en función de la puntuación total obtenida, considerándose individuos pertenecientes a familias:

- Funcionales: entre 7 y 10 puntos.
- Disfuncionales leves: entre 3 y 6 puntos.
- Disfuncionales graves: entre 0 y 2. (20)

METODOLOGÍA

Universo: Todos los adultos mayores autoválidos que concurren a las policlínicas ya mencionadas.

Muestra: Esta investigación se basó en un muestreo no probabilístico, por conveniencia; ya que se seleccionaron aquellas personas que resultaron próximas a los requerimientos de la investigación.

La muestra fue de cincuenta y cinco individuos, adultos mayores de sesenta y cinco años de edad, autoválidos que concurren a las policlínicas “Luisa Tiraparé” y “La Teja” de la ciudad de Montevideo, en el periodo junio- julio de 2019

Criterio de inclusión:

- Adultos mayores de 65 años.
- Autoválidos
- Orientados en tiempo y espacio (ver instructivo)
- Predispuestos a la entrevista.

Tipo y diseño general del estudio:

- Esta que concurren a las policlínicas ya mencionadas
- investigación corresponde a un estudio de tipo cuantitativo-descriptivo- de corte transversal.

Variables: Definiciones conceptuales y operacionales

EDAD

Definición Conceptual: Tiempo que una persona ha vivido, a contar desde su nacimiento hasta el momento de referencia expresada en años.

Definición Operativa: Número de años cumplidos al momento de la entrevista.

[65 - 74)

[75 - 84)

[85 - 90+

GÉNERO

Definición conceptual: El género se refiere a los conceptos sociales de las funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiados para los hombres y las mujeres.

Definición operativa: Masculino o femenino.

INGRESO ECONÓMICO

Definición conceptual: Remuneración económica percibida.

Definición operacional: Jubilado, pensionista, trabajador activo, planes de apoyo económicos estatales, sin ingresos.

ESTADO CIVIL

Definición conceptual: Situación civil de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.

Definición operativa: Soltero, casado, separado, viudo, divorciado.

NIVEL DE INSTRUCCIÓN

Definición conceptual: Es el nivel de educación formal más alto alcanzado por el individuo

Definición operativa: Sin estudios, primaria completa e incompleta, secundaria completa e incompleta, terciaria completa e incompleta.

ÍNDICE DE MASA CORPORAL

Definición conceptual: Es un índice utilizado para clasificar las categorías del peso. Se calcula peso en kilogramos dividido por el cuadrado de la talla en metros.

Definición operativa: Se valorará mediante los niveles de IMC adaptados al adulto mayor.

Se considera factor protector a los usuarios con IMC dentro del rango normal. (21)

Índice de masa corporal	Categoría
Menos de 22	Bajo peso
22 – 27	Normal
27 – 32	Con sobrepeso
Mayor de 32	Obeso

ACTIVIDAD FÍSICA

Definición conceptual: cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía. Abarca el ejercicio, pero también otras actividades que entrañan movimiento corporal y se realizan como parte de los momentos de juego, trabajo, formas de transporte activas, tareas domésticas y actividades recreativas.

Definición operativa: realiza actividad física: SI-NO.

Se considera factor protector la presencia de actividad física.

PERCEPCIÓN DE LOS USUARIOS SOBRE RED DE APOYO

Definición conceptual: La percepción es el proceso cognitivo de la conciencia que consiste en el reconocimiento, interpretación y significación para la elaboración de juicios en torno a las sensaciones obtenidas del ambiente físico y social, en el que intervienen otros procesos psíquicos entre los que se encuentran el aprendizaje, la memoria y la simbolización.

La red de apoyo es una estructura que brinda algún tipo de contención a algo o alguien.

Definición operativa: se valorará mediante la Escala Multidimensional de Apoyo Social de Zimet adaptada a escala de Likert 4 puntos, 1 = casi nunca percibe apoyo social; 2 = a veces percibe apoyo social; 3 = con frecuencia percibe apoyo social ; 4 = siempre o casi siempre perciben apoyo social.

De la sumatoria de los puntajes se obtendrán valores máximos de 48 puntos a un valor mínimo de 12.

Se considera factor protector aquellos usuarios que perciben apoyo social con 24 puntos o más.

FUNCIONALIDAD FAMILIAR

Definición conceptual: La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. Dentro de las funciones familiares, según modelo de Olson 1983 son: comunicación, afectividad, apoyo adaptabilidad, autonomía, reglas y normas.

Definición operativa:

- Funcionales: entre 7 y 10 puntos
- Disfuncionales leves: entre 3 y 6 puntos
- Disfuncionales graves: entre 0 y 2.

Considerando como factor protector a las familias funcionales (entre 7 y 10 puntos)

SUEÑO

Definición conceptual: proceso vital cíclico complejo y activo, compuesto por varias fases y que posee una estructura interna característica, con interrelaciones con diversos sistemas hormonales y nerviosos. La mayoría de las personas adultas mayores deben dormir 7-9 horas diarias. (22)

Definición operativa: duerme:

- 4 a 5 horas
- 6 a 7 horas
- 8 a 9 horas
- Más de 10

Considerando como factor protector de 7 a 9 horas de sueño diario.

Procedimientos para la recolección de información:

Técnica para recoger información:

Entrevista a realizar:

Se realizará entrevistas individuales de tipo estructuradas, es decir, siguiendo una serie de preguntas cerradas y se aplicarán las mismas a todos los entrevistados. Se realizará de manera interpersonal entre el entrevistador y el usuario con el fin de obtener la información necesaria.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Entrevista sobre factores protectores de salud del adulto mayor

- | | |
|-------------------------|---------------------------------|
| 1) Iniciales: _____ | Apoyo económico estatal _____ |
| | Sin ingresos _____ |
| 2) Edad: _____ | |
| 3) Género: | |
| Femenino _____ | |
| Masculino _____ | |
| 4) Estado Civil: _ | 6) Nivel de Instrucción: |
| Soltero _____ | Sin estudio _____ |
| Casado _____ | Primaria incompleta _____ |
| Viudo _____ | Primaria completa _____ |
| Divorciado _____ | Secundaria incompleta _____ |
| Separado _____ | Secundaria completa _____ |
| Unión libre _____ | Terciaria incompleta _____ |
| 5) Ingreso Económico: | Terciaria completa _____ |
| Jubilado _____ | |
| Pensionista _____ | 7) Estado nutricional según IMC |
| Trabajador activo _____ | adaptado al adulto mayor: |

Peso: _____

Talla: _____

8) Ejercicio físico:

Realiza:

SI _____ NO _____

IMC: _____

9) Sueño:

Duerme: 4 a 5 horas _____

6 a 7 horas _____

8 a 9 horas _____

Más de 10 horas _____

10) Redes de apoyo según su percepción:

	1 NUNCA	2 CASI NUNCA	3 CASI SIEMPRE	4 SIEMPRE
Cuando necesito algo, sé que hay alguien que me puede ayudar.				
Cuando tengo penas o alegrías, hay alguien que me puede ayudar				
Tengo la seguridad que mi familia trata de ayudarme.				
Mi familia me da la ayuda y apoyo emocional que				

requiero.				
Hay una persona que me ofrece consuelo cuando lo necesito.				
Tengo la seguridad de que mis amigos tratan de ayudarme.				
Puedo contar con mis amigos cuando tengo problemas.				
Puedo conversar de mis problemas con mi familia.				
Cuando tengo alegrías o penas puedo compartirlas con mis amigos				
Hay una persona que se interesa por lo que yo siento.				
Mi familia me ayuda a tomar				

decisiones				
Puedo conversar de mis problemas con mis amigos				

11) Funcionalidad familiar:

	casi nunca 0	a veces 1	casi siempre 2
¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?			
¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?			
¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?			
¿Está satisfecho con el tiempo que su familia y usted pasan juntos?			
¿Siente que su familia lo quiere?			

Puntuación: _____

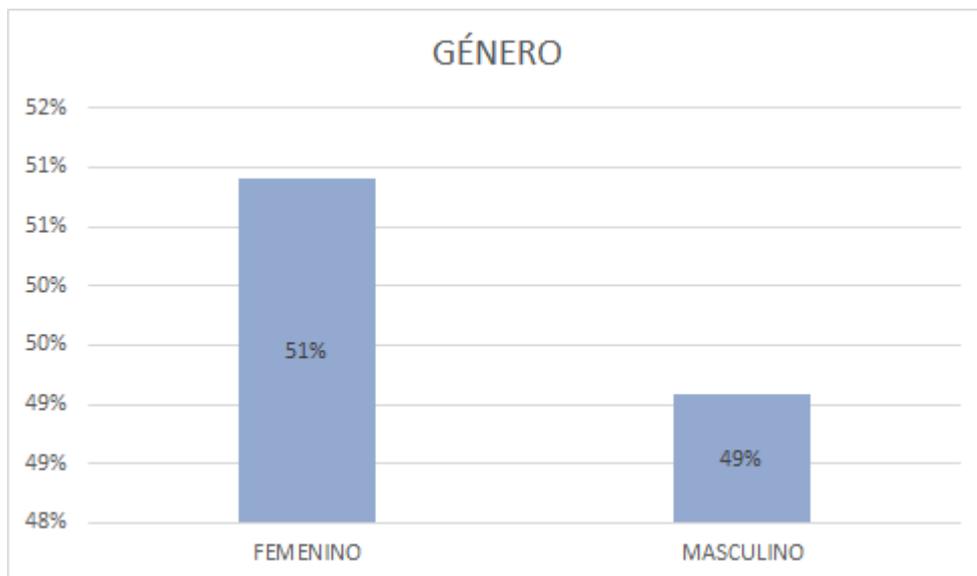
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

TABLAS Y GRÁFICOS

Tabla N° 1: Distribución de la población según género

GÉNERO	FA	FR
FEMENINO	28	51%
MASCULINO	27	49%
TOTAL	55	100%

Gráfico N°1:

