



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

# **Calidad de vida en salud, en la población adulto y adulto mayor desde la visión del Enfermero Profesional**

**Autor:**  
Br. Julia Correa

**Tutora:**  
Prof. Agdo. Esp. Isabel Silva Quiroga

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

**Montevideo, 2014**

## Índice

Introducción.....	Pág. 3
Justificación.....	Pág. 4
Planteamiento del problema.....	Pág. 5
Marco teórico.....	Pág. 5
Objetivos.....	Pág.11
Metodología.....	Pág.12
Operacionalización de las Variables.....	Pág.14
Análisis de la investigación.....	Pág. 17
Conclusiones.....	Pág. 27.
Bibliografía.....	Pág. 30
Anexos.....	

## Introducción

El presente Informe Final de Investigación, confeccionado por una estudiante de Licenciatura en Enfermería, perteneciente a la Facultad de Enfermería, Universidad de la República, se denomina: “Calidad de vida en salud, de la población adulto y adulto mayor, desde la visión del Enfermero Profesional”, y tiene como meta, conocer las conductas de salud de la población a estudio, en un ente público, “Primer Nivel de Atención” a los usuarios que asisten a consulta en el sector Policlínicas, en el período comprendido entre los meses de Julio – Agosto del 2013. A través de este estudio, se investigó la población objetivo, se conoce sus características, necesidades y problemas en salud, y la relación de éstos factores en la calidad de vida.

Se tomó como universo de estudio, la totalidad de usuarios, adultos y adultos mayores, de ambos sexos, que concurrieron a consulta en el sector Policlínica.

El tamaño de la muestra (N), es de 120 entrevistados.

Se aplicó: “Estudio Epidemiológico y Socio demográfico, Salud Adulto y Anciano”, validado por la Cátedra Adulto y Anciano, mediante la entrevista usuario – estudiante.

### **Justificación**

Nuestro país, al igual que la mayoría de los países occidentales, ha experimentado un proceso de envejecimiento progresivo, debido

principalmente a la disminución de la natalidad y a un aumento de la longevidad. Hasta hace unos años, la política en salud pública, se había dirigido a disminuir la morbimortalidad y a elevar la expectativa de vida en las poblaciones. Sin embargo, en los últimos tiempos se ha añadido un interés especial en conocer y mejorar la calidad de vida de los individuos.

Calidad de vida se relaciona con la salud, fuentes conceptuales, valoración de la salud y resultados, así como la calidad del cuidado; y al referirnos al mismo, desde el Rol del Enfermero profesional, según Orem: *“La persona es un todo que funciona biológicamente, simbólicamente y socialmente, y que posee las capacidades, las aptitudes y la voluntad de comprometerse y de llevar a cabo autocuidados que son de tres tipos: los autocuidados universales, los autocuidados asociados a los procesos de crecimiento y de desarrollo humano y los autocuidados sexuales unidos a desviaciones de salud”*. La salud se define según esta autora, como un estado de integridad de los componentes del sistema biológico y de los modos de funcionamiento biológico, simbólico y social del ser humano. Por último, el entorno representa todos los factores externos que influyen sobre la decisión de la persona de emprender los autocuidados o sobre su capacidad para ejercerlos (Orem, 1993).

### **Planteamiento del Problema**

¿Cuáles son las conductas en salud de la población a estudio y como las mismas afectan la calidad de vida? Entre los meses de Julio y Agosto de 2013,

en un ente público, Montevideo “Primer Nivel de Atención” en el sector Policlínica.

### **Marco teórico**

El concepto de “calidad de vida” ha originado dudas, confusiones e interpretaciones equívocas entre médicos, políticos, investigadores y los propios pacientes. La principal razón es que no existía una base conceptual para “medir” este término, ya que englobaba conceptos de naturaleza subjetiva y, por tanto, difíciles de cuantificar. Por tal motivo, en 1994, la OMS propuso una definición de consenso de calidad de vida: *“Percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses”*, habiéndose demostrado su relación con la utilización de recursos en salud, institucionalización, pérdida de autonomía y muerte.

En la actualidad, debido a este interés despertado por el estudio de la “calidad de vida”, se han validado instrumentos de medida como complemento importante para la valoración integral del adulto mayor.

Se puede caracterizar cada una de las facetas de la calidad de la vida definidas por la OMS como una descripción de una conducta, un estado, una capacidad, un potencial, o una percepción o experiencia subjetivas. Por ejemplo, el dolor es una percepción o experiencia subjetiva; se puede definir la fatiga como un estado; a la movilidad como una capacidad (para moverse), o como un

comportamiento (el de caminar propiamente). Se ha escrito una definición de cada una de las facetas de la calidad de vida abarcadas por su evaluación según la OMS. Las formas en que una persona evalúa la calidad general de su vida, salud y bienestar, lo realiza según su ámbito físico, psicológico, grado de independencia, medio y espiritualidad.

Se destaca la importancia de tomar en cuenta la percepción del usuario, sus deseos y motivaciones en el proceso de toma de decisiones en salud así como en la evaluación de la calidad de la asistencia sanitaria. Se discuten los aspectos conceptuales del constructo "CVRS", sus alcances y sus limitaciones, así como su desarrollo histórico a partir de tres tradiciones básicas, la investigación del concepto de felicidad en la psicología; la de indicadores sociales en la sociología y la investigación del estado de salud en las ciencias médicas.

La relatividad histórico-cultural del concepto, así como la variabilidad de las prioridades en distintos momentos de la vida, como modelo conceptual, debería valorarse empíricamente permitiendo el diseño científico de intervenciones destinadas a promover el bienestar psicosocial, mejorando la calidad de vida de los usuarios.

La vida actual, caracterizada por un aumento en la longevidad, no está necesariamente asociada a mejor calidad de vida. El aumento de la frecuencia y velocidad de los cambios (revolución tecnológica), la inseguridad constante, el exceso de información, el desempleo o el multiempleo, los cambios en la estructura familiar (divorcios, uniones inestables, ambos padres en el mercado laboral), la pérdida de motivaciones, lealtades, valores, señalan los múltiples factores estresantes a que estamos sometidos la mayoría de los seres humanos.

Se conoce que el estrés predispone a la enfermedad y deteriora la calidad de vida, se vincula en primer lugar a afecciones cardiovasculares y a las depresiones con su consecuente riesgo suicida. Esta situación en que conviven el permanente avance de la ciencia, la enorme producción de bienes, grandes gastos en salud junto a montos elevados de stress y enfermedades asociadas, insatisfacción en gran parte de los usuarios de los servicios de salud, lleva a cuestionarse qué pasa en nuestras sociedades.

En el siglo XXI, la tecnología avanza a pasos agigantados y la medicina no es ajena a este crecimiento. Los conocimientos disponibles permitirían solucionar los problemas de alimentación de la humanidad. Sin embargo, como señaló el Encuentro Continental de Educación Médica (1994) en la Declaración de Uruguay -en una afirmación que a casi 10 años mantiene total vigencia-, *"las significativas transformaciones políticas y económicas y especialmente la*

*reforma del sector salud, iniciada en la mayoría de los países del continente, no se han reflejado positivamente en el desarrollo de las condiciones de vida, de modo de promover con equidad mejoras en las condiciones de salud de nuestras poblaciones".*

El excesivo énfasis en los aspectos tecnológicos y el deterioro de la comunicación equipo de salud-usuario ha ido quitándole a la relación de ayuda profesional la calidad relacional que fuese soporte social para el usuario y fuente de gratificación y reconocimiento para el profesional de la salud.

El diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad, han dejado de lado, en muchas ocasiones, la aproximación más holística al cuidado de la salud, donde no sólo se busque combatir la enfermedad sino promover el bienestar.

La prevalencia de enfermedades crónicas, en la mayoría de los países, para las cuales no existe una curación total y donde el objetivo del tratamiento es atenuar o eliminar síntomas, evitar complicaciones y mejorar el bienestar de los pacientes, lleva a que las medidas clásicas de resultados en medicina

(Mortalidad, morbilidad, expectativa de vida) no sean suficientes para evaluar la calidad de los servicios de salud.

Esencialmente incorpora la percepción del paciente, como una necesidad en la evaluación de resultados en salud, debiendo para ello desarrollar los instrumentos necesarios para que esa medida sea válida y confiable y aporte

evidencia empírica con base científica al proceso de toma de decisiones en salud.

La aplicación, a veces indiscriminada de nuevas tecnologías, con capacidad de prolongar la vida a cualquier precio, la complicada decisión de cantidad versus calidad de la vida, y el terrible dilema ético de la distribución de los recursos económicos en salud, ponen sobre el tapete la necesidad de conocer las opiniones de los usuarios.

El modelo biomédico tradicional excluye que el estado de salud está influido por el estado de ánimo, los mecanismos de afrontamiento a las diversas situaciones y el soporte social. Estos aspectos son importantes en la vida de los seres humanos y serán los que más influyan a la hora de que los usuarios evalúen su calidad de vida.

La toma de decisiones en el sector salud debe tener en cuenta la percepción de los usuarios, apoyada en una profunda evidencia empírica de base científica, que considere, además de los indicadores clásicos cuantitativos

(Mortalidad, morbilidad, expectativa de vida) y los costos, los indicadores cualitativos que expresan el impacto sobre la calidad de vida y la satisfacción del usuario.

Se debe analizar el proceso de atención a la salud tanto en lo que hace a la evaluación de la excelencia técnica (decisiones terapéuticas, utilización de tecnologías de diagnóstico y tratamiento con fundamento sólido) así como la

evaluación de la excelencia interpersonal, basada en un manejo científico, ético y humano de la relación médico-paciente.

Los factores que determinan la percepción del paciente en los diversos momentos de la vida y de la enfermedad, es decir el proceso de adaptación a la enfermedad crónica, permitiría reconocer los mecanismos que inciden negativamente en la CVRS del usuario y encarar intervenciones psicosociales que promuevan el mayor bienestar posible.

---

### **Objetivos de investigación**

#### **Objetivo general:**

Conocer el estado de calidad de vida en salud de la población adulto y anciano en un ente público, "Primer Nivel de Atención" que asiste a consulta en el sector Policlínicas, en el período comprendido entre los meses de Julio – Agosto del 2013, desde la visión del Enfermero profesional.

#### **Objetivos específicos:**

- Aplicar: “Estudio epidemiológico y socio demográfico, Salud Adulto y Anciano”, validado por la cátedra ADAN
- Caracterizar la población a estudio, mediante la tabulación de los datos obtenidos.
- Analizar los datos obtenidos de la población, a fin de conocer situaciones, eventos, factores de riesgo, características, causas y consecuencias que afectan la salud de la misma.

## **Metodología**

### **Tipo y diseño del estudio.**

El presente estudio de investigación es de tipo, descriptivo, cuantitativo, y es de tipo transversal, porque se estudian las variables simultáneamente en determinado momento, realizando un corte en el tiempo (período Julio – Agosto).

### **Universo de estudio.**

Para el presente trabajo de investigación, se tomó del universo de estudio a los usuarios en un ente público del Primer Nivel de atención en el sector policlínica, la población consistió en la totalidad de usuarios, adultos y adultos mayores de ambos sexos, que concurren a consulta en el periodo julio – agosto 2013.

La muestra (N=120), y el muestreo es No probabilístico, por conveniencia, ya que los sujetos fueron seleccionados según accesibilidad y al azar.

Los criterios de inclusión fueron, la población adulta y anciana, que concurre a consulta, en el sector policlínica, en el período comprendido desde el 8 de Julio al 2 de Agosto del 2013.

Fueron excluidos, los usuarios, niños y adolescentes, así como aquellos que se encontraban en otros sectores o dependencias de la policlínica.

Se aplicó el instrumento (Estudio Epidemiológico y Socio demográfico, Salud del Adulto y Anciano, Cátedra Adulto y Anciano 2010, Facultad de Enfermería, UDELAR), mediante la realización de la entrevista, Usuario – Estudiante.

Los datos obtenidos fueron tabulados por tipos de variables identificadas, que son objeto de estudio y análisis, éste último, se realizó de forma individual, y a través del cruce de las mismas en los casos que se consideró necesario.

En cuanto a las medidas de tendencia central, utilizamos únicamente la Moda, que se define como el valor que corresponde a la máxima frecuencia, y comprobamos la aplicación de la misma en todas las variables utilizadas.

En cuanto al cruce de variables, por definición, se presenta como un estudio en el que intervienen dos variables simultáneamente, mediante la identificación y comparación de datos de la tabla dinámica. Éste tipo de análisis, permite identificar si existe o no relación entre dos o más variables, además de posibilitar el análisis de las mismas. Se plantearon los datos, y dichos valores a su vez fueron expresados, mediante las distintas frecuencias.

### **Operacionalización de las variables**

- **Sexo:** Palabra que designa la sexualidad o conjunto de los fenómenos de la vida sexual.

**Medición:** Femenino – Masculino.

- **Edad:** Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.

**Medición:** Años.

- **Procedencia:** Se refiere a algo o alguien que «proviene originalmente de algún lugar».

**Medición:** Montevideo – Interior.

- **Ocupación:** Trabajo asalariado, al servicio de un empleador.

**Medición:** Ocupación: Trabaja – Tipo Ocupación anterior – Tipo ocupación Actual – Jubilado – Pensionista.

- **Jubilado:** Persona retirada del trabajo por edad o por incapacidad, con derecho a una remuneración.

- **Pensionista:** Persona que tiene derecho a percibir y cobrar una pensión.

- **Nivel de instrucción:** Es cada una de las etapas que forman la educación de un individuo.

**Medición:** Primaria Completa – Primaria Incompleta - Secundaria Completa – Secundaria Incompleta - Terciaria Completa – Terciaria Incompleta - Analfabeto.

- **Inmunización:** Proceso de inducción de inmunidad artificial frente a una enfermedad.

**Medición:** Si – No – No sabe.

- **Antecedentes personales de salud:** De la persona, o propio, particular de ella, de su salud.

- **Índice de masa corporal (IMC):** Es una medida de asociación entre el peso y la talla de un individuo. Se calcula según la expresión matemática:  $IMC = Masa / Estatura^2$ .

**Medición:** Kg/mt2

- **Patología:** La patología es la rama de la medicina encargada del estudio de las enfermedades en los humanos.

**Medición:** Si – No.

- **Control médico (Asistencia sanitaria):** Conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de promover, proteger y restaurar su salud.

**Medición:** Si – No – Seis meses – Dos años – Preventivo – De rutina.

- **Presión arterial:** Es la fuerza o presión que lleva la sangre a todas las partes del cuerpo. Al medir la presión arterial se conoce el resultado de la presión que ejerce la sangre contra las paredes de las arterias.

**Medición:** mm/hg.

- **Exámenes preventivos:** Es un plan periódico de monitoreo y evaluación de la salud a lo largo del ciclo vital. Se basa en realizar exámenes de salud para la prevención y control.

**Medición:** Si – No.

- **Patología Oncológica:** Enfermedad en la cual el organismo produce un exceso de células malignas con crecimiento y división, más allá de los límites normales.

**Medición:** SI - No

- **Alimentación:** Proceso mediante el cual los seres vivos consumen diferentes tipos de alimentos con el objetivo de recibir los nutrientes necesarios para sobrevivir.
- **Actividad física:** Se considera actividad física cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía.

