



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



# **FACTORES PROTECTORES DE SALUD EN EL ADULTO MAYOR**

**Autoras:**

Laura Barrios  
Rosario Fernández  
Silvia Guerra  
Claudia Machado

**Tutor:**

Prof. Adj. Lic. Ana María Arada

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

**Montevideo, 2015**



## **INDICE.**

RESUMEN .....	3
INTRODUCCION .....	4
JUSTIFICACION. ....	5
OBJETIVO DE LA INVESTIGACION. ....	7
MARCO CONCEPTUAL .....	8
DISEÑO METODOLOGICO.....	17
OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.....	18
RESULTADOS .....	22
ANALISIS .....	36
CONCLUSION .....	38
SUGERENCIAS .....	41
AGRADECIMIENTOS .....	42
REFERENCIAS BIBLIOGRAFIA.....	43
BIOGRAFÍA CONSULTADA.....	46
ANEXOS.....	47

## RESUMEN

El presente Trabajo de Investigación fue llevado a cabo por 5 estudiantes de la licenciatura en enfermería, Facultad de Enfermería Universidad de la República, (UDELAR) con el fin de acreditar el título de grado.

El objetivo general de este trabajo es conocer los Factores Protectores de Salud presentes en adultos mayores que se asisten en policlínica “Casa valle” ubicada en camino Leandro Gómez y José Martirine correspondiente al CCZ N°10 de Montevideo y policlínica “Los Ángeles” ubicada en calle los ángeles 5340 (entre Curitiba y Paramiba) correspondiente al CCZ 11 de dicha ciudad; (dependientes ambas de la IMM); en el período comprendido entre el 15 al 29 de junio del 2015.

Proponemos como objetivos específicos caracterizar la población de estudio; identificar factores protectores de salud en adultos mayores a nivel individual y familiar según la opinión de los entrevistados.

Corresponde a un estudio de tipo descriptivo, cuantitativo de corte transversal y forma parte de una primera etapa de investigación a la cual se pretende sea un aporte para que otros den continuidad y comparar resultados en años futuros.

Realizamos una prueba piloto en el período comprendido entre el 11/05/2015 y el 16/05/2015 a doce adultos mayores elegidos al azar en diferentes centros públicos y privados. No surgieron mayores dificultades, excepto en el ítem 10 familia, por este motivo reformulamos dicha pregunta.

La muestra estuvo conformada por 53 adultos mayores de 65 años y más que concurren al servicio anteriormente nombrado y a quienes se les aplicó un instrumento de recolección de datos, el cual contaba con datos patronímicos de los individuos, hábitos alimenticios, actividad física y relación familiar; los cuales accedieron de forma voluntaria a la realización de la entrevista.

**Palabras claves:** Adultos Mayores (AM), Factores Protectores, alimentación; actividad física; familia.

## **INTRODUCCION**

El presente Trabajo de Investigación fue llevado a cabo por 5 estudiantes de la licenciatura en enfermería, Facultad de Enfermería Universidad de la República, (UDELAR) con el fin de acreditar el título de grado.

Se abordan los factores protectores de una población de adultos mayores que concurren a un servicio de primer nivel de atención de Salud a la consulta de medicina general.

Al comenzar la investigación del tema nos planteamos como pregunta problema: “¿Qué factores protectores de salud existen en el adulto mayor?”

Los datos fueron recabados a través de encuestas realizadas en las policlínicas “Casavalle” y “Los Ángeles” de la IMM correspondientes al CCZ 10 y CCZ11 de Montevideo, en el período comprendido entre el 15 al 29 de junio del 2015.

Para poder llevar a cabo los objetivos planteados se utilizó una metodología Cuantitativa descriptiva de corte transversal.

Se estudiaron variables para determinar los factores protectores de salud que tienen los AM a nivel individual. Los mismos fueron representados bajo tabulación y gráficos con el fin de realizar un análisis finalizando con una conclusión.

Una limitante de estudio en el transcurso del plan de trabajo fue que para recabar los datos fueron necesarias varias visitas a las policlínicas ya que la población adulta mayor solo accede en horarios específicos; siendo estos además, grupos muy reducidos pero de igual manera accedieron de buena forma a ser entrevistados.

Contamos con el apoyo de los funcionarios de ambas policlínicas quienes nos informaron días y horarios en los que se podían encontrar población adulta mayor en dichas policlínicas.

## **JUSTIFICACION.**

Como grupo consideramos importante investigar en el tema ya que durante años se ha venido trabajando sobre la promoción de salud y prevención de enfermedades observándose un gran desarrollo sobre los factores de riesgo y no así sobre Factores Protectores en Salud.

Como integrantes del equipo de salud pretendemos conocer los hábitos que tienen en común aquellos ancianos que se encuentran en el rango de edad de 65 años y mas y que factores intervienen para que esto sea posible.

En Uruguay, la expectativa de vida alcanza a un promedio de 76 años aproximadamente (72 los hombre y 79 las mujeres)por lo que una persona de 50 años se considera como joven .Pero podemos considerar también algunas situaciones particulares: en el ámbito laboral,una persona de 45 o 50 años ya es vieja para trabajar, pero muy joven para jubilarse lo que lleva a una contradicción permanente entre los individuos y la Sociedad. (1)

Actualmente en Uruguay existe un programa que se lleva a cabo en las policlínicas que es el del Adulto mayor; este está focalizado en adultos mayores de 65 años en adelante, y promueve la realización de actividad física y alimentación saludable.

La mayoría de las personas mayores son independientes y están socialmente integrados a la comunidad, pero un gran porcentaje padecen diversos grados de pérdida de su autonomía, discapacidad física y –o mental.

Las previsiones demográficas demuestran que en el año 2030 el porcentaje de la población mayor de 65 años podría ser de más del 65% de la población;el aumento en el número de personas mayores no ha de suponer necesariamente más dependencia ni más enfermedad, ya que al mismo tiempo que aumenta la esperanza de vida también se puede producir una mejora del estado de salud y un retraso en la aparición de la morbilidad y la dependencia.(2)

La actual imagen negativa del envejecimiento se debería modificar, puesto que con los recursos disponibles es posible llegar a envejecer con salud. Las personas mayores de 65 años han pasado a formar un grupo social muy

importante en la sociedad y este hecho se puede ver reflejado en la pirámide demográfica de cualquier país desarrollado. (3)

A través de esta investigación pretendemos conocer que factores protectores tienen los AM de 65 años y más a nivel individual; lo cual nos acercó al rol del enfermero comunitario; siendo este el encargado de investigar en conjunto con la población, conoce las necesidades de atención a la salud, posee los conocimientos, habilidades y técnicas, así como la actitud apropiada para atender en los lugares donde las personas viven, trabajan, estudian, se relacionan o en las instituciones de salud cuando fuera preciso. También partiendo desde una concepción de la/o el enfermero como miembro de un equipo interdisciplinario que trabaja en coordinación con otras instituciones y sectores, realizando la funciones de asistencia, docencia e investigación fortaleciendo las capacidades de participación y creación de los propios involucrados.(4)

Esperamos que los datos obtenidos en nuestra investigación, junto a otros puedan contribuir a elaborar nuevos planes de acción para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.