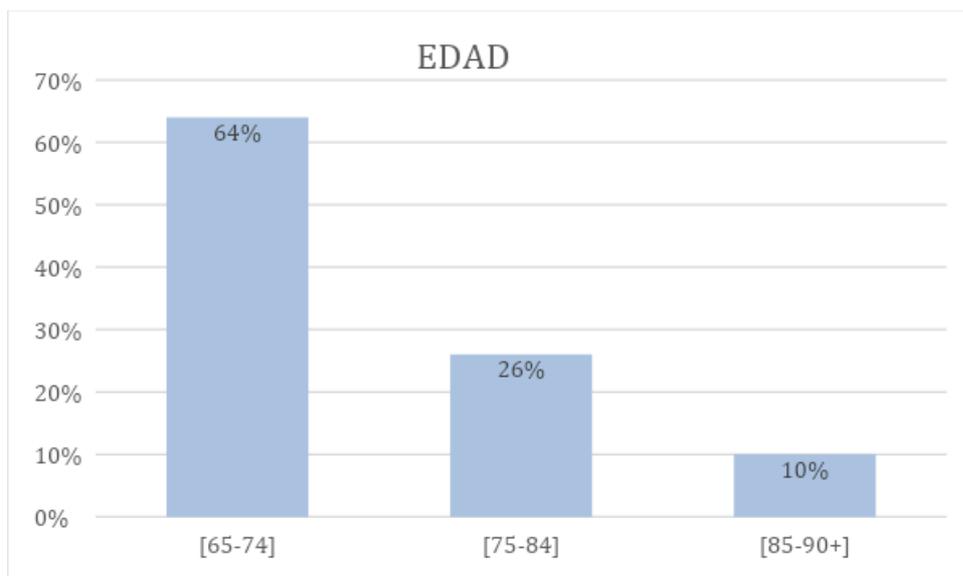


Fuente: Entrevistas a adultos mayores de las policlínicas Tiraparé y La Teja, Montevideo, 7 de Junio al 25 de Julio

Tabla N° 2: Distribución de la población según edad

EDAD	FA	FR
[65-74]	35	64%
[75-84]	14	26%
[85-90+]	6	10%
TOTAL	55	100%

Gráfico N°2:

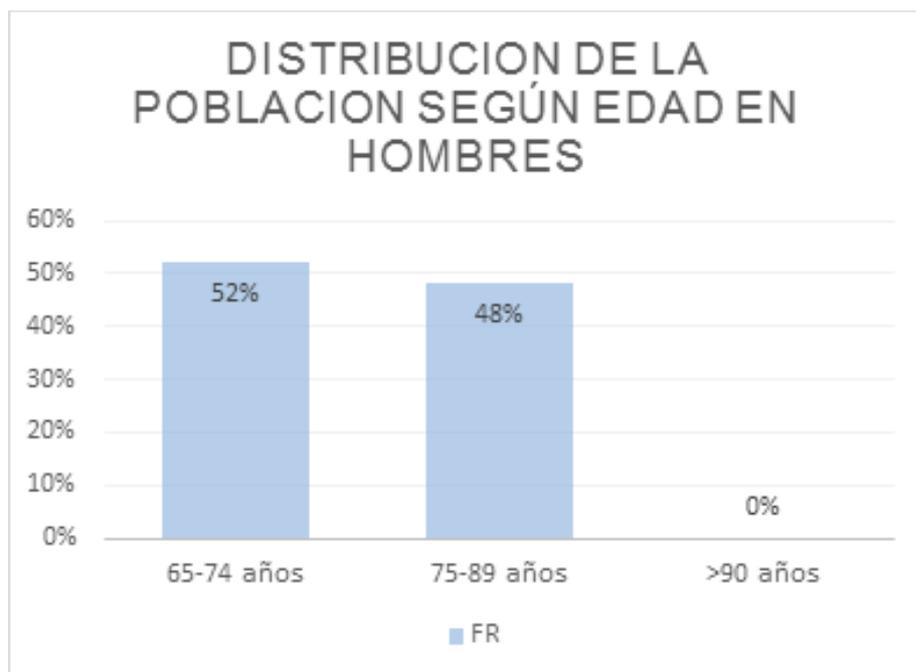


Fuente: Entrevistas a adultos mayores de las policlínicas Tiraparé y La Teja, Montevideo, 7 de Junio al 25 de Julio

Tabla N° 3: Distribución de la población según edad de hombres

EDAD	FA	FR
65-74 años	14	52%
75-89 años	13	48%
>90 años	0	0%
TOTAL	27	100%

Gráfica N°3

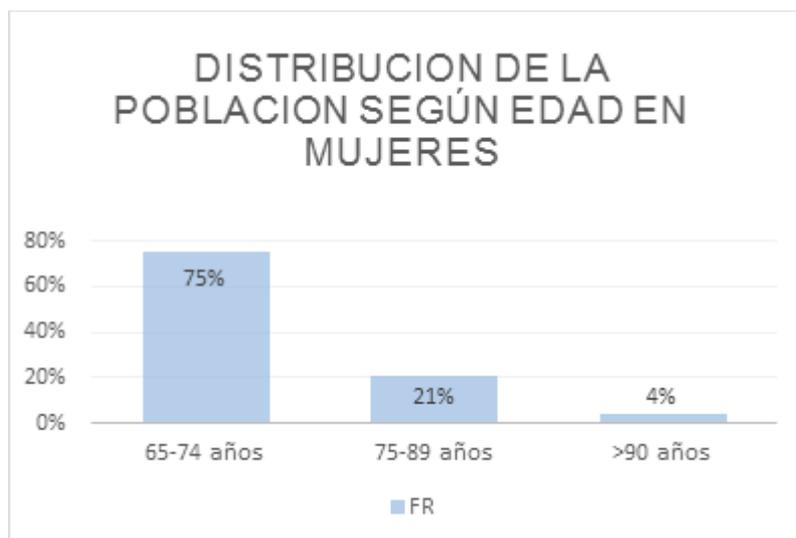


Fuente: Entrevistas a adultos mayores de las policlínicas Tiraparé y La Teja, Montevideo, 7 de Junio al 25 de Julio

Tabla N° 4: Distribución de la población según edad de mujeres

EDAD	FA	FR
65-74 años	21	75%
75-89 años	6	21%
>90 años	1	4%
TOTAL	28	100%

Gráfica N° 4

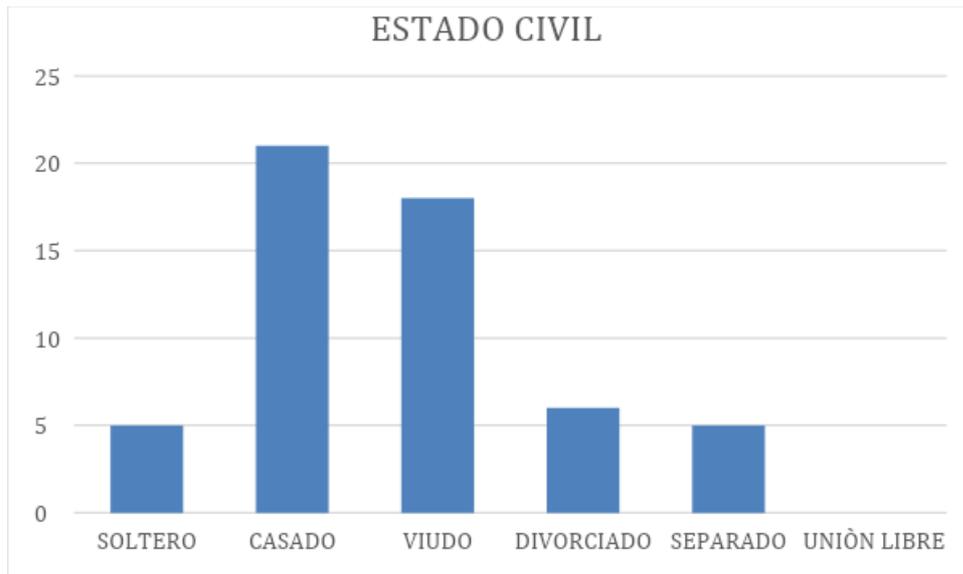


Fuente: Entrevistas a adultos mayores de las policlínicas Tiraparé y La Teja, Montevideo, 7 de Junio al 25 de Julio

Tabla N° 5: Distribución de la población según estado civil

ESTADO CIVIL	FA	FR
SOLTERO	5	9%
CASADO	21	38%
VIUDO	18	33%
DIVORCIADO	6	11%
SEPARADO	5	9%
UNIÓN LIBRE	0	0%
TOTAL	55	100%

Gráfico N°5

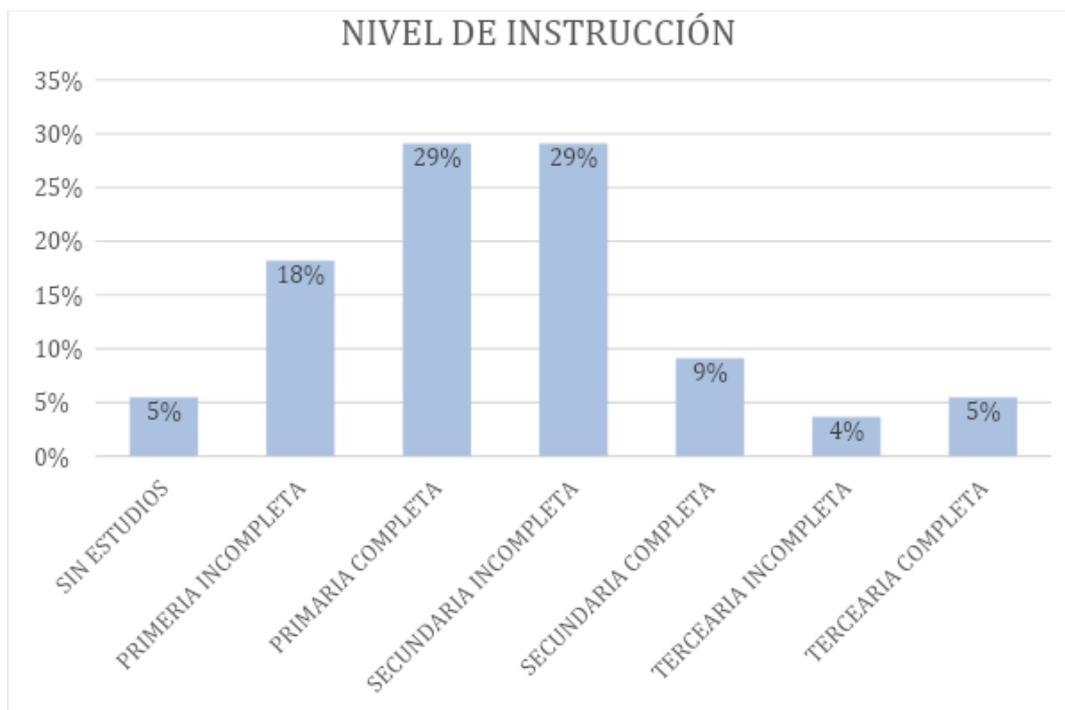


Fuente: Entrevistas a adultos mayores de las policlínicas Tiraparé y La Teja, Montevideo, 7 de Junio al 25 de Julio