**Medición:** Si – No.

- **Enfermedades oftalmológicas:** es la especialidad médica que estudia las enfermedades del globo ocular, la musculatura ocular, sistema lacrimal, párpados y sus tratamientos.

**Medición:** Si – No.

### **Análisis de la Investigación.**

El siguiente análisis, se desarrolló en base a los resultados obtenidos, de las 120 entrevistas realizadas a los usuarios adultos y adultos mayores, que concurrieron al sector policlínicas “Primer Nivel de Atención” en un ente público, en el período comprendido entre el Lunes 8 de Julio y el 2 de Agosto del 2013, en los turnos mañana y tarde.

De la muestra de estudio, se desprendieron los siguientes datos:

En primera instancia, se caracterizó la población, obteniendo como resultado que, de 120 usuarios consultados, el 80% (96) corresponde a usuarias de sexo femenino, mientras que el 20% restante (24), corresponde a usuarios de sexo

Masculino. Si comparamos dichos datos obtenidos con los resultados estadísticos, se observa que, a nivel nacional el 52.3% de la población corresponde al sexo femenino, mientras que el 47.7% corresponde al masculino. La presente investigación refleja una realidad diferente, marcando una amplia diferencia de porcentajes entre ambos sexos, teniendo al femenino, con la mayoría de la prevalencia.

En cuanto al rango de edades, se utilizaron los rangos pertenecientes a la clasificación de la OMS, siendo la misma, de 20 a 64 años correspondiente a la población adulta y para los mayores de 65 años, el correspondiente al adulto mayor. En nuestra investigación se obtuvo que un 70% (84), corresponde a población adulta, mientras que un 30% (36) corresponde al adulto mayor.

Por lo tanto se observa que, comparando los datos obtenidos con los resultados del censo INE 2011, se ratifica el proceso de agudización del envejecimiento de la población en Uruguay (el 29,4% corresponde al grupo comprendido entre 15 a 34 años, el 34,7% entre los 35 y 64 años y un 14% los mayores de 65 años).

En relación a la procedencia, en la presente investigación se obtuvo que un 75% de los entrevistados (90), reside en Montevideo, mientras que el 25% restante (30), reside en el interior, dato que al compararse se refleja con la

realidad demográfica de nuestro país, ya que la mayor concentración de habitantes se encuentra en la capital. Según las estadísticas nacionales, la

Distribución de población en Uruguay es de 40.2% de habitantes en Montevideo y el 59.8% en el Interior.

El 58% de los encuestados (70), trabajan, mientras que el 42% restante (50) no. Dentro de dicho grupo de usuarios que no trabajan, encontramos a los jubilados 39% (47) y pensionistas 13% (16), de ésta población se destaca que, cuatro jubilados y pensionistas trabajan de manera informal y dos perciben jubilación y pensión a la vez.

En cuanto al nivel de instrucción se obtiene que, el 17% (20) de la población a estudio, tiene primaria incompleta, el 38,5% (46) primaria completa, el 12% (14) secundaria incompleta, el 28% (34) secundaria completa, el 2% (2) terciaria incompleta y el 3% (4) de esta población, tiene terciaria completa; no encontrándose en el número de entrevistados usuarios analfabetos (0%). Al comparar los datos obtenidos con las estadísticas a nivel nacional, se encuentra que un 13.2% presenta primaria incompleta, un 25.5% primaria completa, un 22.9% presenta una secundaria incompleta, un 16.9% secundaria completa, un 6.6% terciaria incompleta y un 9.2% terciaria completa, éstos datos expresan que los usuarios que concurren al sector policlínica, presenta un buen nivel educacional, si los comparamos con los mismos datos a nivel nacional.

Este grado de alfabetización en el Uruguay se debe a que se garantiza más tempranamente el acceso a la educación de la mayor parte de la población; siendo junto con Argentina y Chile, los países más alfabetizados de la región.

En lo que refiere a inmunización, los usuarios encuestados presentan un 96% (115) de inmunización vigente, mientras que el 4% (5) restante refiere no tenerlo al día; a nivel nacional las cifras marcan un 98% de la población inmunizada, por lo tanto, en cuanto a ésta situación de salud, decimos que la población asistida refleja la realidad a nivel nacional.

Al consultar acerca de los antecedentes personales de salud (obesidad, tabaquismo, sedentarismo, hipertensión, estrés, colesterol y diabetes), se desprende que hay un 30% (36) de usuarios obesos, un 9% (11) refieren

Consumo de tabaco, un 26% (31) refieren ser sedentarios, un 60% (72) son hipertensos, un 65% (78) menciona padecer estrés, un 39% (47) padece colesterol y un 31% (37) padece de diabetes. Estos datos muestran en primera instancia un elevado número de usuarios con patología cardiovascular y asociadas (hipertensión, colesterol y estrés), es importante aclarar que en nuestro país, las enfermedades cardiovasculares representan la principal causa de muerte en el Uruguay, con un 30%.

Más del 90% de la población, presenta al menos uno de éstos factores de riesgo (obesidad, tabaquismo, sedentarismo, hipertensión, estrés, colesterol y diabetes). Al menos 1 de cada 3 uruguayos, padece de hipertensión arterial.

Destacamos que estas cifras son similares en la región y en el mundo, reflejándose con los datos estadísticos de este estudio, en donde si realizamos el cálculo, se puede observar que 1 de cada 4 usuarios adultos y/o adultos mayores, que consultan en el sector policlínica “Primer Nivel de atención” en un ente público, son hipertensos.

En cuanto a la Diabetes, se estima que existe en Uruguay, alrededor de un 9.9% de la población con ésta enfermedad. En comparación con las cifras obtenidas producto de la investigación, se encuentra que un porcentaje importante de la población adulta y adulta mayor, padece ésta enfermedad, superando ampliamente el promedio a nivel nacional al comparar los mismos.

Con relación al tabaquismo, podemos decir que del análisis surge, que el 9% de la población de estudio tiene antecedentes de tabaquismo.

En Uruguay el 33% de la población es fumadora diaria, siendo mayor ésta proporción en los hombres que en las mujeres, 37.2% en los hombres y 28.6% para las mujeres; al análisis comparativo, se observa que el índice de consumo de tabaco en los usuarios entrevistados, es considerablemente menor en comparación con las cifras estadísticas en el Uruguay. Según el Informe de la OMS del 2003, *“El consumo de cigarrillos y otros productos de tabaco y la exposición al humo ajeno, constituyen la principal causa mundial de defunción prevenible y son responsables de unos cinco millones de muertes al año, que*

*se concentran principalmente en los países pobres y en las poblaciones más desfavorecidas”.*

En relación a la obesidad nuestro estudio refleja que el 30 % (36) de esta población, tiene antecedentes de obesidad, que el 60% (73) tiene un IMC mayor a 25 .La realidad nacional estima que el 57% de la población adulta padece sobrepeso u obesidad. Al analizar los datos, en cuanto a antecedentes personales de obesidad, las cifras volcadas a través de las entrevistas realizadas, marcaron una clara diferencia con los datos estadísticos a nivel nacional, siendo los porcentajes obtenidos de los usuarios de la policlínica de primer nivel, considerablemente inferiores; a su vez, se encuentra que a pesar de tener un porcentaje menor de usuarios con antecedentes de obesidad, al momento del cálculo del IMC, se observa que el doble de la población obesa posee IMC mayor a 25 (lo que indica sobrepeso); por lo tanto la conclusión ante éstos datos, es que la mayor parte de ésta población no

Posee una adecuada visión ante ésta enfermedad, reflejándose éstas cifras, si, con la realidad nacional.

El 36% (44) de la población a estudio, refiere antecedentes de hipercolesterolemia. A nivel de nuestro país, los datos concluyen que el 53.3% de los hombres y el 63.9% de las mujeres entre 19 y más de 60 años tienen colesterol total por encima de 200 mg/dl. Al comparar los datos, se observa que

La población a estudio, posee un número importante de usuarios con dislipemia, presentando cifras similares a la de la población a nivel nacional.

Al consultar acerca de antecedentes personales de estrés, el 65% (78) de la población, presenta, signos y síntomas de ésta patología, siendo un número

de considerable importancia; asociado fundamentalmente a otras, como, hipertensión, tabaquismo y diabetes, entre otras.

En cuanto a patologías controladas, se consultó en las entrevistas acerca de hipertensión, diabetes, obesidad e hipercolesterolemia, de los datos recabados se desprende que, un 61% (73) presentan control médico de hipertensión arterial, en tanto un 30% (36) refieren control de diabetes, un 13% (16) manifiestan control de obesidad y un 36% (44) presentan control de hipercolesterolemia. Cuando analizamos dos de éstas variables de forma simultánea, se encuentran los siguientes datos; que un 27% (32), de los usuarios entrevistados, presentan diabetes e hipertensión a la vez; un 27% (32), padece hipercolesterolemia e hipertensión simultáneamente, y un 17% (20), de los usuarios presenta diabetes e hipercolesterolemia a la vez.

Al hablar de patología controlada, nos referimos a aquellas que tienen control y seguimiento médico. De los resultados se observa, que los pacientes con hipertensión, diabetes e hipercolesterolemia, tienen un muy buen control y seguimiento de las mismas, no así en lo que refiere a la obesidad, con cifras de control inferiores a la media obtenida de la investigación.

Al Analizar el cruce de datos, éstos nos indican que un porcentaje importante de la población a estudio presenta un alto índice de patología cardiovascular y metabólica asociada de forma simultánea.

En cuanto al control médico en general, la población de usuarios que concurre a la policlínica, presenta una muy buena concurrencia a control, presentando un 97% (117), de casos.

Se observó durante la entrevista como dato a destacar, que el 20% (24), de los usuarios encuestados presentaron cifras tensionales mayores a 90 mm/hg de presión sistólica. En los momentos en que se identificaron dichos valores, se comunicó a la Licenciada referente y se realizó educación incidental, en cuanto al régimen terapéutico, alimenticio, de control médico, etc.

Al analizar los resultados en cuanto a los exámenes preventivos tanto en hombres como mujeres, se observó que, en lo que respecta a control con Urólogo, un 71% (17 de 24 hombres) concurrió al mismo, un 67% (16 de 24 hombres) se realizó tacto rectal y un 58% (14 de 24 hombres) presenta PSA en sangre al día. En cuanto al control ginecológico, un 87% (84 de 96 mujeres) concurrió a control, un 78% (75 de 96 mujeres) se realizó PAP y un 76% (73 de

96) tiene mamografía al día; estos datos reflejan un buen control por parte de la población de ambos sexos en cuánto a exámenes preventivos y consultas con los respectivos especialistas.

En cuanto a los antecedentes personales de patología oncológica, los datos obtenidos fueron, 15% (18), lo que muestra una cifra a tener en cuenta. Los datos estadísticos a nivel nacional muestran un índice de 52% de patología oncológica en hombres durante los años 2005 – 2009; y para mismo período,

la cifra fue, de 48% para las mujeres; siendo la segunda causa de muerte en Uruguay con un 24%. Otros estudios revelaron las localizaciones más frecuentes para los distintos tipos de cáncer según sexo, siendo para el sexo femenino, mama, cérvix uterino, colo-recto, endometrio y piel ; mientras que en el sexo masculino, fueron pulmón, próstata, colo-recto, estómago y piel.

Al hablar de la ingesta de carnes así como la frecuencia de consumo de las mismas, (rojas, pollo, cerdo y pescado); los datos obtenidos, fueron; en cuanto al consumo de carnes rojas, un 93% (111), refiere consumir las mismas; la frecuencia de consumo más encontrada en éste caso, es de tres veces por semana, con un 82%(92); la carne de pollo presenta un consumo de 98% (118), con una frecuencia de consumo de tres veces por semana; la carne de cerdo, con un consumo de 45% (54), una frecuencia de tres veces por semana, 51% (28) y la carne de pescado 74% (89), con una frecuencia de consumo de tres veces por semana, de 82% (55).

Estos resultados marcan una alimentación variada en cuanto a la ingesta de los distintos tipos de carnes, por parte de los usuarios entrevistados, a prevalencia de las carnes rojas y pollo. A nivel nacional Uruguay sigue al tope mundial del consumo de carnes de 98 kg al año y a nivel mundial es el país con mayor consumo de carnes.

El alto consumo de carnes rojas, está asociado a patología oncológica colo-rectal.

El consumo de hidratos de carbono según la investigación, es de 20% (25), lo que denota un consumo bajo del mismo, dentro de la población a estudio.

Al analizar los datos obtenidos en cuanto a la dieta hipo sódica, vemos que un 53% (64), cumple con la misma, sea por indicación médica u opción personal. Si comparamos los datos con el porcentaje de usuarios hipertensos encuestados, 60% (72), se observó que la gran mayoría de los usuarios, cumple con el régimen dietético indicado.

En cuanto al consumo de alimentos muy calientes, el porcentaje obtenido a través de las entrevistas, fue de 6 % (8), lo que representa un bajo número de usuarios con dichos hábitos, lo cual favorece a la prevención de enfermedades del aparato digestivo, sobre todo las oncológicas (ej. Cáncer de Esófago).

En cuanto a la actividad física, se obtuvo que, un 73% de la población a estudio realiza por lo menos una actividad física, siendo el caminar el ejercicio

más frecuente, lo que muestra, la presencia de hábito de ejercicio en los usuarios de la policlínica.

En cuanto a la exposición al sol a horas inapropiadas, encontramos que el 16% (20), de los encuestados, manifiestan hacerlo; y el 60% (72), del total de usuarios, tiene en cuenta el uso de sombra como protección, lo que lleva a

concluir que en términos generales, la población de estudio posee un adecuado conocimiento de prevención, en lo que refiere a patologías relacionadas con el sol y sus consecuencias en la piel, entre otros.

Al llegar al análisis, en lo que refiere a patología ocular, vemos que se obtuvieron los siguientes datos; un 61% (73), presenta signos y síntomas de disminución de la visión; un 52% (62), posee antecedentes personales de patología ocular y un 73% (88), utiliza lentes; éstos datos reflejan a una población con un alto índice de trastornos en la visión, cifra que no se refleja a nivel nacional donde se encontró que un 10% de la población declaró tener dificultades permanentes para ver.

Cabe destacar que no fueron aplicadas las escalas de valoración de Lawton Brady y de Pfeiffer, dado que, si bien en nuestra población a estudio, se encuentran incluidos los adultos mayores, no se encontraron elementos de aplicabilidad en los mismos, dadas las condiciones físicas y cognitivas de los usuarios al momento de la entrevista

### **Conclusiones.**

Al finalizar el estudio epidemiológico de la población, que se asiste en el Sector Policlínica, "Primer Nivel de Atención" de un ente público, podemos concluir que se logró el objetivo de conocer el estado de calidad de vida en salud de la población adulto y anciano, mediante la aplicación y el posterior análisis de las diferentes variables utilizadas.

En términos generales se puede decir que la población de estudio tiene una buena calidad de vida, que parte en primera instancia de un buen nivel de instrucción, que percibe una remuneración fija (trabajadores, jubilados y pensionistas), no encontrándose usuarios desocupados, en búsqueda de trabajo.