1

---

<sup>1</sup> Leoneli Handel SL. Llegar a viejo en Uruguay : ¿Una suerte o un problema Observatorio de la Economía Latinoamericana revista academica 2009;(108):. Disponible en <http://eumed.net/cursecon/ecolat/uy/09/slh.htm> (consulta 25 mayo 2015)

<sup>2</sup> Uruguay en cifras 2012 - Instituto Nacional de Estadística : Disponible en [www.ine.gub.uy](http://www.ine.gub.uy)

<sup>3</sup> Pérez R, Gerontología en Uruguay. URUGUAY Psicolibros; 2004 (consulta : 25 mayo 2015)

<sup>4</sup> Povedano Jimenez M. Los Principios de la atención primaria de salud. 2012. Disponible en : <https://libroslaboratorio.files.wordpress.com/2012/10/enfermera-en-atencio3b3n-primarc3ada-v-atencio3b3n-especializada.pdf>



Universidad de la República.  
Facultad de Enfermería.  
Cátedra Comunitaria



## **OBJETIVO DE LA INVESTIGACION.**

### **OBJETIVO GENERAL**

Conocer los factores protectores presentes en adultos mayores que se asisten en policlínicas metropolitanas de la ciudad de Montevideo en el periodo comprendido entre el 15 al 29 de junio del 2015.

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Caracterizar la población de estudio.
- Identificar algunos factores protectores de salud individual del adulto mayor según refiera el entrevistado.
- Conocer algunos factores protectores de salud del adulto mayor a nivel familiar según la opinión de los entrevistados.

## **MARCO CONCEPTUAL**

*Según el Dr. Hugo Villar Históricamente, el hombre se ha ocupado más de la enfermedad, que de la salud es decir actividades destinadas a cuidar a los enfermos que de cuidar y proteger a los sanos.*

*Esta conducta, "resulta perfectamente lógica y comprensible analizada históricamente; es también la que aplicamos habitualmente en las circunstancias de nuestra vida diaria.*

*Aquellas cosas que funcionan bien y no son fuente de problemas, no atraen nuestra atención, y no son en general motivo de estudio o de interés. Por el contrario, es objeto de nuestra atención y preocupación, motivo de análisis y de estudio de soluciones, aquello que anda mal, que no funciona o que ocasiona problemas de cualquier naturaleza"*

*Esto nos lleva a definir: "Al hombre como un ser biopsicosocial, en relación dialéctica con el medio por su quehacer transformador de la realidad objetiva, es un ser histórico que elabora conocimientos acerca de sí mismo y de la realidad; se expresa a través de sus necesidades que emergen de lo social y psicológico, aun cuando lo que él piensa y siente no siempre se refleja en forma manifiesta.*

*Es sobre la base del develar estas contradicciones que se procesa el desarrollo del hombre"*

Se ha conservado la idea de que el hombre es el único animal con capacidad de racionalidad esta capacidad lo lleva a ser susceptible de ser analizado; cuenta con una singularidad, una conciencia y una individualidad que le permite distinguirse de lo que lo rodea.

La salud se ve afectada directamente por cambios sociales, y para que el cambio social sea perdurable necesita que se produzcan cambios en al menos tres niveles: retórica, en las políticas y en las conductas. Entonces se deben desarrollar políticas públicas favorables a la salud, crear entornos que contribuyan a la salud, reforzar la acción comunitaria, desarrollar habilidades personales, reorientar los servicios de salud. Y como acciones específicas: abogar por la salud es decir defenderla de forma activa, capacitar a las personas para alcanzar su potencial de salud, mediar entre intereses divergentes a favor de la salud. (5)

A partir de la aceptación de las estrategias de atención primaria de la salud y de las discusiones que esta ha generado surge un enfoque más amplio, ya que la salud no se contempla como un objetivo en sí mismo, sino como un recurso para la vida cotidiana. Ello influye en una reorientación de los servicios hacia la promoción de la salud y prevención de enfermedades.

<sup>2</sup>El envejecimiento son las series de modificaciones morfológicas, fisiológicas, funcionales y bioquímicas que origina el paso del tiempo sobre los seres vivos.

---

<sup>2</sup>5-Villar H, concepto de Salud Enfermedad. Curso post grado .facultad odontología –Udelar Montevideo; 1992 (consulta: 27 mayo 2015)



Se caracteriza por la pérdida progresiva de la capacidad de reserva del organismo ante los cambios, la mayoría son cambios involutivos que tienen una repercusión indudable sobre la fisiología del organismo, pero su principal efecto está en la capacidad de adaptación del individuo a las exigencias del medio. Es un proceso dinámico que se inicia en el momento del nacimiento y se desarrolla a lo largo de nuestra vida, de forma irreversible, que opera con el paso del tiempo y se manifiesta en diferentes aspectos funcionales (6)

Estas modificaciones no se presentan de forma repentina y conjunta en una persona por el mero hecho de alcanzar una determinada edad. De hecho, aunque el envejecimiento es un proceso universal (afecta ineludiblemente a todos los seres vivos), presenta una gran variabilidad individual.

Se debe entender la vejez como una fase más de nuestro ciclo vital con sus características propias, unas más agradables y otras menos, que se irán presentando de forma progresiva, en función de factores intrínsecos individuales, actitudes personales y circunstancias que han rodeado nuestra vida. Tiene, por tanto, mucho de verdad, la frase que dice “que se envejece tal y como se vive”.\* (7)

Esto supone que, en las condiciones habituales o basales, la persona mayor, con sus características físicas, psíquicas y funcionales, podrá tener un buen nivel de adaptación al medio que la rodea, pero será muy sensible a circunstancias (enfermedad, estrés de diverso tipo, etc.).