Tabla N° 6: Distribución de la población según nivel de instrucción

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	FA	FR
SIN ESTUDIOS	3	5%
PRIMARIA INCOMPLETA	10	18%
PRIMARIA COMPLETA	16	29%
SECUNDARIA INCOMPLETA	16	29%
SECUNDARIA COMPLETA	5	9%
TERCIARIA INCOMPLETA	2	4%
TERCIARIA COMPLETA	3	5%
TOTAL	55	100%

Gráfico N°6

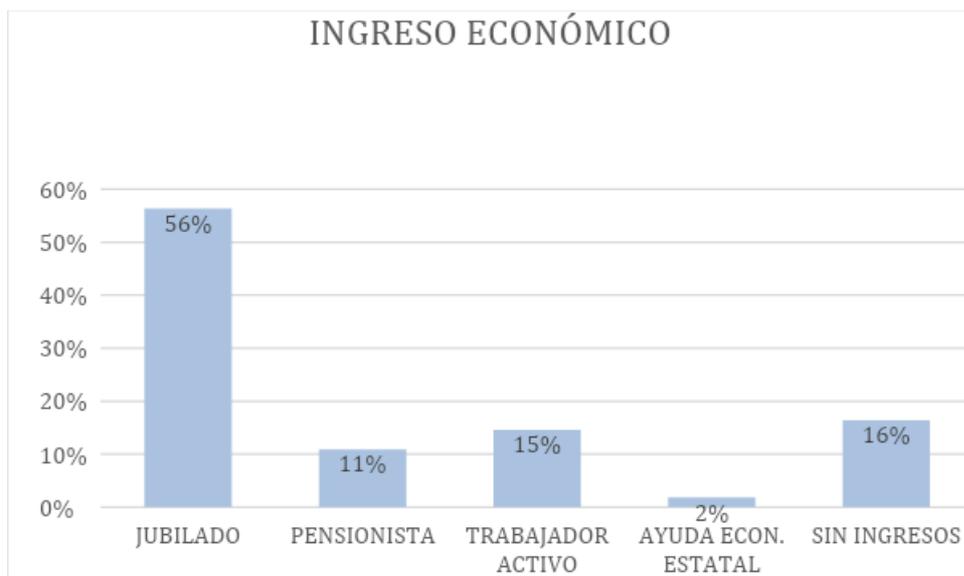


Fuente: Entrevistas a adultos mayores de las policlínicas Tiraparé y La Teja, Montevideo, 7 de Junio al 25 de Julio

Tabla N° 7: Distribución de la población según ingreso económico:

INGRESO ECONÓMICO	FA	FR
JUBILADO	31	56%
PENSIONISTA	6	11%
TRABAJADOR ACTIVO	8	15%
AYUDA ECON. ESTATAL	1	2%
SIN INGRESOS	9	16%
TOTAL	55	100%

Gráfico N°7



Fuente: Entrevistas a adultos mayores de las policlínicas Tiraparé y La Teja, Montevideo, 7 de Junio al 25 de Julio

Tabla N° 8: Distribución de la población según ingresos económicos en hombres

Gráfica N°8

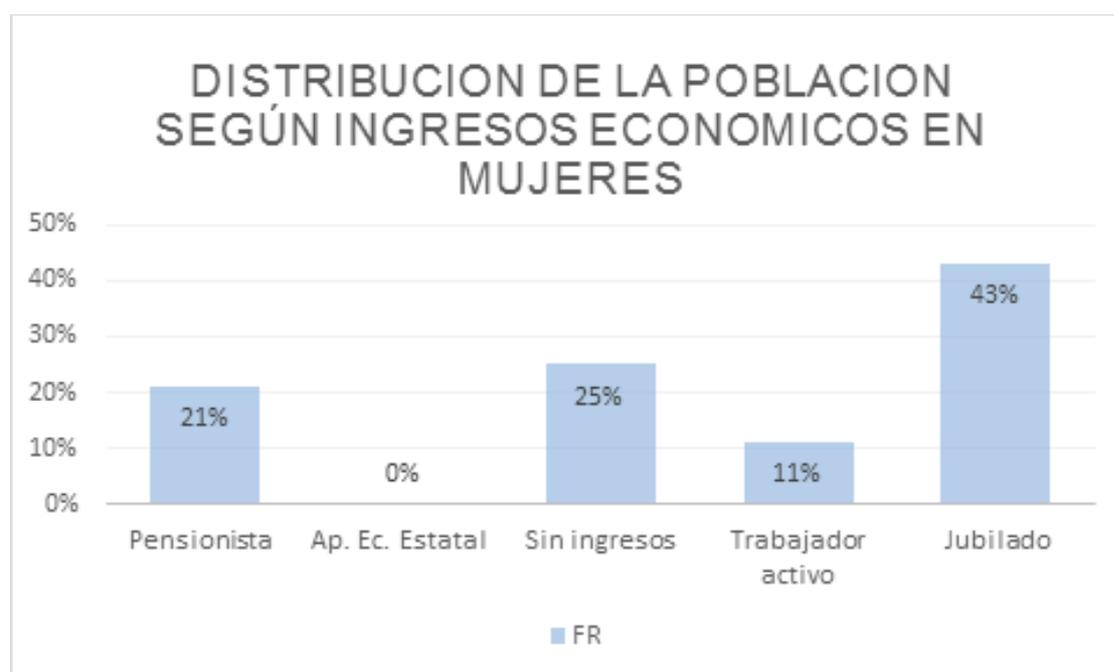
INGRESO ECONÓMICO	FA	FR
PENSIONISTA	0	0%
AP. EC. ESTATAL	1	4%
SIN INGRESOS	2	7%
TRABAJADOR ACTIVO	5	19%
JUBILADO	19	70%
TOTAL	27	100%

Fuente: Entrevistas a adultos mayores de las policlínicas Tiraparé y La Teja, Montevideo, 7 de Junio al 25 de Julio

Tabla N° 9: Distribución de la población según ingresos económicos en mujeres

INGRESO ECONÓMICO	FA	FR
Pensionista	6	21%
Ap. Ec. Estatal	0	0%
Sin ingresos	7	25%
Trabajador activo	3	11%
Jubilado	12	43%
TOTAL	28	100%

Gráfico N° 9

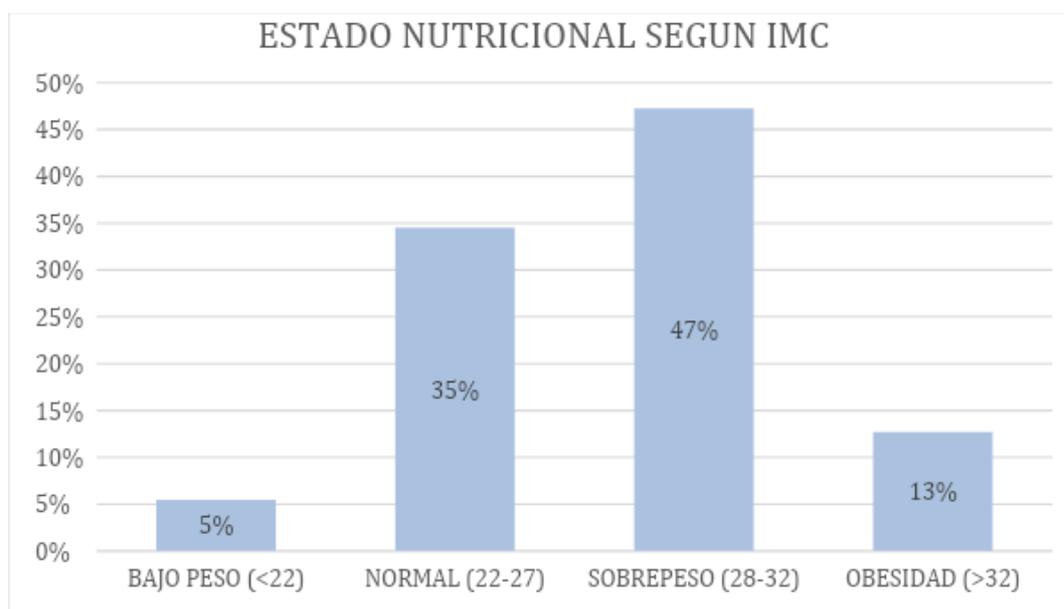


Fuente: Entrevistas a adultos mayores de las policlínicas Tiraparé y La Teja, Montevideo, 7 de Junio al 25 de Julio