En lo que respecta a la salud y su relación con la calidad de vida, se encuentra que, son usuarios que presentan conductas generadoras de salud, relacionado con, altos índices de inmunización vigente, controles médicos, tanto preventivos, como de seguimiento de determinadas patologías, así como en la realización de determinado tipo de estudios y exámenes (ej.: Pap, mamografía, Psa y tacto rectal). Debemos destacar, en cuanto a las enfermedades crónicas no transmisibles, entre las cuales se destacan en la investigación, a la obesidad, hipertensión, diabetes e hipercolesterolemia; que si bien siguen el patrón a nivel nacional y en la región en cuanto a altos índices de prevalencia

de las mismas; nuestra población a estudio se encuentra ante un adecuado control médico.

Al relacionar alimentación y actividad física, en cuanto a la calidad de vida, se concluye en base a los datos aportados por la investigación, que estamos ante una población con alto consumo de los diferentes tipos de carnes, bajo porcentaje de consumo de hidratos de carbono, alto consumo de dieta hiposódica y un alto porcentaje de realización de actividad física; esto remarca la

idea de hábitos en salud; pese a que el porcentaje de consumo de carnes rojas es elevado, lo que nos indica la necesidad de aportar las herramientas necesarias para modificar aquellos hábitos nocivos que afecten directa o indirectamente la calidad de salud de la población.

Otros aspectos a destacar, son aquellos relacionados a la visión y cuidados de la piel; en primer lugar se observa un alto porcentaje de usuarios con alteraciones de la visión, lo que nos llevaría a pensar en un deterioro de la calidad de vida, pero a su vez, éste gran porcentaje de usuarios corrige ésta alteración, mediante un adecuado control con oftalmólogo y la utilización de lentes. En cuanto a las medidas preventivas, ante la exposición al sol y los cuidados de la piel, se encontró una gran concientización de la población a estudio, en lo que respecta a éste tema; es de concluir que también en estas áreas se observa una clara tendencia a los buenos hábitos para mantener la calidad de vida.

A partir del proceso de investigación realizado, se puede concluir que, a pesar de los resultados obtenidos, es necesario aportar más conocimiento en lo

referente a la calidad de vida, con la finalidad de contribuir a que la atención del paciente y los recursos destinados a los programas de atención, que no sólo se fundamente en los aspectos biológicos de la enfermedad (modelo biomédico), sino que tiendan a un mayor desarrollo del modelo integral bio-psicosocial; procurando, un entorno que favorezca el desarrollo de la persona y persuadir al individuo a avanzar en el camino para conseguir responsabilizarse de su auto cuidado.

Al mismo tiempo, el conocimiento adquirido durante éste proceso de investigación, nos permite otorgar, una atención integral, donde el Enfermero profesional, pueda reconocer en sus pacientes las alteraciones y/o necesidades críticas que dificulten el afrontamiento y la adaptación, en desmedro de la calidad de vida, determinando a la vez en qué momentos de la etapa del proceso, las intervenciones son más efectivas y oportunas. Se considera importante implementar estrategias que aborden la prevención y promoción de salud en forma integral; proceso que permitirá ayudar a satisfacer no sólo las necesidades integrales del individuo sino de su propia comunidad, desde un enfoque de derecho y de género; para mejorar el presente y el futuro de nuestros adultos y adultos mayores.

Al culminar nuestra investigación, concluimos que el rol de la enfermera/o profesional, en los procesos antes descritos y sus acciones van a influir en la evolución del estado del usuario; y es aquí donde la teoría de Dorothea Orem, describe cómo los cuidados de enfermería cumplen a la vez con el rol de “guía”

del usuario, no solo para orientarlo en la búsqueda de su recuperación o del mejoramiento de su calidad de vida, sino también en lo que involucra el descondicionar aquellos hábitos que influyan negativamente en la misma.

## **Bibliografía:**

### **Libros**

- Pineda E B, De Alvarado E L. Metodología de la investigación. Manual para el desarrollo de personal de salud. 3a. ed. Montevideo: OMS; 2008.
- Pineda E B, De Alvarado EL, Hernández de Canales F. Metodología de la Investigación. Manual para el desarrollo de personal de salud. Washington: OPS; 1994.

### **Material Electrónico**

- Fajardo Ramos E, Núñez Rodríguez M, Castiblanco M A. Valoración integral del adulto mayor a partir de escala de medición, Edu. Física (Colombia) [Internet] 2012; 4(9): [consulta: 17 de ago 2013]  
  
Disponible en: <http://edu-fisica.com/Revista-9/Valoracion-adulto.pdf>
- Vega R, Flisfisch H. Revista de Medicina, Bioética y Filosofía [Internet]. 2012. [consulta: 17 de ago 2013]. N° Volumen 3. URL disponible en: <http://www.medicinayhumanidades.cl>
- Página oficial del Hospital Alemán, [Internet]. Bs. As: 2013. [Consulta: 17 de ago 2013]. URL disponible en: <http://www.hospitalaleman.org.ar>
- Página oficial del Instituto Nacional de Estadística. [Internet] Montevideo: 2011. [Consulta: 17 de agosto 2013]. URL disponible en: <http://www.ine.gub.uy>.

- Página oficial de la Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer. [Internet] Montevideo: 2009. [Consulta: 17 de ago 2013]. URL disponible en: <http://www.urucan.org.uy>
- Uruguay ministerio de Salud Publica. Primer encuesta Nacional de factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles [Internet] 2006. [consulta: 17 ago 2012]  
  
Disponible en:  
[http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos\\_adjuntos/1er\\_enfrecnt\\_2006\\_1.pdf](http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/1er_enfrecnt_2006_1.pdf) (consulta: 17 ago 2012)
- Página principal de Presidencia de la República. Datos estadísticos a nivel Nacional.[Internet]. 2013. [consulta: 17 de agosto 2013]. URL disponible en: <http://www.presidencia.gub.uy>

# Anexos.

**Anexo N° 1.**

**Consentimiento  
Informado.**



### **Consentimiento Informado.**

**“Calidad de vida en salud, de la población adulto y anciano en el Uruguay, desde la visión del Enfermero Profesional”.**

Montevideo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2013.

El/La abajo firmante, autoriza al estudiante de Licenciatura en Enfermería, perteneciente a la Facultad de Enfermería, Universidad de la República \_\_\_\_\_, C.I. \_\_\_\_\_ a realizar entrevista, en formato cuestionario, con el fin de estudiar hábitos, antecedentes familiares y médicos; complementando la misma, se realizará control de signos vitales, antropometría y como procedimiento invasivo, la medición de glicemia capilar.

El propósito de la entrevista es participar en un estudio de investigación, el cual tiene como meta, conocer en profundidad las conductas de salud de la población a estudio (usuarios en un ente público del Primer Nivel de Atención, en el sector policlínicas en Montevideo).

Acepta participar voluntariamente en ésta investigación, ha sido informado(a) y reconoce que la información que provea en el transcurso de la misma, es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito, pudiendo abstenerse de responder, o así como retirarse en el momento que lo desee.

Para ésta instancia, el presente Consentimiento Informado, se ampara en el **Decreto de Presidencia de la República N°379/008, que contempla la Investigación con seres Humanos.**

Firma: \_\_\_\_\_

C.I.: \_\_\_\_\_

Aclaración: \_\_\_\_\_

# **Anexo N° 2.**

## **Estudio**

# **Epidemiológico**

# **Salud del Adulto y Anciano.**

## **Anexo N° 3.**

# **Tabla Dinámica ELSA.**

**Anexo N° 4.**

**Tablas y**

**Representación**

**Gráfica.**

## Tablas.

### Tabla y Gráfico N° 1. Distribución por sexo.

**Definición conceptual de Sexo:** Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer en general.

**Tipo de variable:** Cualitativa.

<b>Sexo</b>	<b>FA</b>	<b>FR%</b>
<b>Femenino</b>	96	80%
<b>Masculin o</b>	24	20%
<b>Total</b>	120	100%

Fuente de datos: Primaria.

Datos recabados a usuarios en un ente público, del Primer Nivel de Atención en el Sector Policlínicas, en Montevideo en el período comprendido entre el 8 de Julio y el 2 de Agosto del 2013.

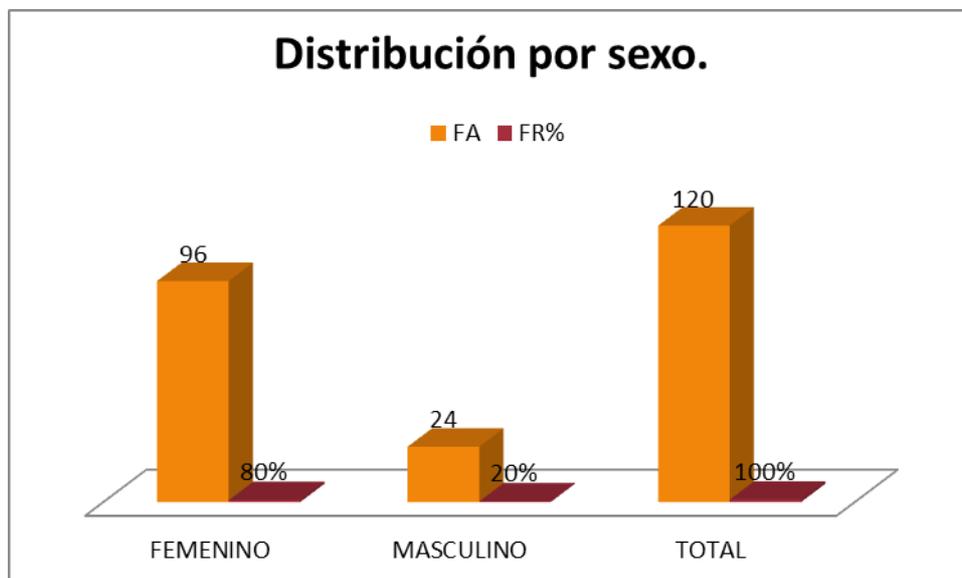


Gráfico que representa la distribución por sexo, de la población entrevistada, en donde se muestra la prevalencia de la población de sexo femenino (80%), ante la de sexo masculino (20%).

**Tabla y Gráfico N° 2. Distribución por edad.**

**Definición conceptual de Edad:** Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.

**Tipo de variable:** Cuantitativa continúa.

Edad	FA	FR%
Entre 20 y 64 años	84	70%
Mayores de 65 años	36	30%
Total	120	100%

Fuente de datos: Primaria.

Datos recabados a usuarios en un ente público del Primer Nivel de Atención en el Sector Policlínicas, en Montevideo, en el período comprendido entre el 8 de Julio y el 2 de Agosto del 2013.

### Dieta hiposódica.

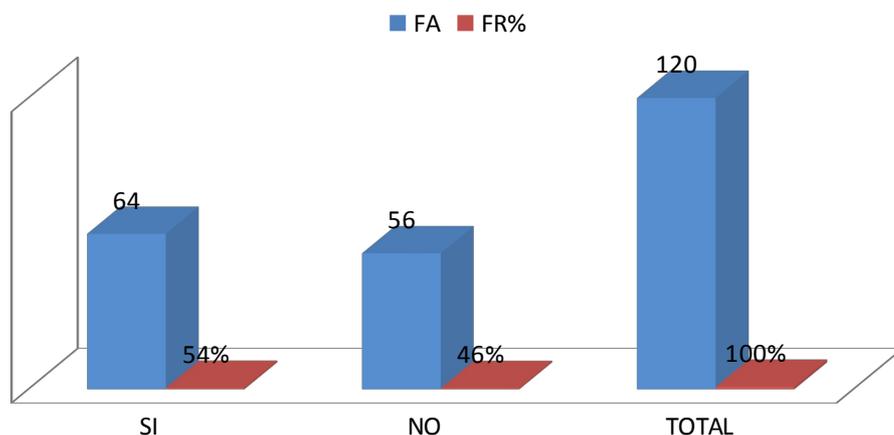


Gráfico que representa la distribución por rango de edad según la OMS, de la población entrevistada, mostrando la prevalencia de la población adulta (70%), ante la adulta mayor (30%).

### Tabla y Gráfico N° 3. Procedencia.

**Definición conceptual de Procedencia:** Se refiere a algo o alguien que «proviene originalmente de algún lugar».

**Tipo de variable:** Cualitativa.

Procedenci	FA	FR%
------------	----	-----

a		
<b>Montevideo</b>	90	75%
<b>Interior</b>	30	25%
<b>Total</b>	120	100%

Fuente de datos: Primaria.

Datos recabados a usuarios en un ente público del Primer Nivel de Atención en el Sector Policlínicas, en Montevideo, en el período comprendido entre el 8 de Julio y el 2 de Agosto del 2013.

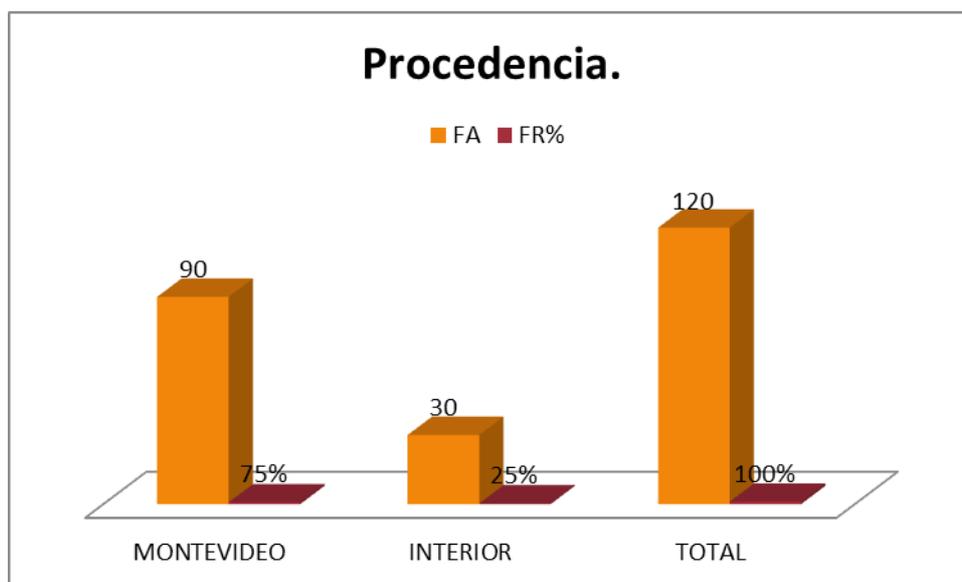


Gráfico que representa la distribución según procedencia (Montevideo e Interior), de la población entrevistada, en donde se observa la prevalencia de usuarios de Montevideo (75%), ante los del interior (25%).

#### **Tabla y Gráfico N°4. Ocupación.**

**Definición conceptual de Ocupación:** Trabajo asalariado, al servicio de un empleador.

**Tipo de variable:** Cualitativa.

Ocupación	FA	FR%
<b>Si</b>	70	58%
<b>No</b>	50	42%

<b>Total</b>	120	100%
--------------	-----	------

Fuente de datos: Primaria.

Datos recabados a usuarios en un ente público del Primer Nivel de Atención en el Sector Policlínicas, en Montevideo, en el período comprendido entre el 8 de Julio y el 2 de Agosto del 2013.