Será la funcionalidad física y psíquica de la persona, la capacidad de ser autónoma y de vivir de forma independiente y adaptada a su entorno; pero también, en gran medida, de mecanismos adaptativos que el mayor establece ante cambios en su situación física, funcional (pérdida de autonomía personal, dependencia) o socio familiar (jubilación, pérdida de seres queridos, etc.); suele haber una disminución de la actividad psicomotriz, disminuye la velocidad de procesamiento de información, existe dificultad para solucionar problemas abstractos o complejos y suele disminuir la memoria reciente.

En cuanto a la personalidad, suele aumentar el interés por lo propio, desdeñando lo extraño, se toma el pasado como referencia principal, no entendiéndose bien las actitudes de las nuevas generaciones. Se tiende a conservar y almacenar cosas, en un intento de asegurar el futuro. Hay una resistencia al cambio, a lo nuevo, cuesta trabajo decidir entre varias opciones.

Se argumenta que la situación conyugal es un factor importante de bienestar, que se combina en estas edades extremas de la vida con las redes de apoyo familiar. De ser así, la desventaja recae en las mujeres, dado su mayor grado de predisposición a la soltería y mayor probabilidad de caer en la viudez.

3

Un dato de gran relevancia para el diseño de políticas lo constituye la educación de la población de adultos mayores.

La educación es un determinante importante del comportamiento de los individuos que condiciona en gran parte su estilo de vida actual y futuro, permitiendo una mejor asimilación o adaptación a los cambios tecnológicos.

**FACTORES PROTECTORES** “son aquellas situaciones, condiciones y circunstancias de los cuales se sabe que inhiben (hacen menos probable) la respuesta violenta”. Así mismo refiere que estas condiciones, situaciones o circunstancias que pueden proteger a las personas se agrupan en las siguientes categorías: Vínculos Afectivos: Sólidas conexiones basadas en la afectividad que brindan sensación de reconocimiento, valor y amor, así como soporte emocional. Competencias y Destrezas: Habilidad individual ejercitada, la cual permite a las personas reconocer el riesgo, evitarlo, contrarrestarlo y manejar el conflicto o la tensión de manera pacífica, minimizando sus efectos destructores, así como las redes de apoyo que ellas conforman intencional o espontáneamente. (8)

Los factores de protección están referidos a las áreas individual, relacional y social, de este modo un buen nivel de autoestima, un adecuado autocontrol emocional, la cohesión y comunicación familiar, el apego a un grupo de referencia positivo, actúan como factores de protección. En este sentido los factores protectores actúan como procesos, mecanismos o elementos moderadores del riesgo, así pues este tipo de factores estarían presentes en la base de la resiliencia. (9)

La resiliencia es el resultado de una interacción entre el individuo y su ambiente. Es importante destacar que la conducta resiliente no es estable en el tiempo, ni tampoco lo es a través de los contextos sociales y/o culturales. Las bases de la resiliencia son tanto constitucionales como ambientales y el grado en que este comportamiento se manifiesta está sujeto a la edad, el contexto y a otras variables como el sexo. (10)

De acuerdo con lo anterior, los factores de protección sirven como escudos para favorecer el desarrollo de los seres humanos, es decir que las actuales tendencias en prevención, van orientadas hacia la promoción de factores de protección, no quedándose en sólo la identificación de los factores de riesgo,

---

<sup>6</sup>-Perez R, Gerontología en Uruguay .Uruguay : psicolibros ;2004

<sup>7</sup>- Buerke M, Walshb, Enfermería Gerontológica.2ª.ed. Madrid: Elsevier

<sup>8</sup>-Barrenechea C. Factores protectores [Tesis]. Montevideo: Facultad Enfermería, Udelar;2014. (consulta: 27 mayo 2015)

<sup>9</sup>-ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. Secretaría de Gobierno. MOSSAVI. Modelo de Estrés Social para la prevención y atención de la Violencia Intrafamiliar. 2003. Manual para Docentes. Por una comunidad

Educativa que previene el maltrato y la violencia. Comisarías de Familia. P- 28

<sup>10</sup>- KOTLIARENCO, María Angélica; CÁCERES, Irma; FONTECILLA, Marcelo. ESTADO DE ARTE EN RESILIENCIA. Organización Panamericana de la Salud. Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. CEANIM Centro de Estudios y Atención del Niño y la Mujer, Fundación W. K. Kellogg Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo. 1990. (consulta 27 mayo 2015)

sino que se actúa en la construcción de alternativas, hacia procesos protectores; también dicho Factores de Protección, son aquellos factores psicológicos, familiares o sociales que modifican la acción de un factor de riesgo.

Los factores protectores, apoyan o favorecen el pleno desarrollo del individuo, orientados hacia estilos de vida saludables (Promoción de la Salud)

<sup>4</sup>Según Oyarzun, 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; aumentan la tolerancia ante los efectos negativos, disminuyen la vulnerabilidad y la probabilidad de enfermar (11).

Es importante definir para nuestra investigación *el auto-cuidado* es una función humana reguladora que debe aplicar cada individuo, de forma deliberada, para sí mismo, con el fin de mantener su vida y su estado de salud, de desarrollo y bienestar. El auto-cuidado es por tanto un sistema de acción.

Este término es desarrollado por la enfermera norteamericana Dorotea Orem en la segunda mitad del Siglo XX, la cual construye una teoría de enfermería conocida como déficit de auto-cuidado, considerada como una gran teoría, la cual está integrada a su vez por tres teorías: la teoría del auto-cuidado, la del déficit de auto-cuidado y la de los sistemas de enfermería, y que tiene entre sus componentes; la demanda, los requisitos y la actividad de auto-cuidado y se dimensiona en: déficit de auto-cuidado total, déficit de auto-cuidado parcial y déficit de auto-cuidado cognoscitivo perceptivo. (12)

La agencia de auto-cuidado es un concepto descrito por Orem en su teoría general, que es una conducta humana, un comportamiento aprendido que tiene las características de acción intencionada, se produce a medida que los individuos se ocupan en acciones para cuidar de sí mismos influyendo en los factores internos y externos para regular su propio funcionamiento y desarrollo interno. El auto-cuidado está intercalado en las actividades de la vida diaria y no es en sí una actividad de la vida diaria y no constituye un centro de atención importante. Es un fenómeno activo, que requiere que las personas sean capaces de usar la razón para comprender su estado de salud y sus habilidades en la toma de decisiones para elegir el curso de acción apropiado. (13)

---

<sup>4</sup>11-Barrenechea C. Factores protectores [Tesis]. Montevideo: Facultad de Enfermería, Udelar; 2014. (consulta 27 mayo 2015)

12-Orem D. E, Nursing: Concepts of practice. 5th ed. St Lois: Mosby; 1995.