Tabla N° 10: Distribución de la población según estado nutricional

ESTADO NUTRICIONAL (según IMC)	FA	FR
BAJO PESO (<22)	3	5%
NORMAL (22-27)	19	35%
SOBREPESO (28-32)	26	47%
OBESIDAD (>32)	7	13%
TOTAL	55	100%

Gráfico N° 10

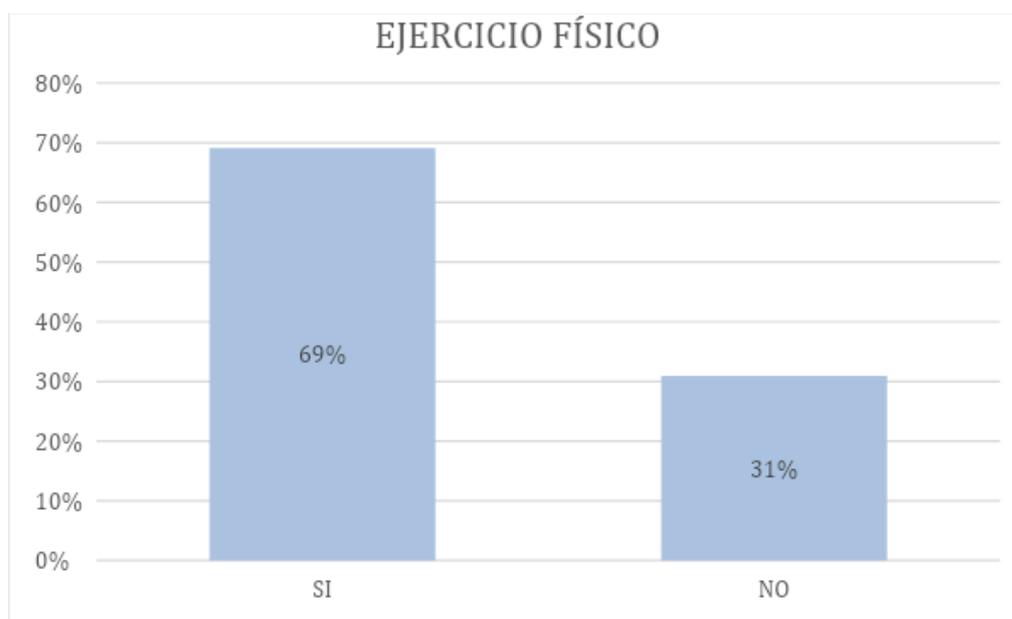


Fuente: Entrevistas a adultos mayores de las policlínicas Tiraparé y La Teja, Montevideo, 7 de Junio al 25 de Julio

Tabla N° 11: Distribución de la población según variable actividad física

EJERCICIO FÍSICO	FA	FR
SI	38	69%
NO	17	31%
TOTAL	55	100%

Gráfico N°11



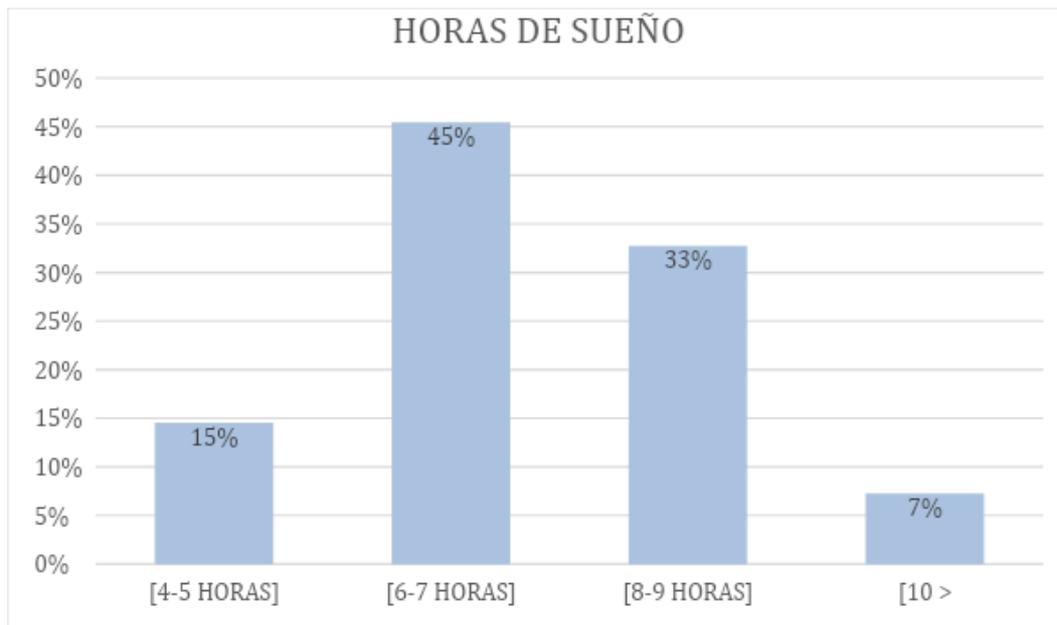
Fuente: Entrevistas a adultos mayores de las policlínicas Tiraparé y La Teja, Montevideo, 7 de Junio al 25 de Julio

Tabla N° 12: Distribución de la población según variable sueño

SUEÑO	FA	FR
[4-5 HORAS]	8	15%
[6-7 HORAS]	25	45%
[8-9 HORAS]	18	33%

[10 >	4	7%
TOTAL	55	100%

Gráfico N°12



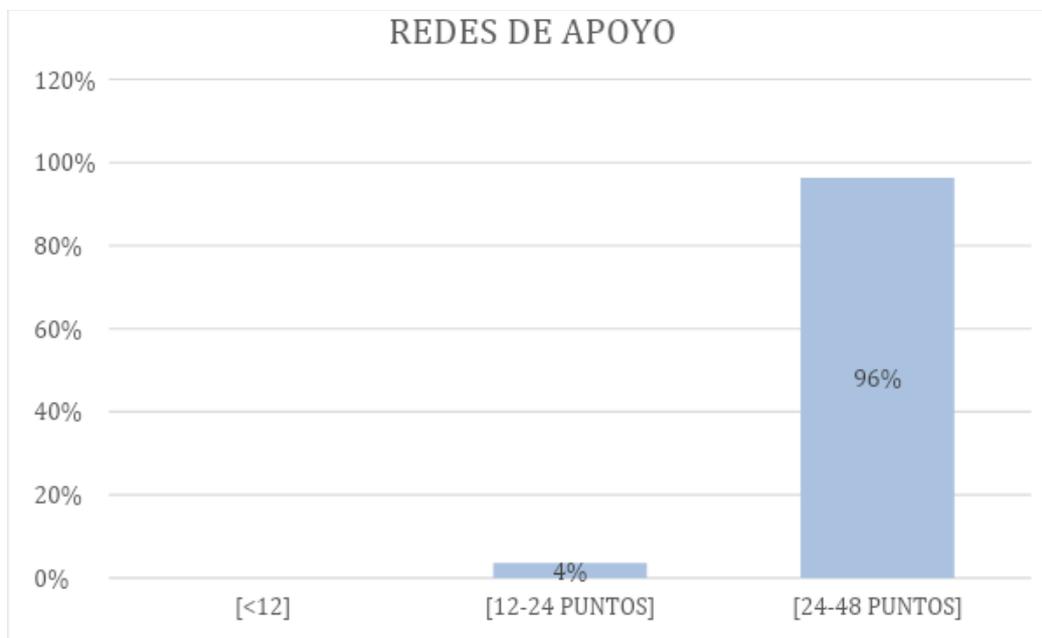
Fuente: Entrevistas a adultos mayores de las policlínicas Tiraparé y La Teja, Montevideo, 7 de Junio al 25 de Julio

Tabla N° 13: Distribución de la población según percepción de los usuarios sobre las Redes de apoyo

PERCEPCIÓN DE REDES DE APOYO	FA	FR
[<12]	0	0%

[12-24 PUNTOS]	2	4%
[24-48 PUNTOS]	53	96%
TOTAL	55	100%

Gráfico N° 13



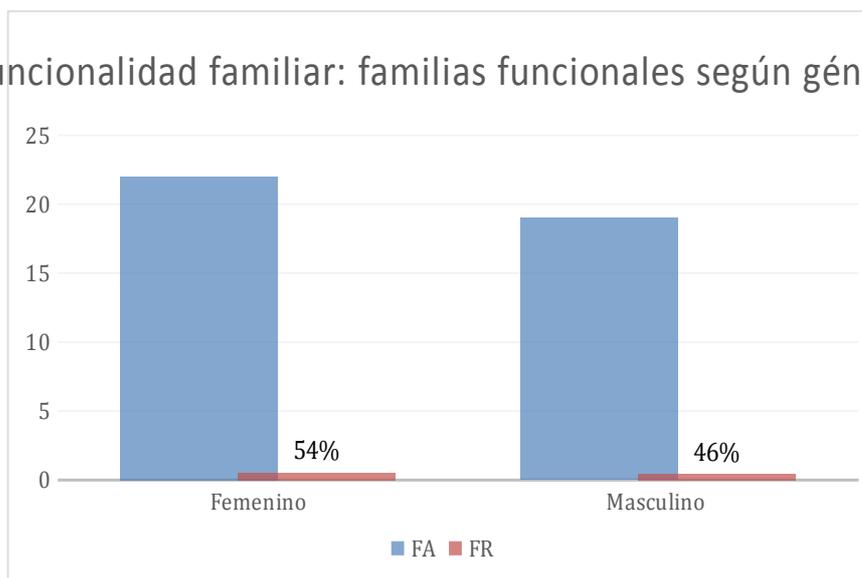
Fuente: Entrevistas a adultos mayores de las policlínicas Tiraparé y La Teja, Montevideo, 7 de Junio al 25 de Julio

Tabla N° 14: Percepción positiva de redes de apoyo según género:

PERCEPCIÓN DE REDES DE APOYO SEGÚN GÉNERO (cuentan con redes de apoyo)	FA	FR
Femenino	27	51%
Masculino	26	49%
Total	53	100%