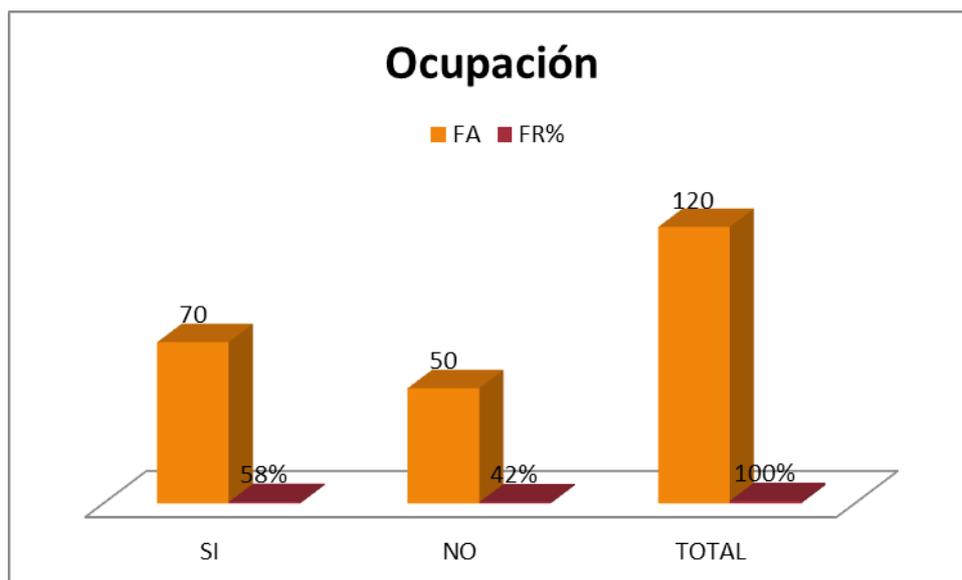


Gráfico que representa la actividad laboral de la población entrevistada, observándose que el 58%, desempeña una actividad laboral remunerada, ante un 42% que refiere no encontrarse trabajando (jubilados, pensionistas, etc) .

#### **Tabla y Gráfico N°5. Jubilado.**

**Definición conceptual de Jubilado:** Persona retirada del trabajo por edad o incapacidad; con derecho a una remuneración.

**Tipo de variable:** Cualitativa.

<b>Jubilado</b>	<b>FA</b>	<b>FR%</b>
<b>Si</b>	47	39%
<b>No</b>	73	61%
<b>Total</b>	120	100%

Fuente de datos: Primaria.

Datos recabados a usuarios en un ente público del Primer Nivel de Atención en el Sector Policlínicas, en Montevideo, en el período comprendido entre el 8 de Julio y el 2 de Agosto del 2013.

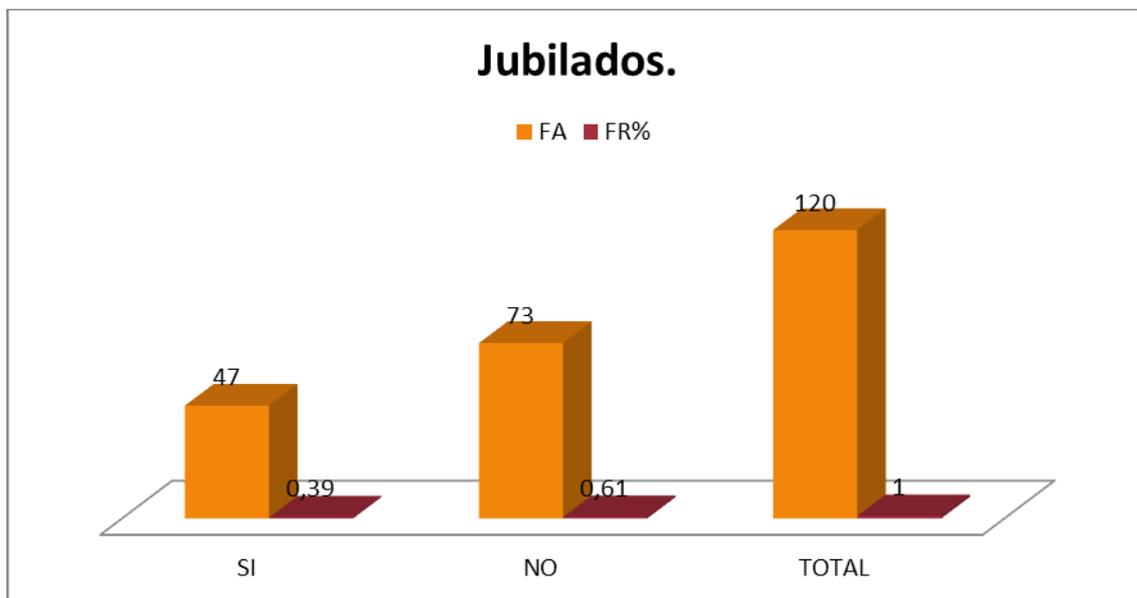


Gráfico que representa, el porcentaje de jubilados existente en la población entrevistada, siendo el mismo de 39%.

#### **Tabla y Gráfico N°6. Pensionista.**

**Definición conceptual de Pensionista:** Persona que tiene derecho a percibir y cobrar una pensión.

**Tipo de variable:** Cualitativa.

<b>Pensionista</b>	<b>FA</b>	<b>FR%</b>
<b>Si</b>	16	13%
<b>No</b>	104	87%
<b>Total</b>	120	100%

Fuente de datos: Primaria

Datos recabados a usuarios en un ente público del Primer Nivel de Atención en el Sector Policlínicas, en Montevideo, en el período comprendido entre el 8 de Julio y el 2 de Agosto del 2013.

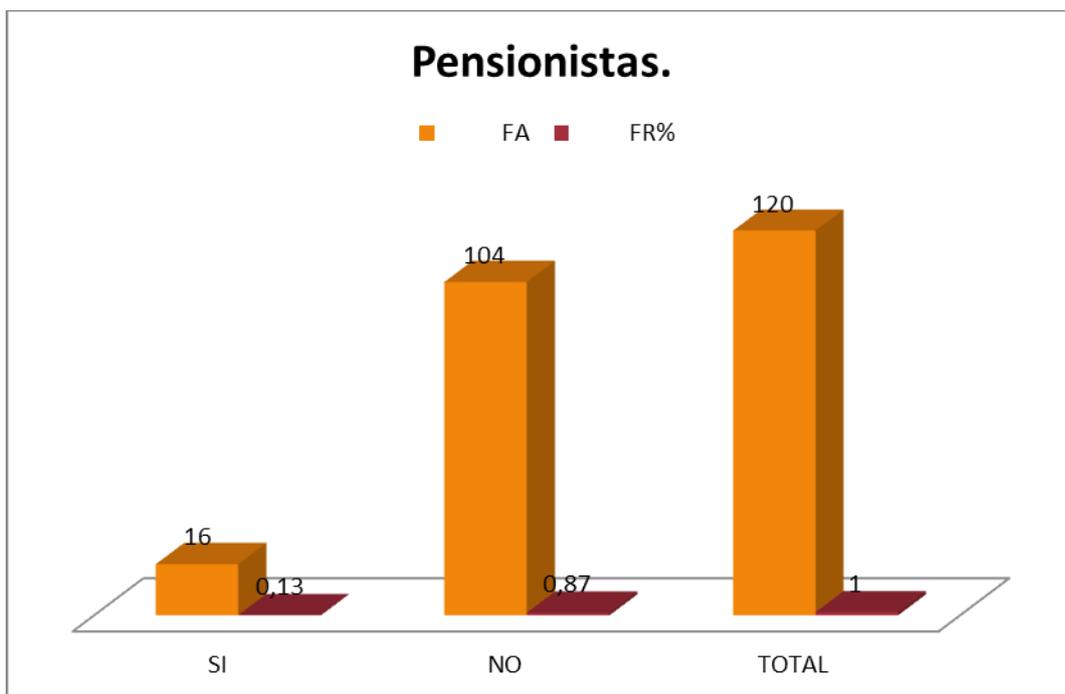


Gráfico que representa, el porcentaje de pensionistas existentes en la población entrevistada, siendo el mismo de 13%.

#### Tabla y Gráfico N° 7. Nivel de instrucción.

**Definición conceptual de Nivel de instrucción:** Grado de conocimiento adquirido.

**Tipo de variable:** Cualitativa.

Nivel de instrucción	FA	FR%
Analfabeto	0	0%
Primaria Completa	46	38%
Primaria Incompleta	20	17%
Secundaria Completa	34	28%
Secundaria Incompleta	14	12%
Terciaria Completa	4	3%
Terciaria Incompleta	2	2%
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100%</b>

Fuente de datos: Primaria.

Datos recabados a usuarios en un ente público del Primer Nivel de Atención en el sector policlínica, en Montevideo, en el período comprendido entre el 8 de Julio y el 2 de Agosto del 2013.

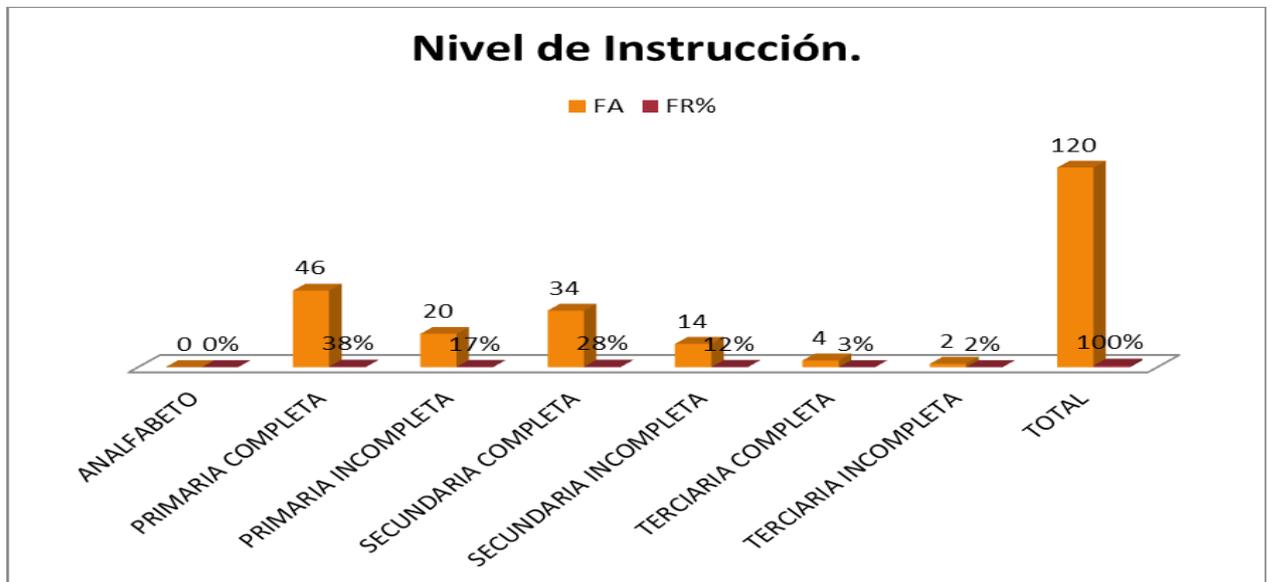


Gráfico que representa, el nivel de instrucción de la población entrevistada, en donde se observa el máximo nivel de instrucción alcanzado, destacándose la ausencia de población analfabeta.

### Tabla y Gráfico N° 8. Inmunización vigente.

**Definición conceptual de Inmunización:** Proceso de inducción de inmunidad artificial frente a una enfermedad.

**Tipo de variable:** Cualitativa.

Inmunización vigente	FA	FR%
Si	115	96%
No	5	4%
Total	120	100%

Fuente primaria: Usuario.

Datos recabados a usuarios en un ente público del Primer Nivel de Atención, en el Sector Policlínicas, en Montevideo, en el período comprendido entre el 8 de Julio y el 2 de Agosto del 2013.

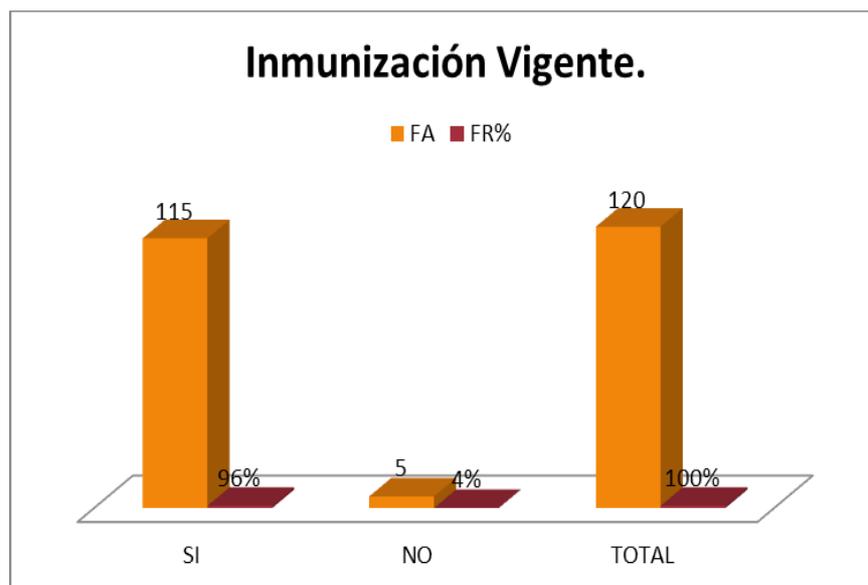


Gráfico que representa el porcentaje de inmunización de la población entrevistada, donde se observa el alto índice de inmunización de la misma (96%).

**Tabla y Gráfico N° 9. Antecedentes personales de salud.**

**Definición conceptual de Antecedente personal:** De la persona, propio, o particular de ella.

**Tipo de variable:** Cualitativa.

<b>Antecedentes Personales de Salud</b>	<b>Obesidad</b>	<b>FR%</b>	<b>Tabaquismo</b>	<b>FR%</b>	<b>Sedentarismo</b>	<b>FR%</b>
<b>Si</b>	36	30%	11	9%	31	26%
<b>No</b>	84	70%	109	91%	89	74%
<b>Total</b>	120	100%	120	100%	120	100%
<b>Antecedentes Personales de Salud</b>	<b>HTA</b>	<b>FR%</b>	<b>Estrés</b>	<b>FR%</b>	<b>Colesterol</b>	<b>FR%</b>
<b>Si</b>	72	60%	78	65%	47	39%
<b>No</b>	48	40%	42	35%	73	61%
<b>Total</b>	120	100%	120	100%	120	100%
<b>Antecedentes personales de Salud</b>	<b>Diabetes</b>	<b>FR%</b>				
<b>Si</b>	37	31%				
<b>No</b>	83	69%				
<b>Total</b>	120	100%				

Fuente de datos: Primaria.

Datos recabados a usuarios en un ente Público, del Primer Nivel de Atención, en el Sector Policlínicas, en Montevideo, en el período comprendido entre el 8 de Julio y el 2 de Agosto del 2013.