13-Taylor S. G, Compton A, Donahue E. J, Emerson S, Gashti Nergess N, Nation M. J. Dorothea E. Orem: Teoría del Deficit de Autocuidado. En: Marriner Tomey A, Raile Alligood M. Modelos y Teorías en enfermería. 4ta ed. Madrid: Harcourt, S. A; 2000. p. 175-194. (consulta 29 mayo 2015)

Las actividades necesarias para mantener la salud se aprenden y están condicionadas por muchos factores como la edad, la maduración y la cultura, formándose las capacidades de autocuidado.

En la etapa del adulto mayor, la nutrición es muy importante para la salud física y emocional; por ello, su dieta debe ser equilibrada, variada y gastronómicamente aceptable.

El adulto mayor debe tener una alimentación variada, en la que diariamente se incluyan frutas; verduras; leche o y sus derivados con poca grasa; carnes o legumbres; pan; cereales (arroz, sémola, fideos)

Asimismo, debe preferir el pescado, pavo o pollo y evitar las carnes rojas, por su alto contenido de colesterol.

*La Alimentación durante el Envejecimiento* condiciona en forma significativa la manera como vivimos, enfermamos, envejecemos y determina en gran parte la calidad de vida de una población.

Una parte importante de las muertes tempranas o pérdida de años de vida saludables pueden ser evitadas o retrasadas a través de programas de prevención y promoción de la salud. (14)

El papel que la alimentación juega en el proceso de envejecimiento ha sido motivo de mucho debate. Así mismo, el efecto de la edad en la forma en que se alimenta un individuo es un área muy discutida, ya que el adulto mayor constituye un grupo donde se encuentran presentes enfermedades que pueden alterar la manera de alimentarse, y cambiar la respuesta del organismo a distintos nutrientes. (15)

Una alimentación saludable y una actividad física que contribuya a mantener la masa muscular, son partes fundamentales de una estrategia costo – efectiva para vivir más y mejor. El mayor beneficio de una alimentación saludable se logra cuando estas prácticas se inician en la niñez y se mantienen a lo largo de toda la vida.

Un adulto mayor activo tiene una mejor capacidad funcional, salud cardiovascular y músculo-esquelética, así como también una mejor salud mental e integración social. Al aumentar el gasto energético los adultos mayores pueden consumir una mayor variedad de alimentos, esto permite una mejor ingesta de micronutrientes, carbohidratos de lenta digestión, fibra dietética y de otros componentes saludables. (16)

Una alimentación inadecuada de esta población incrementa la vulnerabilidad del sistema inmunológico.

<sup>5</sup>

La importancia del *agua y líquidos* en la vida del ser humano y en especial en la del adulto mayor, el agua es un nutriente esencial para el organismo,

---

<sup>5</sup> 14- Chandra R. (1992) Nutrition and Inmunity in the elderly. Nutrition Reviews, 50:367-371(consulta 29 mayo 2015)  
15- Eitvens J. (1999) Determinantes del Envejecimiento Sano. Cuad. Med. SOC XXX, 3, 71-81(consulta 30 mayo 2015)  
16-Uauy R, Araya H, Vera G, Gattas V. (1999) Requerimientos nutricionales del adulto mayor. Guías de alimentación para el adulto mayor: Bases para la acción.110 (consulta 30 mayo 2015)

constituye el 75% del peso corporal, cumple varias funciones: el mantenimiento del volumen sanguíneo, el transporte de nutrientes y oxígeno, como solvente en muchos procesos metabólicos y participa en forma activa como reactivo en muchas reacciones químicas, en la regulación de la temperatura corporal y la eliminación de productos de desecho.

Existen diferentes fuentes de hidratación a partir de los alimentos y bebidas, entre las que se encuentran el agua potable, los jugos, refrescos, leche, café, té, frutas y verduras.

La cantidad de líquido recomendada para los adultos mayores es de 1500-2500ml o 30ml/Kg/día, de los cuales al menos 1.5 litros debieran provenir de productos líquidos y el resto de los alimentos (los que también son una fuente importante de agua).

La pérdida progresiva de la capacidad funcional que se observa con el pasar de los años se debe probablemente a una combinación de factores, como el envejecimiento biológico, una nutrición inadecuada y una vida sedentaria, los cuales se combinan para tener un impacto adverso y negativo en los sistemas fisiológicos del cuerpo humano.(17)

La participación periódica en *actividades físicas* moderadas puede retrasar el declive funcional y reducir el riesgo de enfermedades crónicas tanto en los ancianos sanos como en aquellos que sufren enfermedades crónicas. Un envejecimiento activo mejora la salud mental y suele favorecer los contactos sociales. El hecho de permanecer activas puede ayudar a las personas mayores a mantener la mayor independencia posible y durante un mayor período de tiempo, además de reducir el riesgo de caídas.(18)

*La actividad física* es el factor que más se asocia con una buena capacidad funcional hasta el final de la vida. Reduce el riesgo de discapacidad mediante varios mecanismos: la prevención de algunas enfermedades crónicas, la reducción del impacto funcional de las enfermedades ya presentes y el retraso de los deterioros funcionales y fisiológicos que obedecen al propio envejecimiento.(19)

<sup>6</sup>La Actividad física constituye el medio más seguro para mantener la autonomía, asegurar las capacidades motrices y cognitivas, ayudar a una mejor

---

6

17- Sallis J F. (2004) Age- related decline in physical activity: a synthesis of human and animal studies. Med Sci Sports Exerc 2000; 32: 1598-1600. En manual de recomendaciones nutricionales en pacientes geriátricos. Gómez C., Reuss J. M. (consulta 30 mayo 2015)

18-Smits Ch, Deeg DM, Schmand B. (1999) Cognitive functioning and health as determinants of mortality in an older population. American Journal of Epidemiology 150 : 978-986.

19-Engler T.A,Martha P. (2002) Mas Vale Por Viejo. Banco Interamericano de Desarrollo, Washington DC. Pgs 107-108

adaptación al entorno familiar y social, además de potenciar la sociabilidad y educar para el buen uso del tiempo libre, evitando el sedentarismo y dependencia en un ambiente potencialmente recreativo.