Gráfico N°14:

Funcionalidad familiar: familias funcionales según género



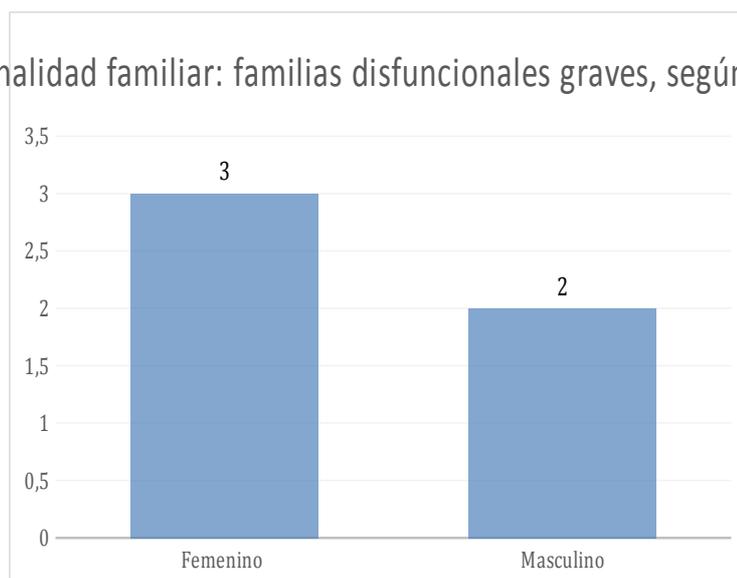
Fuente: Entrevistas a adultos mayores de las policlínicas Tiraparé y La Teja, Montevideo, 7 de Junio al 25 de Julio

Tabla N°15: Percepción negativa de redes de apoyo según género:

PERCEPCIÓN DE REDES DE APOYO SEGÚN GÉNERO (No cuentan con redes de apoyo)	FA	FR
Femenino	1	50%
Masculino	1	50%
Total	2	100%

Gráfico N°15:

Funcionalidad familiar: familias disfuncionales graves, según género

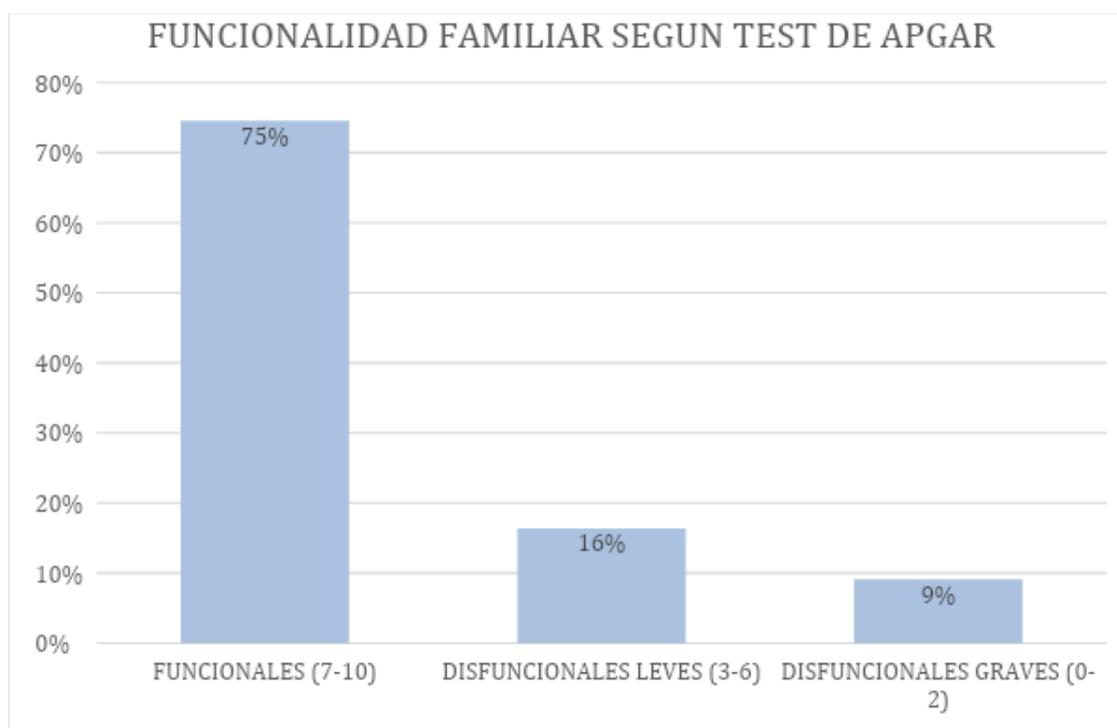


Fuente: Entrevistas a adultos mayores de las policlínicas Tiraparé y La Teja, Montevideo, 7 de Junio al 25 de Julio

Tabla N°16: Distribución de la población según Funcionalidad familiar basado en test de Apgar

FUNCIONALIDAD FAMILIAR	FA	FR
SEGÚN TEST DE APGAR		
FUNCIONALES (7-10)	41	75%
DISFUNCIONALES LEVES (3-6)	9	16%
DISFUNCIONALES GRAVES (0-2)	5	9%
TOTAL	55	100%

Gráfico N°16:



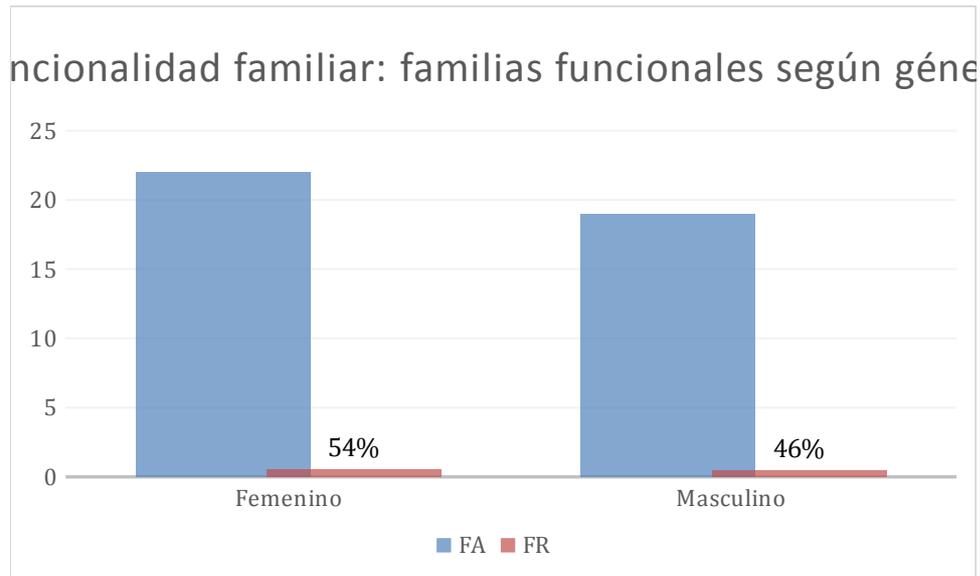
Fuente: Entrevistas a adultos mayores de las policlínicas Tiraparé y La Teja, Montevideo, 7 de Junio al 25 de Julio

Tabla N° 17: Funcionalidad familiar: familias funcionales según perspectiva de género:

Funcionalidad familiar: familias funcionales según género	FA	FR
---	----	----

Femenino	22	54%
Masculino	19	46%
Total	41	100%

Gráfico N°17:

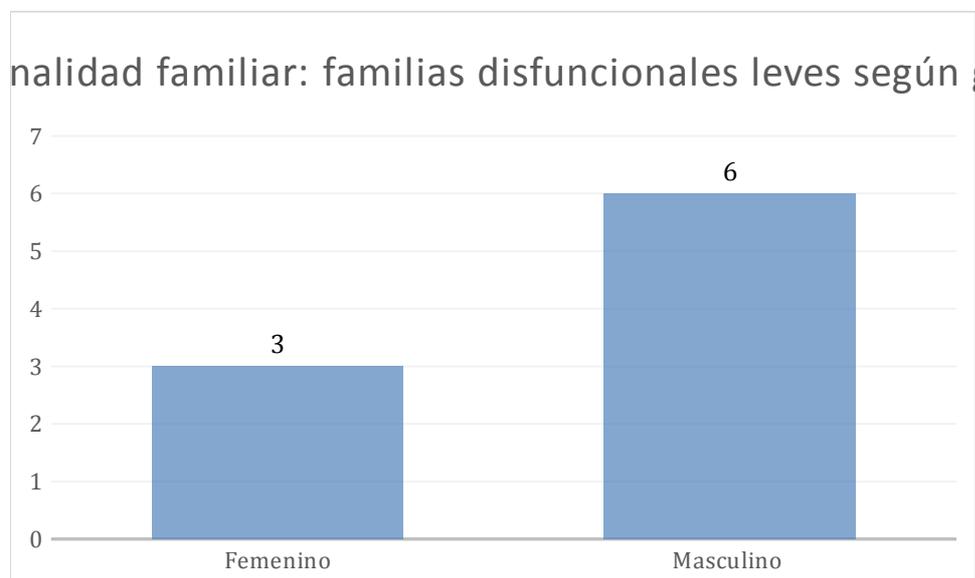


Fuente: Entrevistas a adultos mayores de las policlínicas Tiraparé y La Teja, Montevideo, 7 de Junio al 25 de Julio

Tabla N°18: Funcionalidad familiar: familias disfuncionales leves según perspectiva de género:

Funcionalidad familiar: familias disfuncionales leves según género	FA	FR
Femenino	3	33%
Masculino	6	67%
Total:	9	100%

Gráfico N° 18:

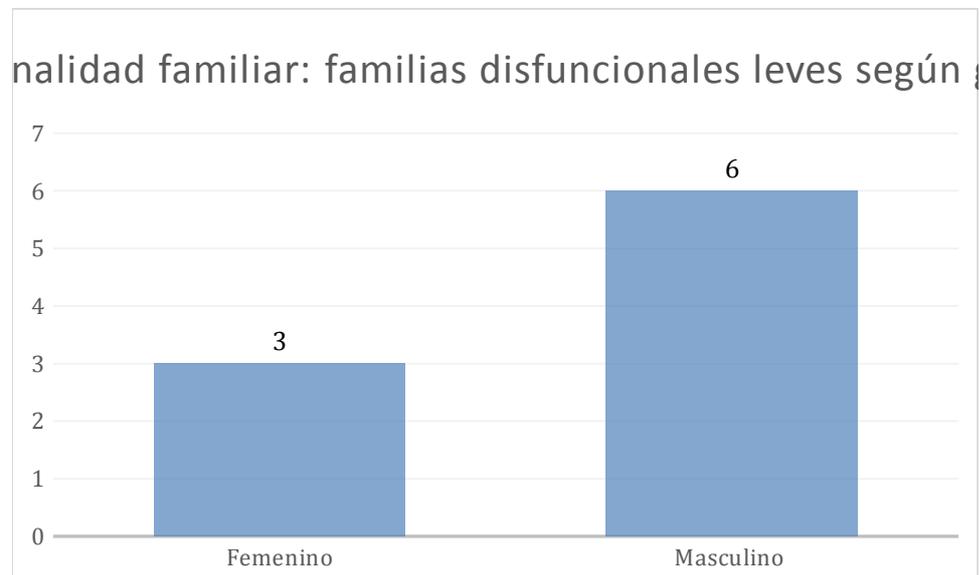


Fuente: Entrevistas a adultos mayores de las policlínicas Tiraparé y La Teja, Montevideo, 7 de Junio al 25 de Julio

Tabla N°19: Funcionalidad familiar: Familias disfuncionales graves según perspectiva de género.

Funcionalidad familiar: familias disfuncionales graves, según género	FA	FR
Femenino	3	60%
Masculino	2	40%
Total:	5	100%

Gráfico N°19:



Fuente: Entrevistas a adultos mayores de las policlínicas Tiraparé y La Teja, Montevideo, 7 de Junio al 25 de Julio

ANÁLISIS

Durante el período Junio-Julio del corriente año se realizó un trabajo de investigación en donde se aplicaron entrevistas individuales de tipo estructuradas, siguiendo una serie de preguntas cerradas a los adultos mayores. Se realizó de manera interpersonal entre el entrevistador y el usuario con el fin de obtener la información necesaria a un total de 55 adultos mayores de 65 años autoválidos. Estos adultos no requieren ayuda para realizar las actividades básicas de la vida diaria. Éstas están estrechamente vinculadas a los cuidados personales como asearse, vestirse, comer, entre otras; destacando también que estos usuarios estaban orientados en tiempo y espacio

Según los datos obtenidos (Tabla n°1) el mayor porcentaje en cuanto al género está representado en un 51% por el género femenino y un 49% masculino. Esto coincide con los datos estadísticos sociodemográficos publicados por el Ministerio de salud donde se especifica que la mayor parte de la población adulta mayor pertenece al género femenino.

Según la franja etaria (Tabla 2) observamos que de un total de 55 adultos mayores un 64% pertenece al rango de 65 a 74 años, con el 26% de 75 a 84 años, un 10% de 85 a 90 +. Basándonos en estudios estadísticos, Uruguay es el país latinoamericano con mayor índice de envejecimiento.

Con respecto a las variables género y edad destacamos que las usuarias de género femenino en cuanto a la edad predominan con un 75% las de 65 a 74 años mientras que los usuarios de género masculinos de este rango de edad corresponden a un 52%. A su vez en el rango de edad de 75 a 89 años el 21% de las usuarias es de género femenino mientras que el 48% corresponde al masculino. Es aquí donde se pudo visualizar una disociación con la realidad de nuestro país, siendo ésta que en la feminización del envejecimiento las mujeres uruguayas viven 7.32 años más que los hombres (23)

Cabe destacar que el restante 4% de la población mayor a 90 años es de género femenino mientras que no contamos con población de estudio de género masculino en este grupo de edad. Este resultado es esperable en la medida de que las mujeres tienen una esperanza de vida más alta que los hombres en nuestro país.

En referencia al estado civil (Tabla 5) predomina con un 38% los usuarios casados siguiendo un 33% los viudos, un 11% los usuarios divorciados y con un 9% los usuarios separados y solteros.

En cuanto al nivel educativo (Tabla 6) con un 29% predomina primaria completa y secundaria incompleta, seguido de primaria incompleta con un 18%, un 9% pertenece a usuarios que realizaron hasta secundaria completa, con un 5% encontramos usuarios sin estudio y con este mismo porcentaje usuarios que realizaron terciaria completa; finalizando con un 4% representado por usuarios con nivel educativo de terciaria incompleta.

En cuanto a los ingresos económicos (Tabla 7) de los adultos mayores el 56% de la población estudiada es jubilada, seguido por un 16% de usuarios sin ingresos, un 15% de esta población era trabajador activo, un 11% pensionista y el último 3% cuenta con ayuda económica estatal.

Con respecto a las variables género e ingreso económico destacamos que en la población de 60 años o más de edad los ingresos presentan diferencias de género significativas, ésto se concluye según los ingresos por los mismos usuarios. Destacamos que con respecto al ingreso económico el 70% de los hombres son jubilados mientras que el 43% son mujeres. En relación a los pensionistas sólo el 21% son mujeres mientras que con respecto al apoyo económico estatal el 4% son hombres. Siguiendo con la variable trabajador activo el 19% son hombres mientras que un 11% corresponde a las mujeres. Para finalizar el 25% son mujeres sin ingresos, mientras que sólo un 7% son hombres.

Según Ana María Damonte; mientras el 85% del total de mujeres de 60+ años tiene ingresos propios, en los hombres dicho porcentaje se eleva a 96%.

La mayoría (85%) provienen de jubilaciones y/o pensiones. El resto son ayudas familiares, rentas o trabajo.

Con respecto al estado nutricional (Tabla 10) un 47% presentó sobrepeso, un 35% se encuentra en estado nutricional normal, los usuarios que presentaron obesidad fueron

un 13% y por último el porcentaje más bajo con un 5% fueron los usuarios que presentaron bajo peso.

Se consideró factor protector a los usuarios con un IMC dentro del rango normal (de 22 a 27). Cabe destacar que para incorporar una alimentación saludable, es fundamental planificar el consumo diario de los distintos nutrientes, realizando variantes en el consumo de los mismos.

La salud está relacionada con un IMC normal adaptada a los valores de los adultos mayores.

En relación al ejercicio físico (Tabla 11) el 69% de la población realiza algún tipo de actividad, en cambio el 31% restante no realiza.

Destacamos que es importante la realización de ejercicio físico para mejorar la salud en general, además aporta una sensación de bienestar y reduce los efectos negativos del estrés. Asimismo, la práctica regular de actividad física moderada es beneficiosa y reduce el riesgo de enfermedades cardíacas. También ayuda a mantener la independencia funcional de las personas mayores y mejorar la calidad de vida.

En lo que refiere a la variable sueño (Tabla 12) el 45% de la población duerme entre 6 y 7 horas seguido de un 33% de 8 a 9 horas de sueño, un 15% entre 4 y 5 horas y por último el 7% de la población duerme más de 10 horas. Cabe destacar que es recomendable según la OMS descansar aproximadamente 8 horas.

Con respecto a la variable redes de apoyo según la percepción del usuario (Tabla 13), destacamos que un 96% presentó entre 24 y 48 puntos, lo que representa la presencia de la percepción del apoyo social. El restante 4% del total se encuentra entre 12 y 24 puntos, de los que no perciben apoyo social un 50% pertenece a el género femenino y con el mismo porcentaje el masculino

De los usuarios que perciben tener apoyo social un 51% pertenece al género femenino y un 49% según el género masculino. Se visualiza una pequeña diferencia entre ambos géneros con respecto al apoyo social percibido.

Finalizando con las variables representando la funcionalidad familiar (Tabla 16) según el test de apgar familiar de 7 a 10 puntos son familias funcionales, de 3 a 6 puntos son familias disfuncionales leves y de 0 a 2 puntos disfuncionales graves.

Considerando como factor protector a las familias funcionales, se destacó que el 75% son familias funcionales, de dicho porcentaje el 54% pertenecen al género femenino y el 46% al masculino, seguido de un 16% disfuncionales leves de las cuales un 67% pertenece a género masculino y un 33% al femenino; y por último con un 9% se encuentran las familias disfuncionales graves de las cuales un 60% pertenecen al núcleo del género femenino y un 40% al masculino.

Se observó que los usuarios del género femenino integran en mayor porcentaje familias de tipo funcionales.

Esto puede verse directamente relacionado a los hogares cuyas jefas de hogar son mujeres y poseen la capacidad de enfrentar y superar las etapas del ciclo vital acompañadas por sus hijos y seres más cercanos; esto no quita que el género masculino también lo realice. Dentro de las funciones familiares se encuentran; comunicación, afectividad, apoyo adaptabilidad, autonomía, reglas y normas.

CONCLUSIÓN

Se puede concluir que en este periodo se lograron cumplir los objetivos planteados de nuestro trabajo de investigación.

Se logró conocer a los usuarios y la presencia de sus factores protectores a nivel personal, familiar y social.

Con respecto a los resultados obtenidos de la investigación se observó que el género femenino prevaleció un 51% y con un 49% el masculino.

Con respecto a la edad obtuvimos un 64% de usuarios con un promedio de 65 a 74 años.

De estos adultos mayores un 38% son casados, seguido de estos un 33% son viudos.

En cuanto a nivel de instrucción se destacó que 29% corresponde a primaria completa y con el mismo porcentaje secundaria incompleta.

En lo que refiere a los ingresos económicos se reflejó que el 56% de la población de estudio es jubilada, presentando así el factor protector.