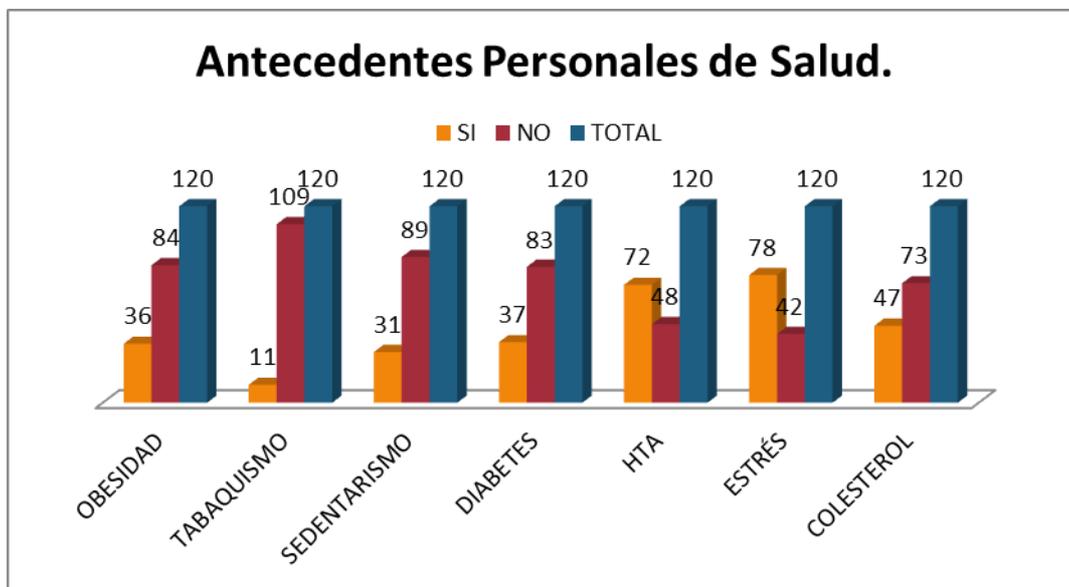


Gráfico que representa el número de usuarios con determinados antecedentes personales de salud, dentro de la población entrevistada. Los antecedentes encuestados fueron: Obesidad, Tabaquismo, Sedentarismo, Diabetes, Hipertensión Arterial, Estrés y Colesterol; como dato relevante es el alto índice de usuarios que padecen Hipertensión Arterial (72 usuarios, 60%).

### Tabla y Gráfico N°10. Índice de masa corporal mayor a 25.

**Definición de Índice de masa corporal (IMC):** Es una medida de asociación entre el peso y la talla de un individuo. Se calcula según la expresión matemática:  $IMC = Masa / Estatura^2$ .

**Tipo de variable:** Cuantitativa.

IMC mayor a 25	FA	FR%
Si	73	60%
No	47	40%
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100%</b>

Fuente de datos: Primaria.

Datos recabados a usuarios en un ente público, del Primer Nivel de atención, en el Sector Policlínicas, en Montevideo, en el período comprendido entre el 8 de Julio y el 2 de Agosto del 2013.

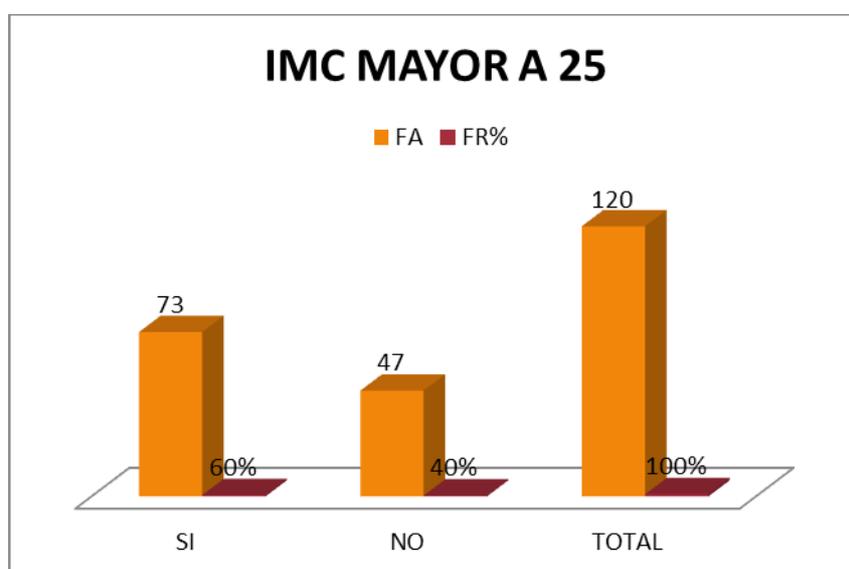


Gráfico que representa el porcentaje de usuarios que presentan índice de masa corporal mayor a 25, dentro de la población entrevistada, siendo la misma de 60%.

### **Tabla y Gráfico N° 11. Patología controlada.**

**Definición conceptual de Patología:** Son los cambios estructurales bioquímicos y funcionales que subyacen a la enfermedad en células, tejidos y órganos.

**Tipo de variable:** Cualitativa.

<b>Patología Controlada</b>	<b>Hipertensión (FA)</b>	<b>FR%</b>	<b>Diabetes(FA)</b>	<b>FR%</b>
<b>Si</b>	73	61%	36	30%
<b>No</b>	47	39%	84	70%
<b>Total</b>	120	100%	120	100%
<b>Patología Controlada</b>	<b>Obesidad (FA)</b>	<b>FR%</b>	<b>Hipercolesterolemia (FA)</b>	<b>FR%</b>
<b>Si</b>	16	13%	44	36%
<b>No</b>	104	87%	76	64%
<b>Total</b>	120	100%	120	100%

Fuente de datos: Primaria.

Datos recabados a usuarios en un ente público del Primer Nivel de Atención, Sector Policlínicas, en Montevideo, en el período comprendido entre el 8 de Julio y el 2 de Agosto del 2013.

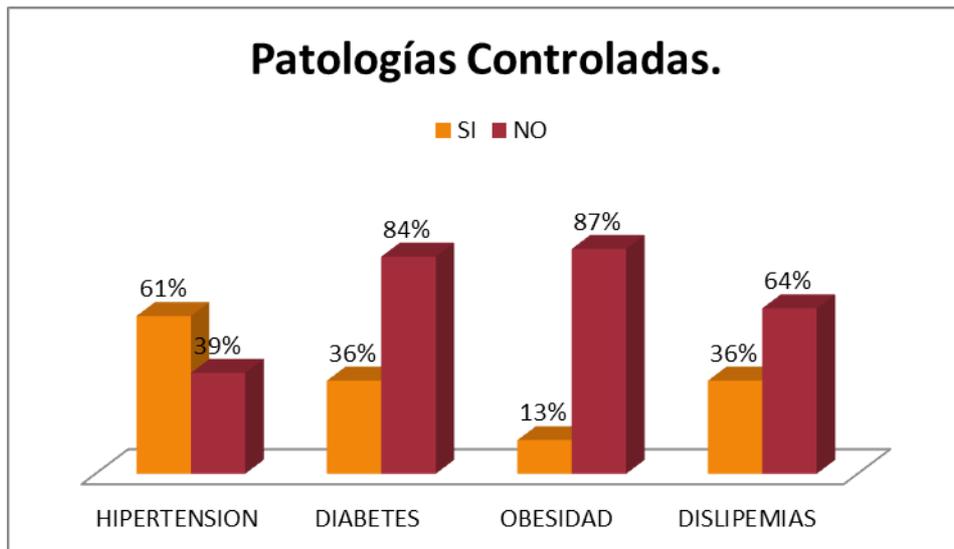


Gráfico que representa el porcentaje de patologías controladas, dentro de la población entrevistada, resaltando a la Hipertensión Arterial como la patología más controlada (61%).

## Tabla y Gráfico N° 12. Control médico.

**Definición conceptual de Control médico (Asistencia sanitaria):** Conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de promover, proteger y restaurar su salud.

**Tipo de variable:** Cualitativa.

<b>Control Médico</b>	<b>FA</b>	<b>FR%</b>
<b>Si</b>	117	97%
<b>No</b>	3	3%
<b>Total</b>	120	100%

Fuente de datos: Primaria.

Datos recabados a usuarios en un ente público del Primer Nivel de Atención en el Sector Policlínicas, en el período comprendido entre el 8 de Julio y el 2 de Agosto del 2013.

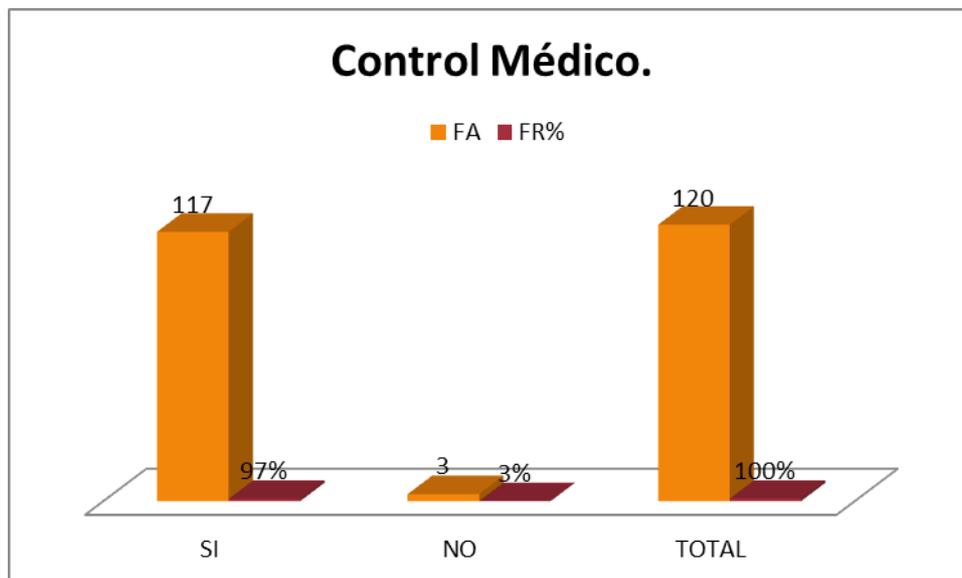


Gráfico que representa el porcentaje de usuarios que concurren control médico de la población entrevistada, observándose que un 97% concurre a control.

**Tabla y Gráfico N° 13. Cifras tensionales mayor a 90 mm/hg durante la entrevista.**

**Definición conceptual de Presión arterial:** Es el resultado de la presión que ejerce la sangre contra las paredes de las arterias.

**Tipo de variable:** Cuantitativa.

<b>Cifras tensionales mayor a 90mm/hg durante la entrevista</b>	<b>FA</b>	<b>FR%</b>
<b>Si</b>	24	20%
<b>No</b>	96	80%
<b>Total</b>	120	100%

Fuente de datos: Primaria.

Datos recabados a usuarios en un ente público del Primer Nivel de Atención en el Sector Policlínicas, en el período comprendido entre el 8 de Julio y el 2 de Agosto del 2013.

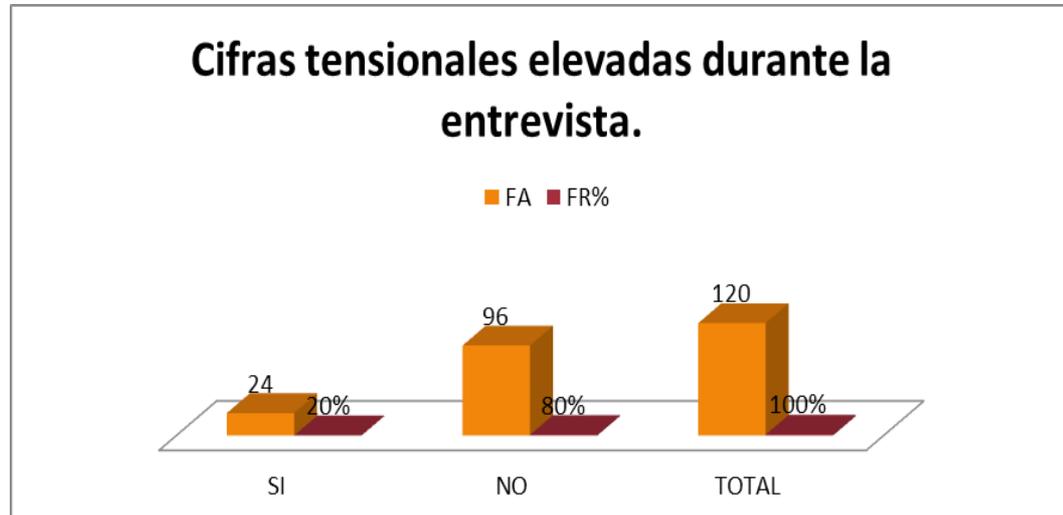


Gráfico que representa el porcentaje de usuarios que presentaron cifras tensionales elevadas durante la entrevista, dentro de la población entrevistada, observándose que un 20% de la población se encontraba hipertensa durante la misma.

**Tabla y Gráfico N° 14. Exámenes preventivos en hombres.**

**Definición conceptual de Exámenes:** Es el conjunto de procedimientos o habilidades, que realiza el médico al paciente, para obtener datos objetivos o signos que estén relacionados con los síntomas que refiere el paciente.

**Tipo de variable:** Cualitativa.

<b>Exámenes Preventivos</b>	<b>Control con Urólogo (FA)</b>	<b>FR%</b>	<b>Tacto rectal(FA)</b>	<b>FR%</b>	<b>Psa(FA)</b>	<b>FR%</b>
<b>Si</b>	17	71%	16	67%	14	58%
<b>No</b>	7	29%	8	33%	10	42%
<b>Totales</b>	24	100%	24	100%	24	100%

Fuente de datos: Primaria.

Datos recabados a usuarios en un ente público del primer nivel en el Sector Policlínicas, en el período comprendido entre el 8 de Julio y el 2 de Agosto del 2013.

## Exámenes preventivos en hombres.

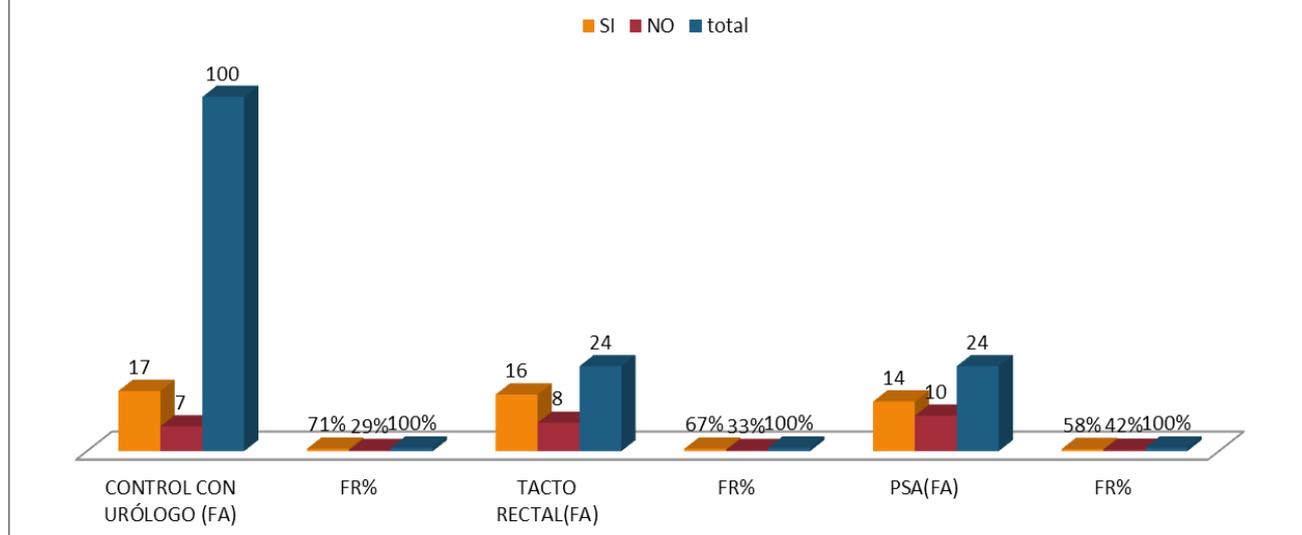


Gráfico que representa la población de usuarios de sexo masculino que se realizan exámenes de tipo preventivo, dentro de la población entrevistada, destacándose que un 71% de la población de sexo masculino concurre a control con Urólogo.