7

Actualmente existen estudios con datos que demuestran que el entrenamiento físico, mantiene niveles adecuados de masa corporal magra, densidad ósea y potencia muscular. Además de ayudar a controlar algunos factores de riesgo cardiovascular como la hiper glicemia o la hipercolesterolemia. Se ha demostrado además que los individuos que realizan ejercicios, tienen un 50% menos de probabilidad de fallecer por muerte prematura, que aquellos que son sedentarios, reduciéndose tanto el sufrimiento de la persona como largas hospitalizaciones como los gastos Según Sephard, el entrenamiento físico adecuado a la edad, sexo y capacidad físico-fisiológicas, puede inducir una marcada mejoría de las funciones esenciales retrasando el deterioro físico y la dependencia unos 10 a 15 años.

El dormir es una actividad absolutamente necesaria para el ser humano ya que durante el sueño tienen lugar las funciones corporales y actividades mentales de enorme trascendencia para el equilibrio psíquico y físico de los individuos, ya que tanto el cuerpo y la mente se regeneran durante los diferentes fases del sueño creando así las condiciones de salud para las actividades del día.

Sueño y envejecimiento la edad conlleva importantes cambios en las características del sueño. Un recién nacido duerme 16 horas por día, pero la actividad total del sueño disminuye hasta los 20 años de edad.

Entre los 20 y 65 años de edad, el sueño disminuye más lentamente.

El promedio normal del sueño en un adulto joven es de 7,5 horas diarias, mientras que el anciano disminuye aún más y lo normal no es más de 5-6 horas diarias.(20)

El Sueño es un 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.(21)

El sueño normal se divide en dos etapas: sueño REM o movimientos oculares rápidos y sueño no-REM, los cuales se dividen fundamentalmente por sus rasgos electroencefalógrafos y una serie de características fisiológicas (22) Etapas de sueño no-REM son 4 fases: 1 y 2 que son de sueño ligero 3 y 4 de sueño profundo las mismas transcurren de manera secuencial desde la 1ra a la 4ta fase, que es la fase reparadora del sueño, es la que produce en la persona la sensación de haber descansado cuando se levanta.

---

<sup>7</sup>20-Lopez C. El insomnio en el anciano. *Enferm.Docente*,2007;69:31-34. Acceso 11 abril 2015 (consulta 1 abril 2015)  
21-Guia de Práctica Clínica .Diagnostico y Tratamiento de los trastornos del sueño disponible en [http://www.isssteags.gob.mx/guias\\_practicas\\_medicas/gpc/docs/IMSS-385-10RR.pdf](http://www.isssteags.gob.mx/guias_practicas_medicas/gpc/docs/IMSS-385-10RR.pdf). (consulta 1 abril 2015)  
22-Fernandez .Conde, A, VAZQUEZ Sánchez. El Sueño en el anciano .Atención de Enfermería .Enfermería Global (internet) Vol 6.Num 1 (Mayo 2007) Disponible en :<http://revistas.um.es/eglobal/article/view/205/174>(consulta 1 abril 2015)

La 1ra fase es la transacción de vigilia al sueño; la 2da es la intermedia (mayor % del tiempo sueño).

La 3ra etapa es la del sueño relativamente profundo y la etapa 4 sueño profundo.

El incremento de la edad disminuye la capacidad para mantener el sueño, ya que cuesta más dormir sin interrupciones y disminuye la capacidad para mantener la vigilia, es decir, cuesta más permanecer despierto.

El ciclo vigilia-sueño de adulto mayor se caracteriza por una disminución del tiempo total de sueño nocturno; existe una reducción de la duración del sueño no-REM; disminuye la eficiencia del sueño, que se define como el tiempo real del sueño en relación con el tiempo total que transcurre desde que la persona se acuesta hasta que se levanta, aumenta la frecuencia de despertares nocturnos. En la vejez el sueño se vuelve superficial y fragmentado; se duerme algunas horas en el día y otras en la noche, sumando un total de 8 a 10hs. (23)

Estudios epidemiológico coinciden que el sexo femenino se constituye en riesgo para padecer trastornos del sueño también se ha visto que en las personas que se encuentran divorciadas separadas viudas, la frecuencia de trastornos del sueño es mayor.

Las alteraciones del dormir que presentan los gerontes obedecen a múltiples factores ;mientras que algunos cambios son inherentes a la senectud normal ,otros corresponden a un incremento de procesos patológicos asociados a la edad ,y en este grupo de individuos a los factores de riesgo antes mencionados se le suman los cambios en la actividad social ,el retiro laboral ,la muerte del conyugue o amigos cercanos, el incremento del uso de fármacos y enfermedades concurrentes ,que también contribuye a alterar el sueño normal en los ancianos (24)

Un aspecto importante a tener en cuenta cuando nos referimos a factores protectores de la salud, es la familia.

*La familia* es una de las redes de apoyo más importantes para la población adulta mayor, la constituye el sistema familiar, pues es este el encargado de brindar gran parte del soporte emocional, afectivo y moral, así como en algunos casos el económico entre otros.

8

Las formas de relacionarse y tratarse las personas se construyen en la dinámica interna de la familia, pues es a través de este sistema y de su constante interacción y retroalimentación que las personas adoptan formas

---

<sup>8</sup>23-OhayonM,Carskadon M,Guilleminault C ,Vitiello MV.Meta-analysis of quantitative sleep parameters from childhood to old age in healthy individuals : developing normative sleep values across the human lifespan .sleep .2004 abril 1;27 (7): 1255-73.

Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15586779>

24- López C. El insomnio en el anciano.Enferm.Docente,2007;69:31-34. Consulta (11abril 2015.) Disponible en <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/205/174&a=bi&pagenumber=1&w=100>



Universidad de la República.  
Facultad de Enfermería.  
Cátedra Comunitaria



específicas de comportamiento, creencias, valores, relaciones sociales y formas de vida que determinan finalmente los comportamientos de las sociedades.; la vida familiar y en comunidad se basan en dinámicas de buenos tratos y cuidados mutuos, sus miembros gozan de ambientes afectivos nutritivos, reconfortantes y protectores, que proporcionan un apoyo afectivo y material que contribuye al bienestar, regula el estrés y alivia los dolores inherentes al desafío de vivir.

Teniendo en cuenta este planteamiento, es importante mencionar que en cierta parte el contexto familiar es el sistema de aprendizaje más predominante en la formación de una persona, pues es finalmente este el encargado de transmitir a sus miembros las primeras pautas de relación e interacción con su medio.(25)

La familia cumple funciones importantes, concibiendo como tales 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 y con el fin de alcanzar los objetivos psicobiológicos ( reproducción, desarrollo y crecimiento de los hijos y adquisición del sentido de identidad familiar), socioculturales y educativos(transmisión de conocimientos y habilidades, valores y creencias) y económicas(capacidad de producción y consumo).(26)

9

---

<sup>9</sup> 25-Barthlen, M. Sleep disorders: obstructive sleep apnea syndrome ,restless legs syndrome and insomnia in geriatric patients. *Geriatrics* 2002 ; 57.34-39.  
Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12442567>

26-BARUDY, Jorge; DANGTAGNAN, Maryorie. Los Buenos Tratos a la Infancia. Parentalidad, apego y resiliencia. Editorial Gedisa. Primera edición. Barcelona 2005.p 245. (21 abril 2015).