En cuanto al estado nutricional se consideró como factor protector a los usuarios con un IMC dentro del rango normal (de 22 a 27), el cual está representado en nuestra población de estudio con un 35%. Cabe destacar que con un 47% los adultos mayores presentan sobrepeso (de 28 a 32).

Con respecto al ejercicio físico se destacó que el 69% de la población realiza algún tipo de actividad física. Destacamos que es importante la realización de ejercicio físico para mejorar la salud en general, además aporta una sensación de bienestar y reduce los efectos negativos del estrés.

En lo que refiere al factor protector sueño se visualizó que el 33% de la población duerme entre 8 y 9 horas, lo recomendado según la OMS.

Según las redes de apoyo destacamos que un 96% representó más de 24 puntos según la escala Likert, tomando como factor protector un puntaje mayor o igual a 24. Los usuarios deberían disponer de apoyo necesario en caso de dificultades.

Por último, según la funcionalidad familiar se destacó que el 75% son familias funcionales, dato obtenido a través del test de apgar familiar.

Estos cambios sociales que se están produciendo junto a las necesidades de cuidado a la salud demandados en la actualidad son cada vez más complejos y están condicionando de manera directa la calidad de vida de personas, familias y la propia comunidad, por lo que se requiere de una visión holística de los cuidados fortaleciendo los aspectos protectores para la salud, así como la prevención, la información y la educación a la población.

Por tanto, brindar un cuidado basado en la promoción de salud conlleva a establecer acciones individuales y comunitarias, siendo actividades recreativas necesarias para el usuario, fortaleciendo los vínculos. El producto de este trabajo puede concluir a futuras investigaciones y a la elaboración de estrategias que mejoren el cuidado de la vejez en Uruguay y a nuestra formación dentro del área de la salud de los adultos mayores proporcionándoles herramientas para trabajar con este grupo etario que posee

características

particulares.

Cabe destacar que hay una escasa información con respecto a los factores protectores del adulto mayor auto válido

SUGERENCIAS

Los resultados de este trabajo pueden ser útiles para contribuir en futuras investigaciones; también es productivo tanto para las autorizadas de las policlínicas “La Teja” y “Luisa Tiraparé” como para los enfermeros profesionales que desempeñan sus actividades en gestionar planes de acción para lograr contribuir a fortalecer los hábitos positivos enfatizando en los factores protectores.

Se propone realizar un seguimiento profesional sobre el tema abordado logrando mejorar las estrategias de salud en el primer nivel de atención ya que éste es el primer encuentro entre el sistema de salud y el usuario.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Ésta investigación contempla los aspectos éticos previstos que marca la normativa. Se entregará a cada participante de la investigación un consentimiento informado previamente firmado por el mismo (ver anexos).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Naciones Unidas. WorldPopulationAgeing2015. [Internet]. 2015. Disponible en:https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2015_Report.pdf [consulta: 05 jul 2018].
- 2- Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y ciclo de vida: datos interesantes acerca del envejecimiento. [Internet]. 2018. Disponible en: <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>[consulta: 06 jun 2018].
- 3-Uruguay. Instituto Nacional de Estadística. Uruguay en cifras 2012. [Internet]. 2012. Disponible en: <http://www.ine.gub.uy/documents/10181/39317/Uruguay+en+cifras+2012.pdf/8a922fc6-242a-4ecc-a145-c334825c8dbd>[consulta: 10 jul 2018].
- 4- Oyarzún E. Factores protectores individuales y familiares. [Internet]. Disponible en: https://www.u-cursos.cl/medicina/2008/2/MPRINT25/1/material_docente/bajar[consulta: 24 jul 2018].
- 5- VillarH, Capote R. Exposición de motivos:sistema nacional integrado de salud. [Internet]. 2008. Disponible en: <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/965657.PDF>[consulta: 15 julio 2018]

- 6- Universidad de la República (Uruguay). Facultad de Enfermería. Plan de estudios 1993. [Internet]. 2011. Disponible en: <https://www.fenf.edu.uy/wp-content/uploads/2017/08/pdee-93-ultimo-compaginado.pdf> [consulta: 8 jul 2018].
- 7- García Hernández M, Martínez Sellarés R. Enfermería y envejecimiento. Barcelona: Elsevier, Masson; c2012.
- 8- Alfonso Roca MT, Dardet Díaz CA. Enfermería comunitaria I. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas; 1992.
- 9- FirminoBezerra S, Mesquita Lemos A, Costa de Sousa S, Lima Carvalho C de, Carvalho Fernandes A, Santos Alves M. Promoción de la salud: la calidad de vida en las prácticas de enfermería. *EnfermGlob* [Internet] 2013; 12(32): 260-9. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000400016[consulta: 23 jul 2018].
- 10- Nisizaki S, Pérez R, Alberti R. Gerontología en Uruguay: una construcción hacia la interdisciplina. Montevideo: Narciso; 2004._____
- 11- Vignolo J, Vacarezza M, Álvarez C, Sosa A. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *ArchMedInt* [Internet] 201; 33(1): 7-11. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003 [consulta: 07 abr 2019].
- 12- Smeltzer S, Bare B. Brunner y Suddarth: enfermería médicoquirúrgica. 10° ed. México: McGraw-Hill; 2007. v. 1.
- 13- Segovia Díaz de León M, Torres Hernández E. Funcionalidad del adulto mayor y el cuidado enfermero. *Gerokomos* [Internet] 2011; 22(4): 162-6. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2011000400003&lng=es[consulta: 08 ago 2018].

14- Uruguay. Ministerio de Salud Pública: Guía alimentaria para la población uruguaya: para una alimentación saludable, compartida y placentera. [Internet]. 2016.

Disponible en: https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publications&alias=516-guia-alimentacion-2016-6&Itemid=307 [consulta: 24 oct 2018].

15- Ravasco P, Anderson H, Mardones F. Métodos de valoración del estado nutricional. NutrHosp [Internet] 2010; 25(3): 57-66. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112010000900009&lng=es [consulta: 26 jul 2018].

16- Medline Plus. Nutrición para personas mayores. [Internet]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/nutritionforseniors.html> [consulta: 24 jul 2018].

17- Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial sobre el régimen alimentario, actividad física y salud: actividad física. [Internet]. 2019. Disponible en: <https://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/> [consulta: 05 mar 2019].

18- Aguilar Idáñez MJ. Importancia de las redes de apoyo. [Internet]. 2016. Disponible en: <https://mariajoseaguilaridanez.wordpress.com/2016/10/11/la-importancia-de-las-redes-de-apoyo/> [consulta: 10 jul 2018].

19- Arechabala Mantuliz MC, Miranda Castillo C. Validación de una escala de apoyo social percibido en un grupo de adultos mayores adscritos a un programa de hipertensión de la región metropolitana. CiencEnferm [Internet] 2002; 8(1): 49-55.

Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532002000100007 [consulta: 15 may 2018].

20- Barrnechea C, Menoni T, Lacava E, Monge A, Acosta C, Crossa S, et al. Actualización en salud comunitaria y familiar: herramientas metodológicas para el trabajo en primer nivel de atención. Montevideo: Facultad de Enfermería; 2009.

21- ConroyFerreccio G. Sesgos en la medición del índice de masa corporal en adultos mayores. NutrHosp [Internet] 2017; 34(1): 251. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112017000100035[consulta: 25 nov 2018].

22- Bobes García J. Los trastornos de sueño: (insomnio).[Internet]. 1992. Disponible en: https://books.google.com.uy/books?id=oN_Qv4pisXoC&dq=sue%C3%B1o+proceso+vital+c%C3%ADclico+complejo+y+activo.+compuesto+por+varias+fases+y+que+posee+una+estructura+interna+caracter%C3%ADstica.+con+interrelaciones+con+diversos+sistemas+hormonales+y+nerviosos&hl=es&source=gbs_navlinks_s[consulta: 15 may 2018].

23- Brunet N, Márquez C. Envejecimiento y personas mayores en Uruguay. [Internet]. 2016. Disponible en: <http://www.ine.gub.uy/documents/10181/34017/Atlas+Fasciculo+7/a80a383e-d903-40bc-8023-8d69e30988e2>[consulta: 25 jul 2019].

24- La investigación en seres humanos. Decreto 379/008 del 14 de agosto de 2008. [Internet]. Uruguay. Disponible en: <http://www.impo.com.uy/bases/decretos-originales/379-2008>[consulta: 05 mar 2019].

25- Promoción integral de los adultos mayores. Ley 17.796 de 19 agosto de 2004. [Internet]. Uruguay. Disponible en: <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp1986216.htm> [consulta: 12 jun 2018].

ANEXOS

Cronograma de Gantt

ACT	Jul-17	ago-17	Set-17	oct-17	nov-17	dic-17	ene-18- may-18	Jun-18	Jul-18	ago-18	Set-18	Oct-18	nov-18	dic-18	ene-19	feb-19	mar-19	abr-19	may-19	Jun-19	Jul-19	ago-19	Set19		
Tutorías	Yellow		Yellow				Blue				Yellow									Yellow	Yellow				
Elab. protocolo	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange		Orange																	
Rec. de datos																						Red	Red		
Análisis																							Green		
Elab. Inf. Final																								Purple	Purple
Defensa tñ																									Orange

Investigación en seres humanos

La autoridad sanitaria nacional, dentro de su rectoría establece la obligación y el control del cumplimiento de las regulaciones nacionales y los estándares y normas éticas y científicas internacionales para asegurar: que se promueva la dignidad, los derechos, la seguridad y el bienestar de los participantes de la investigación, Que la información que se deriva de ella sea fidedigna y confiable. En este sentido se encuentra vigente la siguiente reglamentación:

1 Decreto 189/98 el cual corresponde a la internalización del Reglamento de Buenas Prácticas de Investigación Clínica aprobado por resolución MERCOSUR-GMC-Res.Nº129/96

2 Decreto 379/008 relacionado con la Investigación en Seres Humanos

3 Ordenanza N°827 del 2016. (24)

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Es el derecho a obtener información en la investigación que involucra seres humanos es un requisito fundamental como reconocimiento de la dignidad humana y el respeto del paciente en su autonomía como expresión de la capacidad de defender sus propios intereses, especialmente cuando existen riesgos para su salud y su vida.