**Tabla y Gráfico N° 15. Exámenes preventivos en mujeres.**

**Tipo de variable:** Cualitativa.

<b>Exámenes preventivos en mujeres</b>	<b>Control ginecológico(FA)</b>	<b>FR%</b>	<b>Pap(FA)</b>	<b>FR%</b>
<b>Si</b>	84	87%	75	78%
<b>No</b>	12	13%	21	22%
<b>Total</b>	96	100%	96	100%
<b>Exámenes preventivos en mujeres</b>	<b>Mamografía(FA)</b>	<b>FR%</b>		
<b>Si</b>	73	76%		
<b>No</b>	23	24%		
<b>Total</b>	96	100%		

Fuente de datos: Primaria.

Datos recabados a usuarios en un ente público, del Primer Nivel de Atención en el Sector Policlínicas, en el período comprendido entre el 8 de Julio y el 2 de Agosto del 2013.

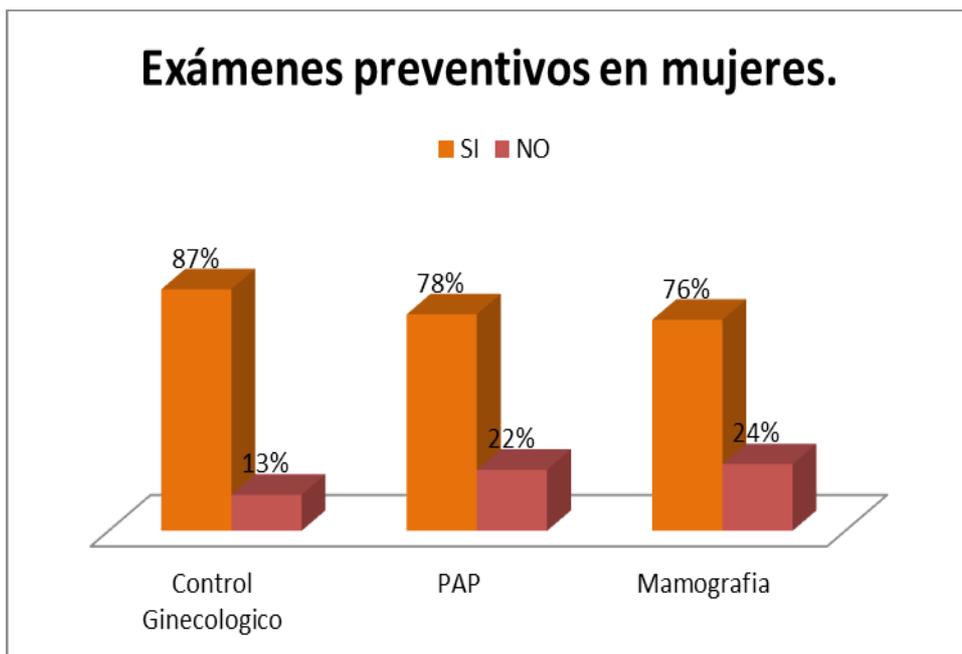


Gráfico que representa el porcentaje de usuarias de sexo femenino que concurren a control ginecológico y se realizan exámenes de tipo preventivo, dentro de la población entrevistada; destacándose el alto porcentaje (87%) de usuarias que concurren a control con Ginecólogo.

### **Tabla y Gráfico N°16. Antecedentes personales de Patología Oncológica.**

**Definición conceptual de Patología oncológica:** Enfermedad en la cual el organismo produce un exceso de células malignas, con crecimiento y división más allá de los límites normales.

**Tipo de variable:** Cualitativa.

<b>Antecedentes personales de Patología Oncológica</b>	<b>FA</b>	<b>FR%</b>
<b>Si</b>	18	15%
<b>No</b>	102	85%

Fuente de datos: Primaria.

Datos recabados a usuarios en un ente público, del Primer Nivel de Atención en el Sector Policlínicas, en el período comprendido entre el 8 de Julio y el 2 de Agosto del 2013.

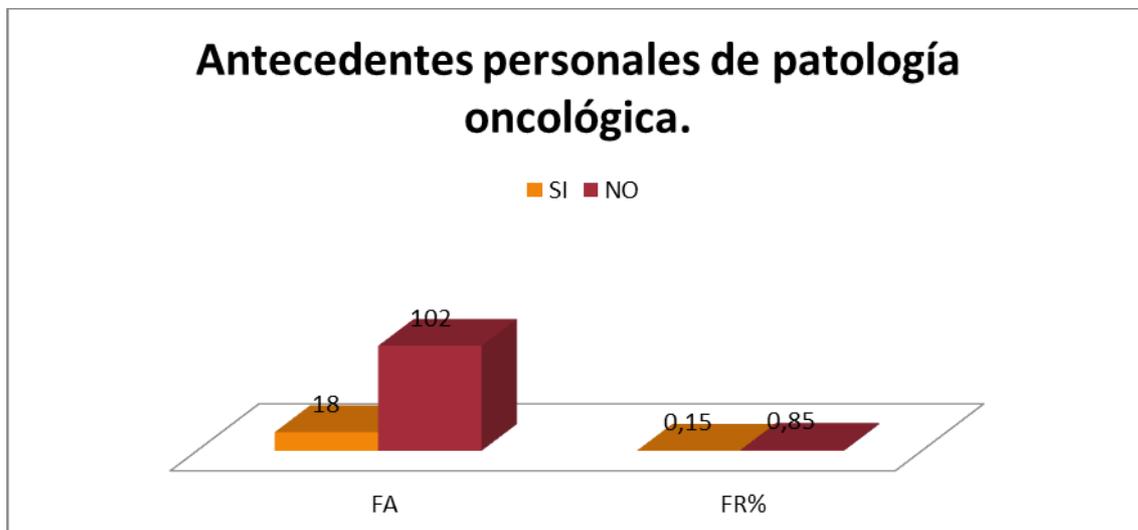


Gráfico que representa el porcentaje de usuarios que presenta antecedentes personales de Patología Oncológica dentro de la población entrevistada, siendo el mismo de 15%.

### **Tabla y Gráfico N° 17. Consumo de carnes.**

**Definición conceptual de Alimentación:** proceso mediante el cual los seres vivos consumen diferentes tipos de alimentos con el objetivo de recibir los nutrientes necesarios para sobrevivir.

**Tipo de variable:** Cualitativa.

<b>Consumo de carnes (N=120)</b>	<b>FA</b>	<b>FR%</b>
<b>Rojas</b>	111	93%
<b>Pollo</b>	118	98%
<b>Cerdo</b>	54	45%
<b>Pescado</b>	89	74%

Fuente de datos: Primaria.

Datos recabados a usuarios en un ente público del Primer Nivel de Atención en el Sector Policlínicas, en el período comprendido entre el 8 de Julio y el 2 de Agosto del 2013.

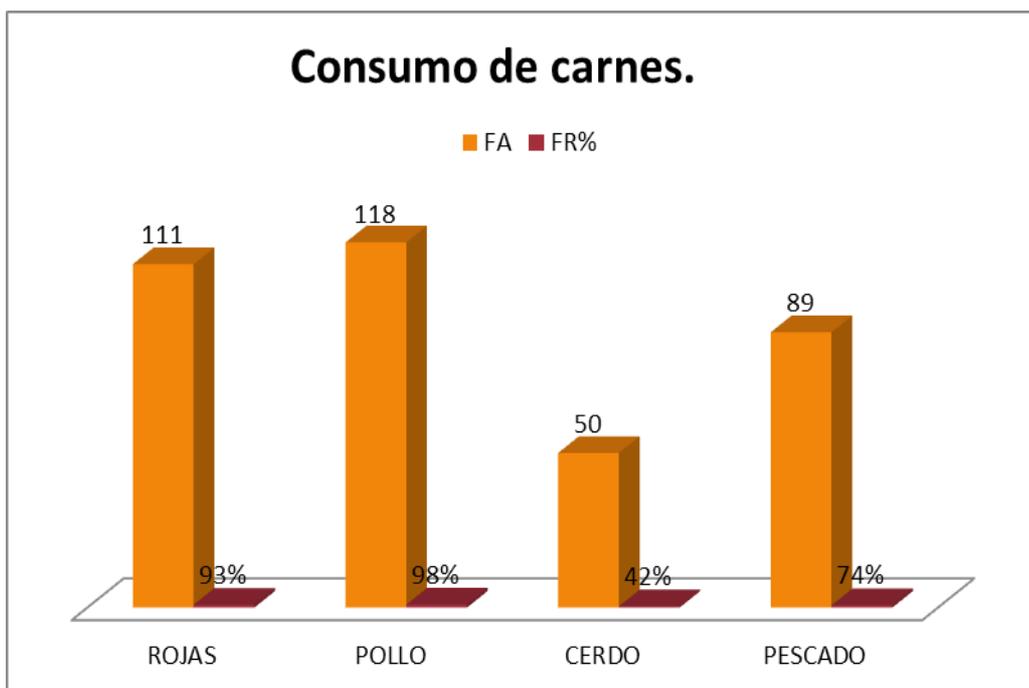


Gráfico que representa el consumo de los distintos tipos de carnes dentro de la población entrevistada, observándose una frecuencia prácticamente por igual de consumo de carnes rojas (93%) y de pollo (98%).

**Tabla y Gráfico N° 18. Frecuencia de consumo de carnes.**

Tipo de variable: Cuantitativa.

		FRECUENCIA			
CARNES	FA (FR %)	TODOS LOS DÍAS	FR%	3 VECES POR SEMANA	FR%
<b>Roja</b>	111 (100%)	5	4%	92	82%
<b>Pollo</b>	118 (100%)	8	6%	106	89%
<b>Cerdo</b>	54 (100%)	1	1%	28	51%
<b>Pescado</b>	89 (100%)	1	1%	55	82%
CARNES	FA (FR %)	1 VEZ AL MES	FR%	NUNCA	FR%
<b>Roja</b>	111 (100%)	14	12%	0	0%
<b>Pollo</b>	118 (100%)	4	3%	2	1%
<b>Cerdo</b>	54 (100%)	25	46%	67	13%
<b>Pescado</b>	89 (100%)	33	35%	31	22%

Fuente de datos: Primaria.

Datos recabados a usuarios en un ente público, del Primer Nivel de Atención en el Sector Policlínicas, en el período comprendido entre el 8 de Julio y el 2 de Agosto del 2013.

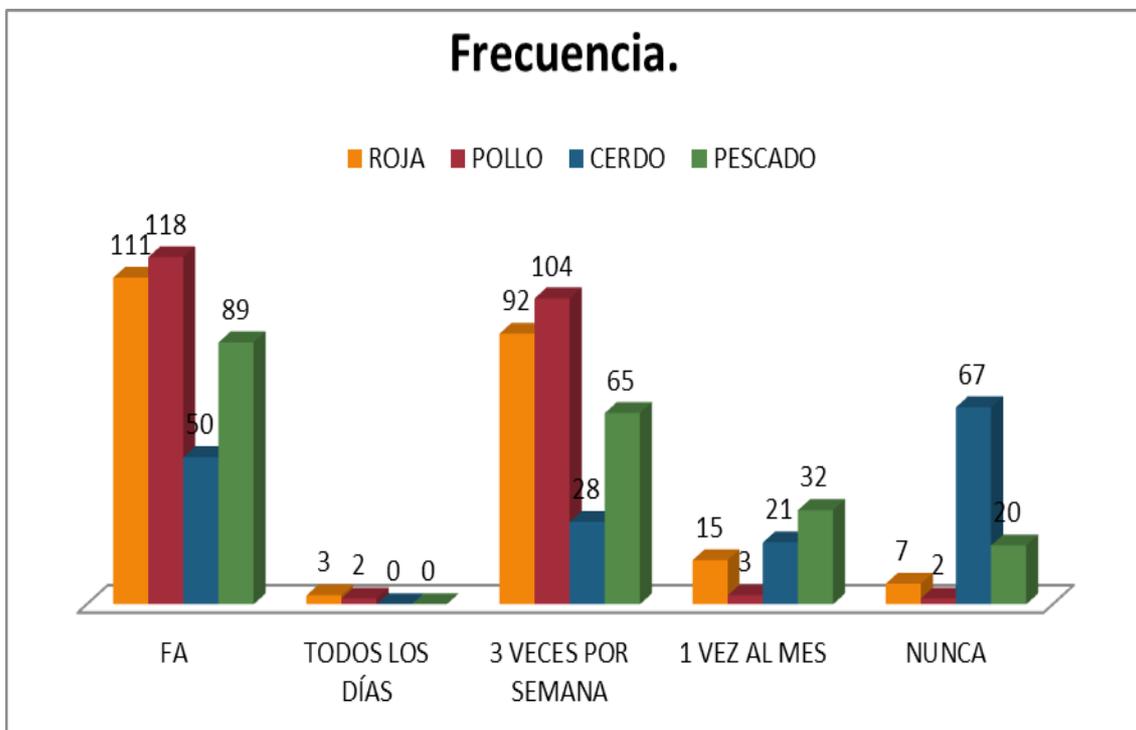


Gráfico que representa la frecuencia del consumo de los distintos tipos de carnes dentro de la población entrevistada, siendo la frecuencia de tres veces por semana la más relevante dentro del consumo de los cuatro tipos de carne.

### Tabla y Gráfico N° 19. Consumo de hidratos de carbono.

**Definición conceptual de Hidratos de carbono:** Compuestos que contienen hidrógeno y oxígeno, en las proporciones del agua, y carbono.

**Tipo de variable:** Cualitativa.

<b>Consumo de hidratos de carbono</b>	<b>FA</b>	<b>FR%</b>
<b>Si</b>	25	20%
<b>No</b>	95	80%
<b>Total</b>	120	100%

Fuente de datos: Primaria.

Datos recabados a usuarios en un ente público del Primer Nivel de Atención en el Sector Policlínicas, en el período comprendido entre el 8 de Julio y el 2 de Agosto del 2013.