## **DISEÑO METODOLÓGICO.**

**TIPO DE ESTUDIO:** el tipo de diseño para este estudio es descriptivo cuantitativo de corte transversal.

**UNIVERSO:** todos los AM entre 65 años y más que consulten en el servicio de primer nivel de atención; policlínicas “Casavalle” y “Los Ángeles” centros ubicados en los CCZ N° 10 y CCZ N°11 de Montevideo en el periodo comprendido entre el 15 y 29 de junio del 2015

**MUESTRA:** estuvo conformada por 53 adultos mayores de 65 años y más que cuenten con los criterios de inclusión.

### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

- Todos aquellos AM de 65 años o más.
- AM que no tengan dificultades para la comunicación
- AM que acepten ser entrevistados
- Que concurren a las policlínicas de “Casavalle” y “Los Ángeles” a la consulta de medicina general, en el periodo comprendido entre el 15 de junio 2015 y 29 de junio del 2015.

### **TECNICAS PARA RECOGER INFORMACION.**

Previo a la recolección de datos se realiza una prueba piloto en el periodo de tiempo comprendido entre del 15 al 29 de junio del presente año.

#### **Entrevista estructurada.**

Se aplicara una entrevista semi-estructurada la cual permitirá una comunicación interpersonal entre el investigador y el sujeto de estudio a fin de obtener respuestas verbales a las interrogantes planteadas por el problema propuesto.  
Se aplica un instrumento de registro con preguntas.

## **OPERACIONALIZACION DE VARIABLES**

### **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.

Nivel de medición: Cuantitativa discreta nominal.

Categoría: Adultos 65-69, 70-74, 75-79 y 80 años o más

### **SEXO:**

Definición conceptual: Condición orgánica que distingue al macho de la hembra.

Definición operativa: Sexo masculino o femenino según condición biológica

Nivel de medición: Cualitativa nominal.

Categoría: Femenino, Masculino

### **PROCEDENCIA:**

Definición Conceptual: Origen, donde nace.

Definición Operacional: se mide en: Montevideo e interior

Nivel de medición: cualitativa

Categoría: Montevideo, interior.

### **FUENTE DE INGRESO ECONÓMICO:**

Definición Conceptual: remuneración económica percibida.

Definición Operacional: remuneración percibida por, pensión, planes sociales.

Nivel de medición: cualitativa

Categoría: si trabaja o no trabaja, percibe jubilación, pensión, etc

### **ESTADO CIVIL:**

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

Definición Operativa: situación civil de la persona al momento de la entrevista

Nivel de medición: cualitativa

Categoría: soltero, casado, divorciado, viudo, unión libre.

### **NIVEL DE INSTRUCCIÓN:**

Definición Conceptual: transmisión de conocimientos a una persona para que esta adquiera una determinada formación.

Definición Operativa: nivel de instrucción formal que alcanza el individuo.

Nivel de medición: cualitativa

Categoría: primaria incompleta, primaria completa secundaria incompleta secundaria completa, utu, estudios terciarios, otros.

## **Factores protectores en la dimensión personal:**

### **ALIMENTACIÓN:**

Definición conceptual: alimentación saludable es aquella que aporta todos los nutrientes necesarios para que cada persona pueda mantener su estado de salud a fin de fomentar la protección de la misma y prevenir trastornos causados por excesos, déficit o desequilibrio en la alimentación.

Definición operativa: alimentación donde se incluyan frutas, verduras, leche o productos lácteos descremados, carnes, legumbres, pan, cereales (arroz, sémola, fideos), pescado, pollo evitando las carnes rojas, y abundantes líquidos.

Nivel de medición: cualitativa

Carnes rojas	Si	No
Frutas	Si	No
Verduras	Si	No
Lácteos	Si	No
Cereales	Si	No
Líquidos	Si	No

### **SUEÑO:**

Definición conceptual: se define como un 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

#### Definición operativa:

La mayoría de las personas adultas mayores deben dormir 7-8 horas diarias. Sin embargo con el paso del tiempo se pueden requerir menos horas de sueño. Muchas veces a causa de dormir siestas (dormir durante el día) no duermen durante la noche. Identificando la rutina normal de sueño de una persona puede ayudar a resolver éstos problemas no duermen menos que el resto de la población, si no que duermen distinto.

Nivel de medición: cualitativa:

Duerme: 4 a 5 horas  
6 a 7 horas  
8 a 9 horas  
Más de 10

### **ACTIVIDAD FÍSICA:**

Definición conceptual: que se planifica y se sigue regularmente. Se realiza con movimientos repetitivos, con el propósito de mejorar o mantener un componente específico del estado físico. Definición: Sedentarismo Se denomina sedentarismo a la no realización de ejercicio físico con una frecuencia menor de 3 veces por semana y menor de 30 minutos cada vez.

Definición operativa: realización de ejercicio físico con una frecuencia no menor de 3 veces por semana y no menor de 30 minutos cada vez.

Nivel de medición: cualitativa

Realiza actividad física: si o no

En caso de ser positiva la respuesta se le preguntara la frecuencia.

### **Factores protectores en la dimensión familiar:**

#### **FAMILIA:**

Definición conceptual: La familia como factor protector, 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.

Definición operativa: vive con: cónyuge, familiar directo, amigo, vecino.

Nivel de medición: cualitativa

Conyugue	Si	No
Familiar directo	Si	No
Amigo	Si	No
Vecino	Si	No

#### **FUNCIONES DE LA FAMILIA**

Definición conceptual: La familia cumple funciones importantes, concibiendo como tales 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 y con el fin de alcanzar los objetivos psicobiológicos (reproducción, desarrollo y crecimiento de los hijos y adquisición del sentido de identidad familiar), socioculturales y educativos (transmisión de conocimientos y habilidades, valores y creencias) y económicas (capacidad de producción y consumo).

Definición operativa: Existe relación con su familia, comunicación, se siente contenido.