Es el investigador que llevará adelante la investigación, que deberá estar claramente identificado, quién deberá informar exhaustivamente al sujeto de investigación, quien además también será el responsable de sus cuidados clínicos. Proporcionará al sujeto sus datos personales y una forma de contacto accesible para el sujeto a lo largo de la investigación.

Deberá aclarar asimismo si se trata del investigador principal o en el caso de investigaciones transnacionales, la aclaración de su lugar en la investigación.

Utilizará un lenguaje accesible y adaptado a las características culturales y de educación de la persona a la que informará. La información debería ser completa, adecuada y continua. Completa respecto a todos los aspectos que el participante debe conocer acerca de una investigación, de tal forma que le permita discernir entre su participación o no. Adecuada a la investigación propuesta y comprensible en cuanto al lenguaje y a las necesidades del sujeto. (25)

Consentimiento informado para estudio de investigación sobre Factores Protectores de salud en el adulto mayor autoválido

Somos un grupo de cuatro estudiantes realizando un trabajo final de investigación como requisito para recibirnos como Licenciadas en Enfermería.

Nuestra investigación se denomina “Factores protectores de salud en el adulto mayor auto válido” y tiene como objetivo conocer los factores protectores de la salud de los adultos mayores que concurrirán a las policlínicas municipales Tiraparé y la Teja. Creemos que los resultados podrían contribuir a mejorar la atención de las personas adultas mayores en los servicios de salud. Utilizaremos un cuestionario que consta de 12 ítems. Es anónimo y la información será utilizada sólo con fines académicos. Si le surgieran dudas durante la realización del cuestionario puede solicitar las aclaraciones que considere necesarias.

Agradecemos su participación.

Estudiantes:

Esperben, Gabriela

González, Valentina

Pereira, Jennifer

Souza, Virginia

Notifico que he recibido información con respecto a la investigación y acepto participar de manera voluntaria.

Iniciales del Participante: _____

Firma del Participante: _____

La **confidencialidad** es “lo que se hace o dice en confianza o con seguridad recíproca entre dos o más personas”. Así se denomina al derecho del paciente a que todos aquellos que lleguen a conocer datos relacionados con su persona, por su participación directa o indirecta en las funciones propias de las instituciones sanitarias, respeten su intimidad y cumplan con el deber de secreto. La salvaguarda de la confidencialidad es un deber de la institución, responsable de garantizar la protección de los datos frente a un mal uso o acceso injustificado a los mismos.

La ENPS destaca la figura del Gabinete Social y la trasmisión de su competencia al territorio, como herramienta fundamental para incidir en los determinantes sociales de la salud.

Los principales desafíos de la Estrategia

- La necesidad de un proceso, que influya en forma positiva con impacto sanitario, ya sea en forma directa o indirecta
- Conformar un Consejo Nacional de Promoción de salud que permita la implementación y seguimiento de la misma
- Continuo desarrollo e implementación de investigación en Promoción de la Salud

- Desarrollo de la política de Promoción de la Salud a través de planificación departamental y gestión intersectorial local
- Desarrollo integrado con los programas de salud
- Desarrollar sistema de evaluación de la ENPS
- Determinar las necesidades de inversión en Promoción de Salud

Operativización de la Estrategia

- Desarrollar políticas públicas de Promoción de la Salud que contemplen la responsabilidad social, el empoderamiento comunitario y de los individuos para el cuidado de su salud, la creación de ambientes saludables, y la prevención de las ECNT
- Implementación de Fondos Uruguay Saludable e Inclusivos, abordando los siguientes campos de acción: creación de entornos propicios para la salud, adquisición de aptitudes que promuevan estilos de vida saludables
- Fortalecimiento de alianzas
- Establecimiento de un Foro Nacional y vinculación con redes internacionales
- Reorientación de los servicios de salud
- Investigación
- Monitoreo y evaluación incluyendo programación de encuestas de satisfacción.

La ENPS sugiere el abordaje por:

Grupos poblacionales:

- Niños
- Adolescentes y jóvenes
- Mujeres
- Hombres
- Adultos Mayores

- Comunidades y Municipios Saludables.

Por líneas temáticas:

Entornos saludables

- Viviendas
- Efectores de salud.

- Salud Mental.
- Salud Bucal.
- Actividad Física Saludable.
- Alimentación Saludable.

Decreto 379/008:

Apruébese el Proyecto elaborado por la Comisión de Bioética y Calidad de Atención, dependiente de la Dirección General de la Salud, del Ministerio de Salud Pública, vinculado a la Investigación en Seres Humanos.

Montevideo, 4 de Agosto de 2008 VISTO: el proceso de construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud, en virtud del cual las Instituciones de Atención a la Salud, deberán cumplir con una serie de actividades vinculadas a desarrollar Planes de Atención Integrales de Salud regulados por el Ministerio de Salud Pública en el marco de sus competencias; RESULTANDO: que la investigación con Seres Humanos es una práctica muy extendida en los sistemas de salud a nivel internacional y nacional, siendo muy necesaria en el desarrollo científico, debiendo desde la Bioética preservarse en todos los casos la dignidad y los derechos humanos de los sujetos; CONSIDERANDO: que la Comisión de Bioética y Calidad Integral de la Atención de la Salud, dependiente de la Dirección General de la Salud del Ministerio de Salud Pública, creada por Resolución del Poder Ejecutivo N° 610/005, (Interna N° 68) de 11 de abril de 2005, ha elaborado un Proyecto de Regulación de la Investigación con Seres Humanos que tiene por objeto mejorar el marco regulatorio en nuestro País, incorporando normas y pautas a la atención a la salud; ATENTO: a lo dispuesto en la Declaración Universal de Derechos Humanos, Declaración de Helsinki y la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, lo dispuesto en la Constitución de la República en su Artículo 44° y la Ley N° 9.202 de 12 de enero de 1934 - Orgánica de Salud Pública - y Resolución del Poder Ejecutivo N° 610/005, (Interna N° 68) de 11 de abril de 2005.

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA, actuando en Consejo de Ministros

DECRETA:

Artículo 1

[Apruébese el Proyecto elaborado por la Comisión de Bioética y Calidad de Atención, dependiente de la Dirección General de la Salud, del Ministerio de Salud Pública, vinculado a la Investigación en Seres Humanos, contenido en el Anexo que se adjunta y forma parte integrante del presente Decreto, como forma de apoyar la Investigación, preservando en todos los casos la dignidad humana y los derechos humanos de los sujetos involucrados.](#)

Artículo 2

Todas las Instituciones de Salud tanto públicas como privadas, deberán velar para que toda modalidad de Investigación en la que participen seres humanos respete dicho Marco Regulatorio.

Artículo 3

Previamente a toda Investigación se deberá contar con la aprobación del Comité de Ética Institucional, el que deberá ser acompañado de su respectivo protocolo de Investigación.

Artículo 4

El Comité de Ética Nacional velará por el buen funcionamiento de los Comités de Ética Institucionales.

Artículo 5

Las Investigaciones transnacionales con seres humanos que se desarrollan en nuestro País, deberán responder también a necesidades sanitarias nacionales 23

Instructivo para la realización de entrevista

Para comenzar, el estudiante deberá dirigirse al usuario comunicándole que es estudiante de la Facultad de Enfermería perteneciente a la carrera Licenciatura en Enfermería y cuyo objetivo de la entrevista es recabar datos para el trabajo final de investigación de grado.

A continuación procederá a realizar dos preguntas con el fin de evaluar si el usuario está orientado y en condiciones de responder el cuestionario. Se indagará “*¿en qué años estamos? ¿En qué mes estamos? ¿Qué día del mes es hoy?*”

Luego deberá explicarle que es una investigación anónima y con un consentimiento previo que tendrá que ser firmado por el usuario.

Si el usuario accede, el estudiante procederá a continuar con la entrevista.

En cuarta instancia, el estudiante indagará sobre la edad del usuario, tomando registro en el formulario.

A continuación, con una "X" marcará el género correspondiente.

En quinta instancia, indagará sobre el estado civil del usuario brindándole las opciones descritas en el cuestionario, marcando con una "X" la correspondiente.

Próximo a esto, el estudiante indagará acerca del ingreso económico del usuario, brindándole opciones y marcando con una "X" la opción que corresponda.

En cuanto al nivel de instrucción, el estudiante indagará sobre el nivel educativo más alto obtenido por el usuario, marcando con una "X" la opción que corresponda.

En cuanto a la variable de estado nutricional, el estudiante deberá tomar las medidas antropométricas con su debido registro y calcular el IMC.

En referencia a la variable actividad física, el estudiante le preguntará al usuario si realiza y marcará la opción con una "X" tanto en positiva como negativa.

De acuerdo a la variable redes de apoyo según la percepción del usuario, el estudiante le realizará distintas preguntas al usuario marcando con una cruz la opción correspondiente del 1 a 4 en cada pregunta. Siendo el 1 nunca, 2 casi nunca, 3 casi siempre y 4 siempre.

En la siguiente variable se comenzará con una pregunta previa acerca de sus redes familiares ¿Usted cuenta con algún familiar? ¿Tiene relacionamiento? Luego de éstas se procederá a realizar el test de Apgar, marcando con una cruz la opción correspondiente del 1 al 3 en cada una de ellas, siendo 1 casi nunca, 2 a veces y 3 casi siempre.

Para finalizar, el estudiante deberá indagar sobre la variable sueño, preguntando sobre cuántas horas diarias duerme el usuario. De acuerdo al número de horas que indique el usuario, marcará con una "X" la opción correspondiente.