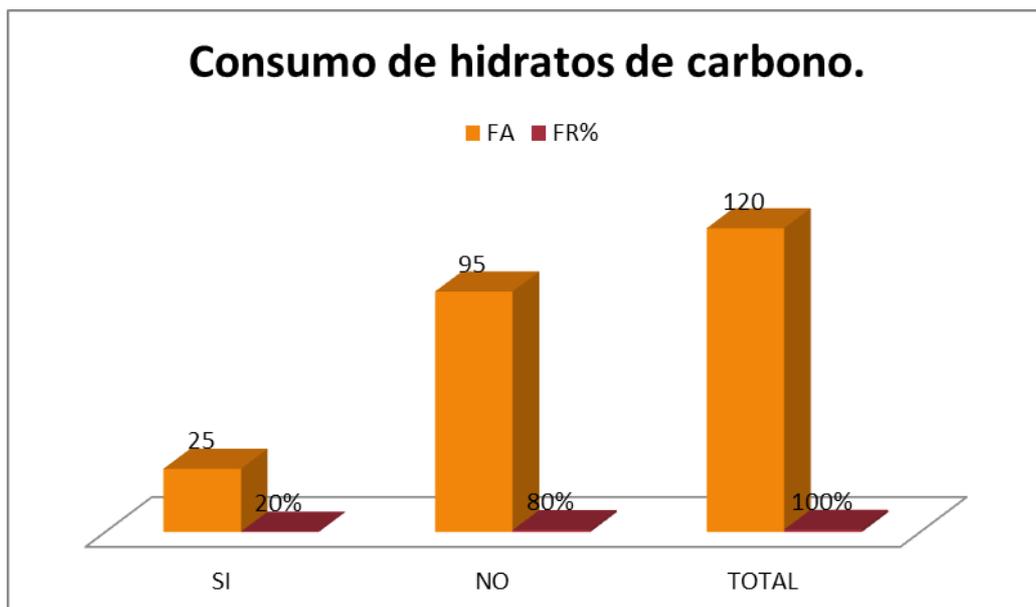


Gráfico que representa el consumo de hidratos de carbono dentro de la población entrevistada, observándose que el 20% refiere un consumo de los mismos.

### Tabla y Gráfico N° 20. Dieta hiposódica.

**Definición conceptual de Dieta hiposódica:** Es el conjunto de nutrientes que se ingieren durante el consumo habitual de alimentos, pero sin sodio agregado.

**Tipo de variable:** Cualitativa.

Dieta hiposódica	FA	FR%
Si	64	53%
No	56	46%
Total	120	100%

Fuente de datos: Primaria.

Datos recabados a usuarios en un ente público del Primer Nivel de Atención en el Sector Policlínicas, en el período comprendido entre el 8 de Julio y el 2 de Agosto del 2013.

### **Patologías asociadas.**

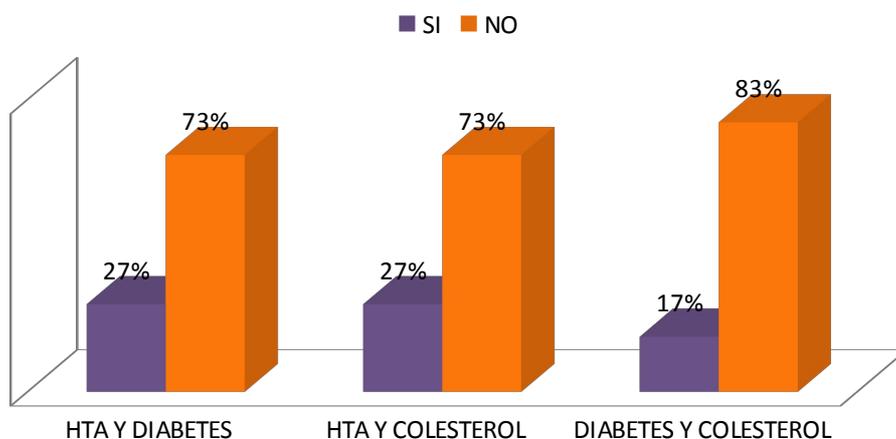


Gráfico que representa el porcentaje de usuarios que consume dieta hiposódica, dentro de la población entrevistada, observándose que un 54% de los usuarios refiere ésta dieta.

**Tabla y Gráfico N° 21. Consumo de alimentos muy calientes.**

**Definición conceptual de Alimentos calientes:** Son aquellos que utilizan como fuente de energía el calor para su elaboración.

**Tipo de variable:** Cualitativa.

<b>Consumo de alimentos muy calientes</b>	<b>FA</b>	<b>FR%</b>
<b>Si</b>	8	6%
<b>No</b>	112	94%
<b>Total</b>	120	100%

Fuente de datos: Primaria.

Datos recabados a usuarios en un ente público, del Primer Nivel de Atención en el Sector Policlínicas, en el período comprendido entre el 8 de Julio y el 2 de Agosto del 2013.

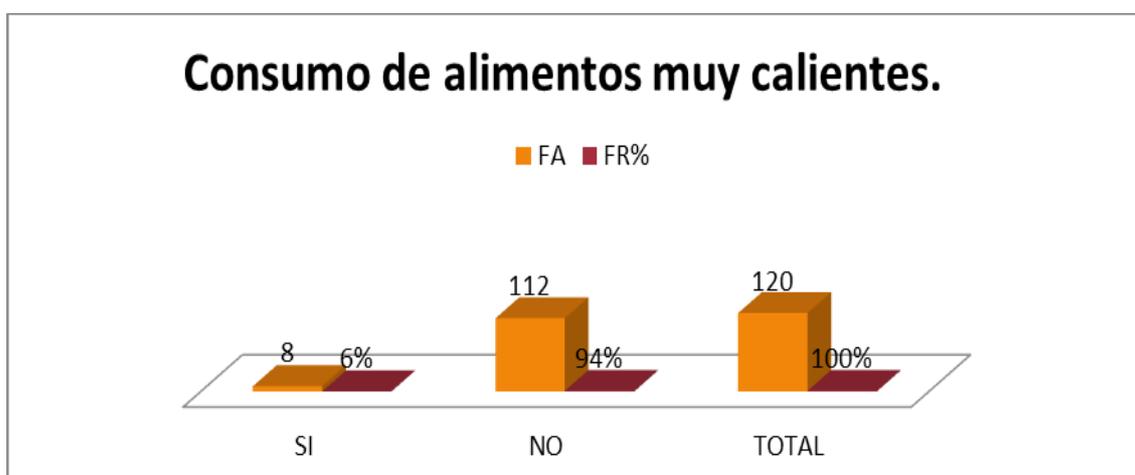


Gráfico que representa el consumo de alimentos muy calientes por parte de la población entrevistada, siendo un porcentaje muy bajo (6%), que prefiere dicho tipo de alimentos.

**Tabla y Gráfico N° 22. Actividad Física.**

**Definición conceptual de Actividad Física:** Cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía.

**Tipo de variable:** Cualitativa.

<b>Actividad Física</b>	<b>FA</b>	<b>FR%</b>
<b>Si</b>	88	73%
<b>No</b>	32	27%

Fuente de datos: Primaria.

Datos recabados a usuarios en un ente público, del Primer Nivel de Atención en el Sector Policlínicas, en el período comprendido entre el 8 de Julio y el 2 de Agosto del 2013.

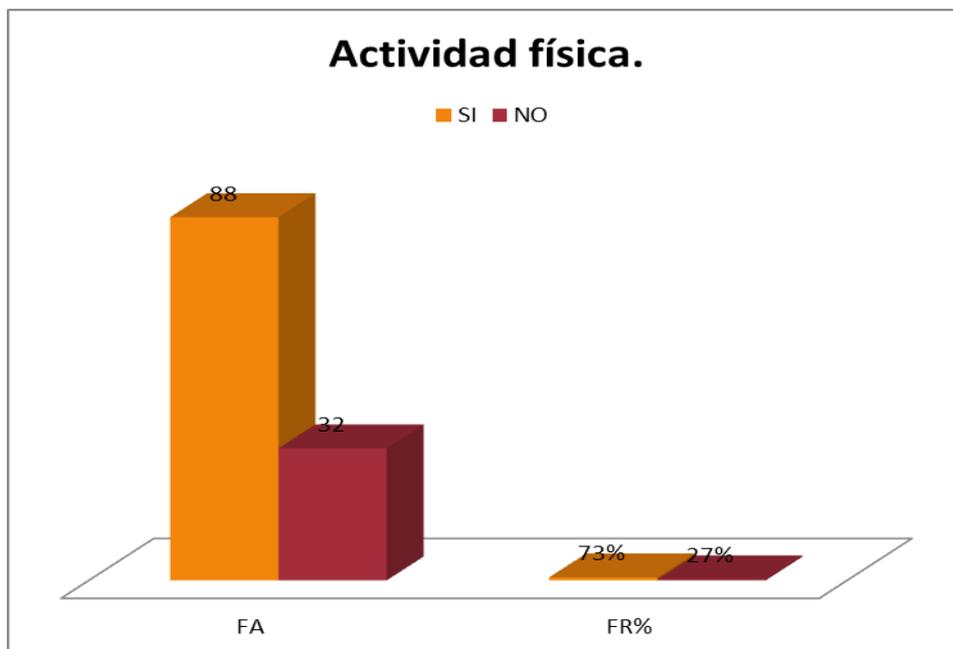


Gráfico que representa el porcentaje de usuarios entrevistados que realizan actividad física, observándose que un 73% de la población refiere realizar al menos un tipo de ejercicio (caminar, correr, andar en bicicleta, etc.).

#### Tabla y Gráfico N° 23. Tipo de actividad.

**Tipo de variable:** Cualitativa.

Tipo de actividad	FA	FR%
Camina	90	75%
Bicicleta	12	10%
Gimnasia	4	3%
Otros	8	7%

Fuente de datos: Primaria.

Datos recabados a usuarios en un ente público del Primer Nivel de Atención en el Sector Policlínicas, en el período comprendido entre el 8 de Julio y el 2 de Agosto del 2013.

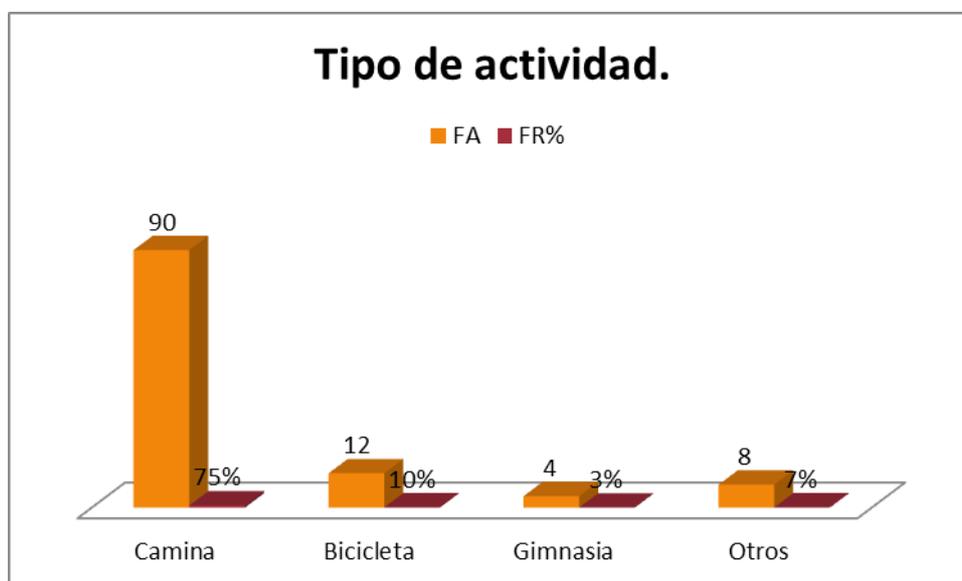


Gráfico que representa el porcentaje y tipo de actividad física realizada por la población entrevistada, observándose el caminar (75%), como la actividad más realizada.

#### **Tabla y Gráfico N° 24. Exposición al sol a horas inapropiadas.**

**Definición conceptual de Exposición al sol:** Exposición a la radiación ultravioleta de la luz solar.

**Tipo de variable:** Cualitativa.

	<b>Exposición al sol a horas inapropiadas</b>	<b>FA</b>	<b>FR%</b>
<b>Si</b>	20	20	16%
<b>No</b>	100	100	84%
<b>Total</b>	120	120	100%

Fuente de datos: Primaria.

Datos recabados a usuarios en un ente público del Primer Nivel de Atención en el sector policlínica, en el período comprendido entre el 8 de Julio y el 2 de Agosto del 2013.

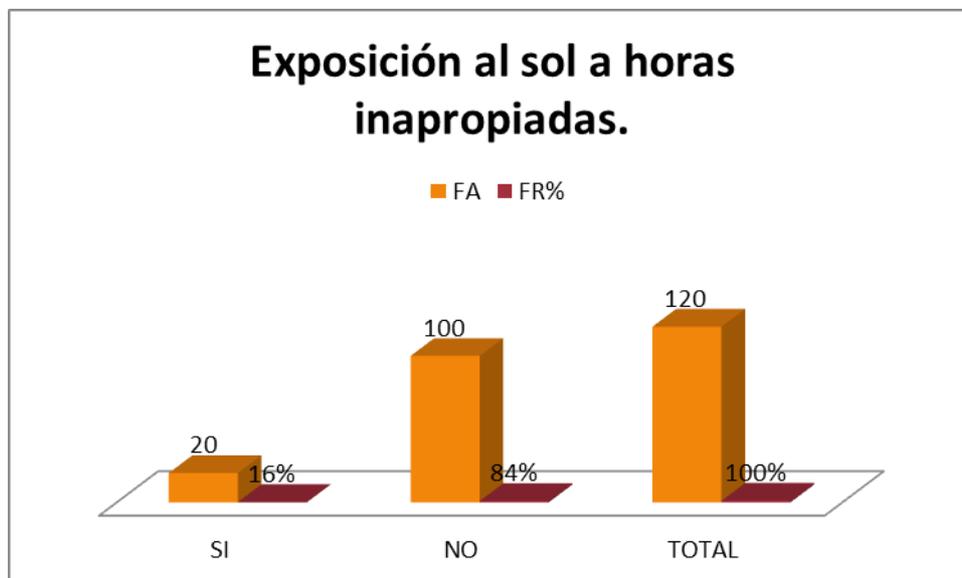


Gráfico que representa el porcentaje de usuarios que se expone al sol a horas inapropiadas dentro de la población entrevistada, el cual refleja un porcentaje bajo de usuarios (16%), que refiere dicha conducta.

#### Tabla y Gráfico N° 25. Uso de sombra como protección.

**Definición conceptual de protección solar:** Son el conjunto de medidas preventivas ante la exposición al sol.

**Tipo de variable:** Cualitativa.

Uso de sombra como protección	FA	FR%
Si	72	60%
No	48	40%
Total	120	100%

Datos recabados a usuarios en un ente público del Primer Nivel de Atención en el sector policlínica, en el período comprendido entre el 8 de Julio y el 2 de Agosto del 2013.