Nivel de medición: cualitativa

Tiene buena comunicación con su familia?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Cuenta con apoyo familiar ?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

Del 1 al 5 como es la relación con la familiar
1- mala
2- medianamente mala
3 -medianamente buena
4- buena
5- excelente

## RESULTADOS

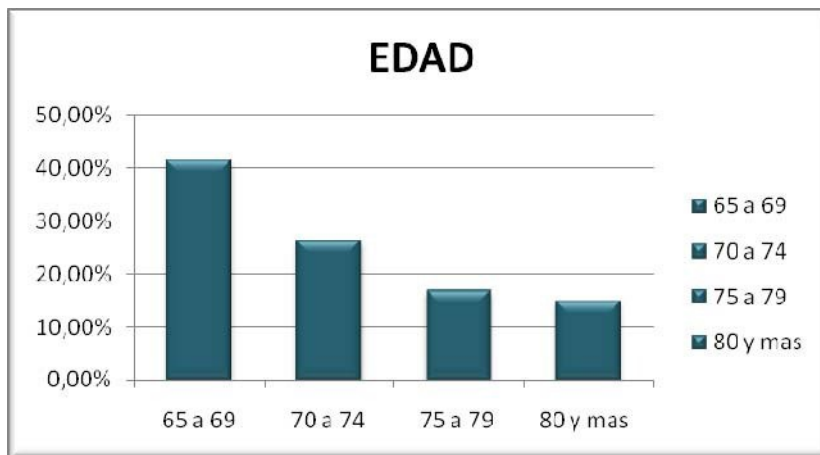
De la población seleccionada, accedieron a realizar el estudio 53 adultos mayores que representan el 88% de un total de 60 adultos mayores.

**Tabla 1. Distribución de la muestra según edad**

Edades	FA	FR%
<b>65 a 69 años</b>	<b>22</b>	<b>41%</b>
<b>70 a 74 años</b>	<b>14</b>	<b>26%</b>
<b>75 a 79 años</b>	<b>9</b>	<b>17%</b>
<b>80 o mas</b>	<b>8</b>	<b>15%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>53</b>	<b>100</b>

El grupo etario más frecuente es el que se encuentra entre 65 y 69 años, siendo el 41% del total que corresponde a 22 participantes.

**Grafico 1: Distribución según edad**

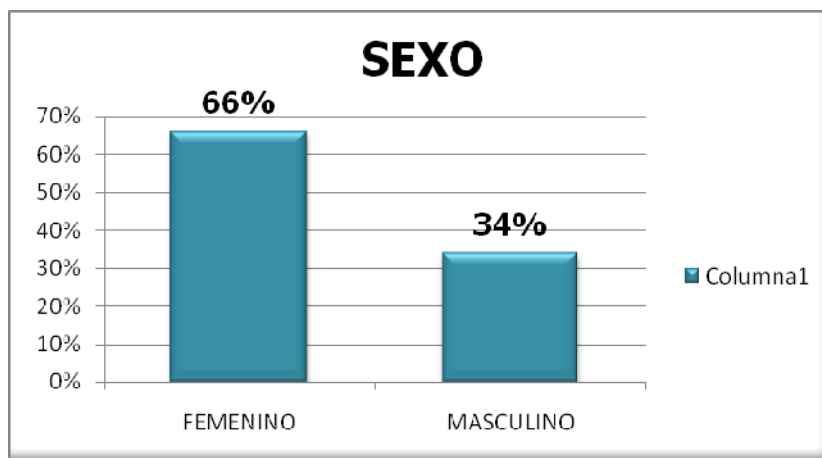


**Fuente:** datos obtenidos por medio de la aplicación de entrevistas a AM de 65 años y mas que se controlan en policlinicas de “Casavalle” y “Los Angeles” correspondientes al CCZ N° 10 y CCZ N°11 de Montevideo, en el periodo del 15 al 29 de junio 2015.

**Tabla 2. Distribución de la muestra según sexo**

SEXO	FA	FR%
<b>Femenino</b>	<b>35</b>	<b>66%</b>
<b>Masculino</b>	<b>18</b>	<b>34%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>53</b>	<b>100</b>

**Grafico 2: Distribución según sexo**



**Fuente:** datos obtenidos por medio de la aplicación de entrevistas a AM de 65 años y mas que se controlan en policlinicas de “Casavalle” y “Los Angeles” correspondientes al CCZ N° 10 y CCZ N°11 de Montevideo, en el periodo del 15 al 29 de junio 2015.

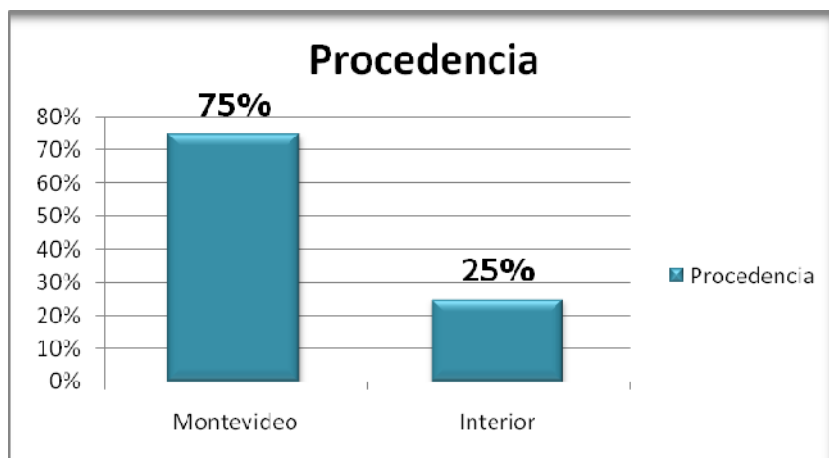
Dentro de dicha muestra, un 66% correspondió al adulto mayor de sexo femenino, mientras el restante 34% de los mismos fueron de sexo masculino.

**Tabla 3. Distribución de la muestra según Procedencia**

PROCEDENCIA	FA	FR%
Montevideo	40	75%
Interior	13	25%
<b>TOTAL</b>	<b>53</b>	<b>100</b>

Contamos con un 75% de los adultos mayores entrevistados procedentes de Montevideo y un 25 % del interior del país que se controlan en policlínicas de “Casavalle” y “Los Ángeles”.

**Grafico 3: Distribución según procedencia**



**Fuente:** datos obtenidos por medio de la aplicación de entrevistas a AM de 65 años y más que se controlan en policlínicas de “Casavalle” y “Los Angeles” correspondientes al CCZ N° 10 y CCZ N°11 de Montevideo, en el periodo del 15 al 29 de junio 2015.