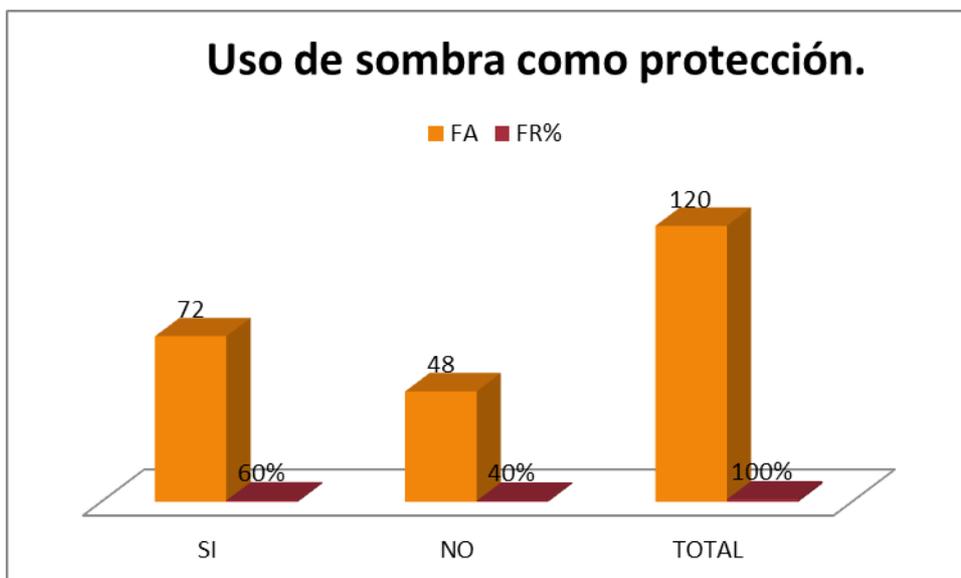


Gráfico que representa el porcentaje de usuarios que utiliza sombra como forma de protección solar, dentro de la población entrevistada, destacándose que un 60% de la población lo hace.

#### **Tabla y Gráfico N° 26. Signos y síntomas de disminución de la visión.**

**Definición conceptual de Visión:** Capacidad de interpretar nuestro entorno gracias a los rayos de luz.

**Tipo de variable:** Cualitativa.

<b>Signos y síntomas de disminución de la visión</b>	<b>FA</b>	<b>FR%</b>
<b>Si</b>	73	61%
<b>No</b>	47	39%
<b>Total</b>	120	100%

Fuente de datos: Primaria.

Datos recabados a usuarios en un ente público del Primer Nivel de Atención en el Sector Policlínicas, en el período comprendido entre el 8 de Julio y el 2 de Agosto del 2013.

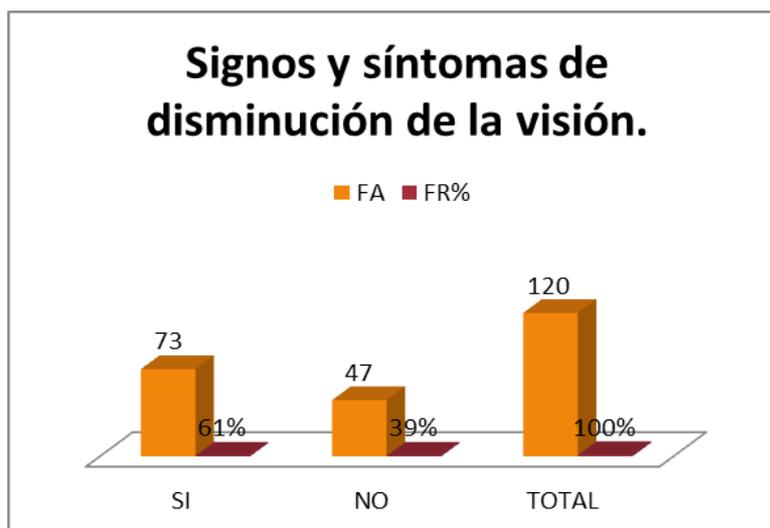


Gráfico que representa la presencia de signos y síntomas de disminución de la visión dentro de la población entrevistada, observándose un alto porcentaje de usuarios con disminución de la visión (61%).

#### **Tabla y Gráfico N° 27. Antecedentes personales de Patología Ocular.**

**Definición conceptual Enfermedades oftalmológicas:** Es la especialidad médica que estudia las enfermedades del globo ocular, la musculatura ocular, sistema lacrimal, párpados y sus tratamientos.

**Tipo de variable:** Cualitativa.

Ap. De Patología Ocular	FA	FR%
Si	62	52%
No	58	48%
<b>Total</b>	120	100%

Fuente de datos: Primaria.

Datos recabados a usuarios en un ente público del Primer Nivel de Atención en el Sector Policlínicas, en el período comprendido entre el 8 de Julio y el 2 de Agosto del 2013.

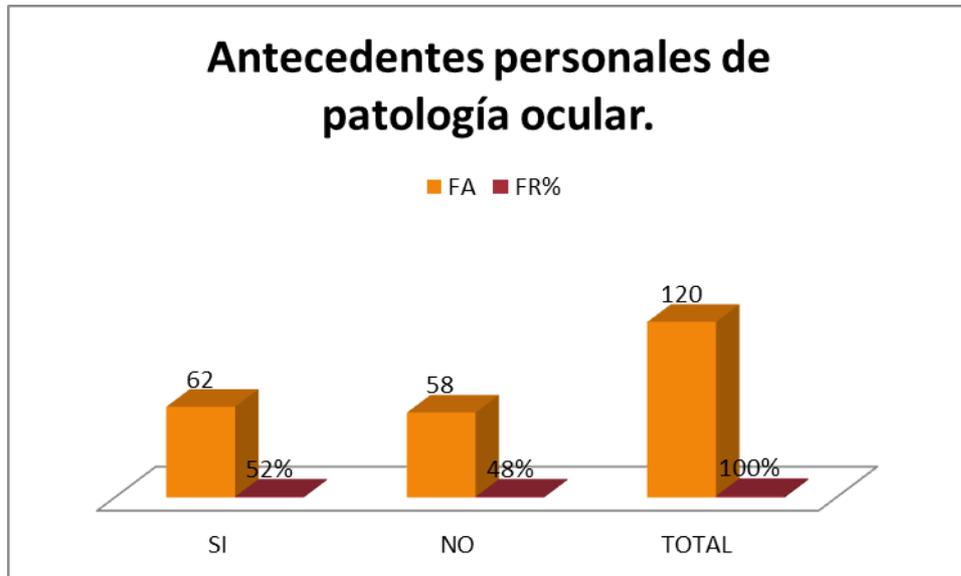


Gráfico que representa el porcentaje de usuarios con antecedentes personales de patología ocular dentro de la población entrevistada, siendo la misma de 52%.

#### Tabla y Gráfico N° 28. Uso de lentes.

**Tipo de variable:** Cualitativa.

Uso de lentes	FA	FR%
Si	88	73%
No	32	27%
<b>Total</b>	120	100%

Fuente de datos: Primaria.

Datos recabados a usuarios en un ente público del Primer Nivel de Atención en el Sector Policlínicas, en el período comprendido entre el 8 de Julio y el 2 de Agosto del 2013.

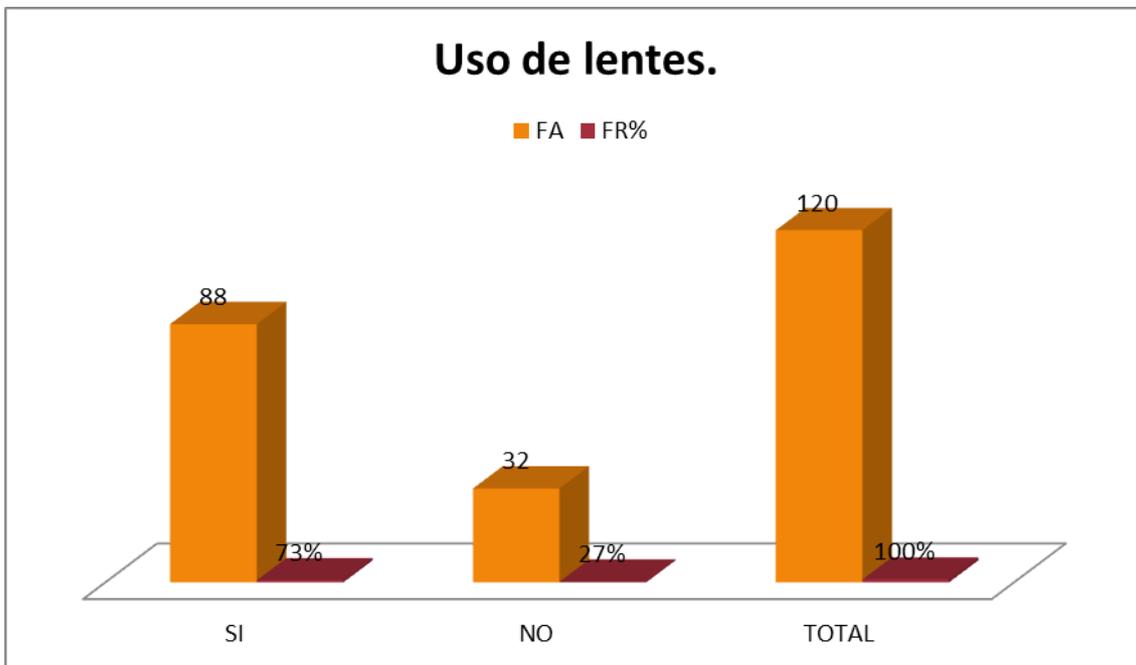


Gráfico que representa la utilización de lentes dentro de la población entrevistada, observándose un alto porcentaje de usuarios que refieren utilizarlos (73%).

### Otros.

#### Patologías asociadas (Cruce de variables).

	HTA Y DIABETES	HTA Y COLESTEROL	DIABETES Y COLESTEROL
<b>SI</b>	27%	27%	17%
<b>NO</b>	73%	73%	83%

Fuente de datos: Primaria.

Datos recabados a usuarios en un ente público del Primer Nivel de Atención en el Sector Policlínicas, en el período comprendido entre el 8 de Julio y el 2 de Agosto del 2013.

## IMC en relación a la Obesidad.

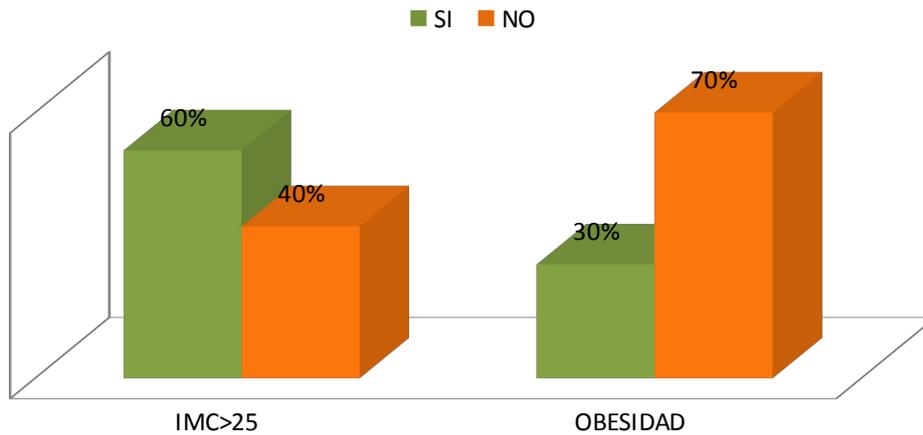


Gráfico que representa el porcentaje de usuarios con al menos dos patologías crónicas a la vez, dentro de la población entrevistada, siendo tanto la Hipertensión Arterial y la Diabetes, como la Hipertensión Arterial y el Colesterol las más frecuentes dentro de la población; en ambos casos se observa con un 27%.

### Índice de Masa Corporal > 25 en relación a antecedentes personales de Obesidad (Cruce de variables)

	IMC>25	OBESIDAD
SI	60%	30%
NO	40%	70%

Fuente de datos: Primaria.

Datos recabados a usuarios en un ente público del Primer Nivel de Atención en el Sector Policlínicas, en el período comprendido entre el 8 de Julio y el 2 de Agosto del 2013.

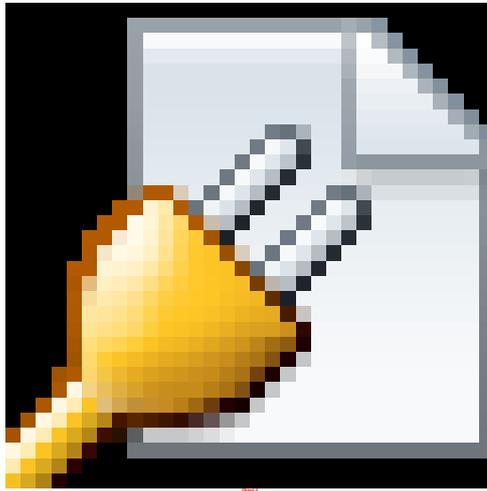


Gráfico que representa el porcentaje de usuarios con índice de masa corporal mayor a 25 y que refieren ser obesos dentro de la población entrevistada, observándose un alto índice de usuarios con IMC mayor a 25 (60%) y un bajo índice de usuarios que refieren ser obesos (la mitad en porcentaje 30%), lo que nos lleva a concluir que un gran porcentaje de la población con IMC elevado no se considera obesa.

**Anexo N° 5.**

**Matriz F.O.D.A.**

### **Fortalezas y debilidades del instrumento por herramienta F.O.D.A.**

**F-fortalezas-** Son las capacidades especiales que cuenta el servicio, en este caso nuestro instrumento, las actividades que se desarrollan activamente.

**O-oportunidades-** Son aquellos factores que resultan positivos, favorables, explorables, que se deben escribir en el entorno en el que actúa la organización, o se aplica el instrumento y permite obtener ventajas positivas

**D-debilidades-** Son aquellos factores que provocan una posición desfavorable, recursos que carece, habilidades que no posee, actividades que no se desarrollan activamente.

**A-amenazas-** Son aquellas situaciones que provienen del entorno y que pueden llegar a afectar incluso con la permanencia, o aplicabilidad del instrumento.

**F-Las fortalezas deben utilizarse**

**O-Las oportunidades deben aprovecharse**

**D-Las debilidades deben eliminarse**

**A-Las amenazas deben sortearse.**

<b>ANALISIS</b>	<b>POSITIVO</b>	<b>NEGATIVO</b>
INTERNO	FUERZA	DEBILIDADES
EXTERNO	OPORTUNIDAD	AMENAZAS

<b>ANÁLISIS</b>	<b>OPORTUNIDADES</b>	<b>FUERZA</b>	<b>DEBILIDADES</b>
<b>I</b>		Instrumento abalado por la Facultad de Enfermería. Cátedra de Adulto y Anciano	No cuenta con variables que permitan valorar el entorno del usuario
		El mismo tiene un sustento científico ,como para llevar adelante un trabajo de investigación	Es importante la debilidad anterior ya que las condiciones de vivienda, luz agua y saneamiento influyen directamente en la calidad de vida de la población
		Es un instrumento que nos permite conocer a grandes rasgos el estado de salud la población adulta y anciano	En cuanto a antecedentes personales no se aborda los de cáncer de mama, menarca, y paridad.
		Es un instrumento llevado a cabo por Profesionales de la Salud.	Algunas de las preguntas se repiten.
		El entrevistador cuenta con las herramientas necesarias para llevar a cabo la investigación.	
		Nos permite relacionar una cantidad determinada de variables	
			Buena accesibilidad geográfica.
<b>INTERNAS</b>			

	Se trabajó con un instrumento abalado por la Cátedra.	Personal capacitado y accesible.	
			<b>AMENAZA.</b>
			Puede pasar que a la población no le interese participar de este estudio de investigación