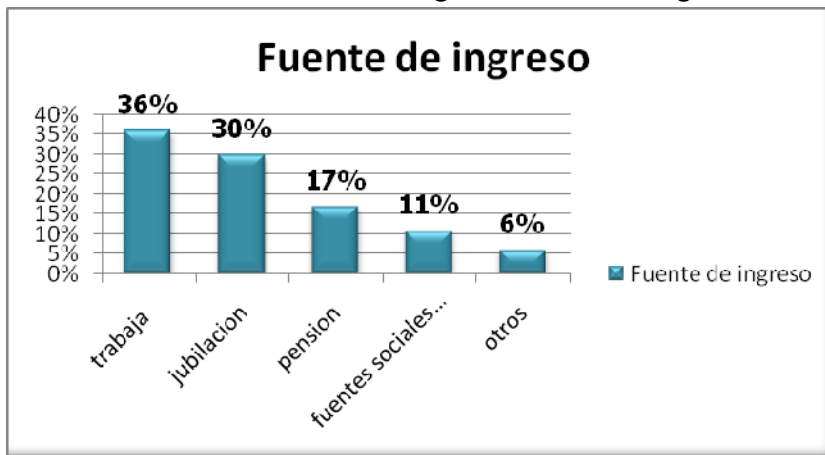


**Tabla 4. Distribución de la muestra según fuente de ingreso**

<b>FUENTE DE INGRESO</b>	<b>FA</b>	<b>FR%</b>
<b>Trabaja</b>	<b>19</b>	<b>36%</b>
<b>Jubilación</b>	<b>16</b>	<b>30%</b>
<b>Pensión</b>	<b>9</b>	<b>17%</b>
<b>Fuentes sociales</b>	<b>6</b>	<b>11%</b>
<b>Otros</b>	<b>3</b>	<b>6%</b>
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100</b>

Con respecto a las fuentes de ingreso destacamos que a un total de 47% entre jubilación (30%) y pensión (17%) condice con la etapa en la cual se encuentran transitando estos (AM) entrevistados.

**Grafico 4: Distribución** según fuente de ingreso



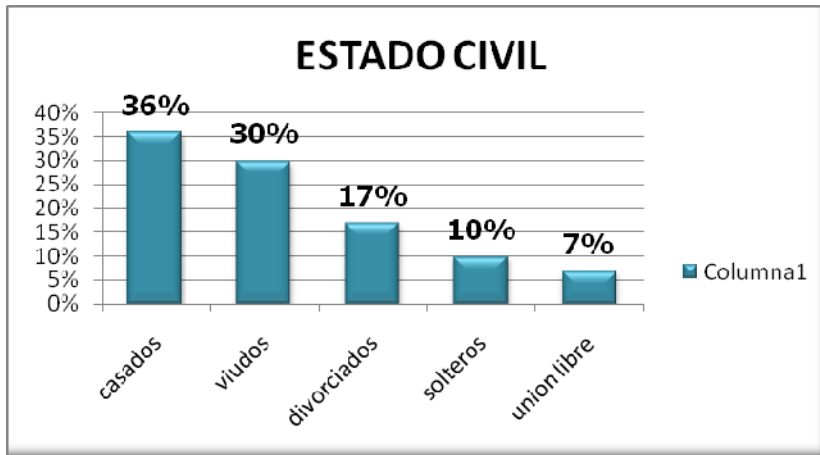
**Fuente:** datos obtenidos por medio de la aplicación de entrevistas a AM de 65 años y más que se controlan en policlinicas de “Casavalle” y “Los Angeles” correspondientes al CCZ N° 10 y CCZ N°11 de Montevideo, en el periodo del 15 al 29 de junio 2015.

**Tabla 5. Distribución de la muestra según Estado Civil**

ESTADO CIVIL	FA	FR%
<b>Casados</b>	<b>19</b>	<b>36%</b>
<b>Viudos</b>	<b>16</b>	<b>30%</b>
<b>Divorciados</b>	<b>9</b>	<b>17%</b>
<b>Solteros</b>	<b>6</b>	<b>11%</b>
<b>Unión libre</b>	<b>3</b>	<b>6%</b>
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100</b>

En cuanto al estado civil de estos usuarios (AM) se observó que dentro del total de la muestra, un 36% refirió estar casado, siguiendo a esta encontramos que la categoría siguiente se encontraba en viudez con un 30%.

**Grafico 5: Distribución según Estado Civil**



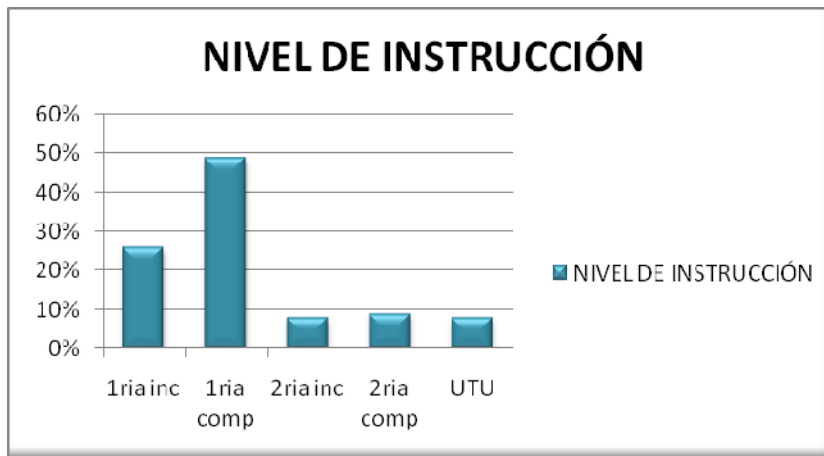
**Fuente:** datos obtenidos por medio de la aplicación de entrevistas a AM de 65 años y mas que se controlan en policlinicas de "Casavalle" y "Los Angeles" correspondientes al CCZ N° 10 y CCZ N°11 de Montevideo, en el periodo del 15 al 29 de junio 2015.

**Tabla 6. Distribución de la muestra según Nivel de instrucción**

Nivel de instrucción	FA	FR%
Primaria incompleta	14	26%
Primaria completa	26	49%
Secundaria incompleta	4	8%
Secundaria completa	5	9%
Terciarios	0	0%
Escuela técnica (UTU)	4	8%
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100</b>

En relación al nivel de instrucción denoto que existe un mayor porcentaje de (AM) con primaria completa lo que significó un 49%

**Grafico 6: Distribución** según Nivel de instrucción



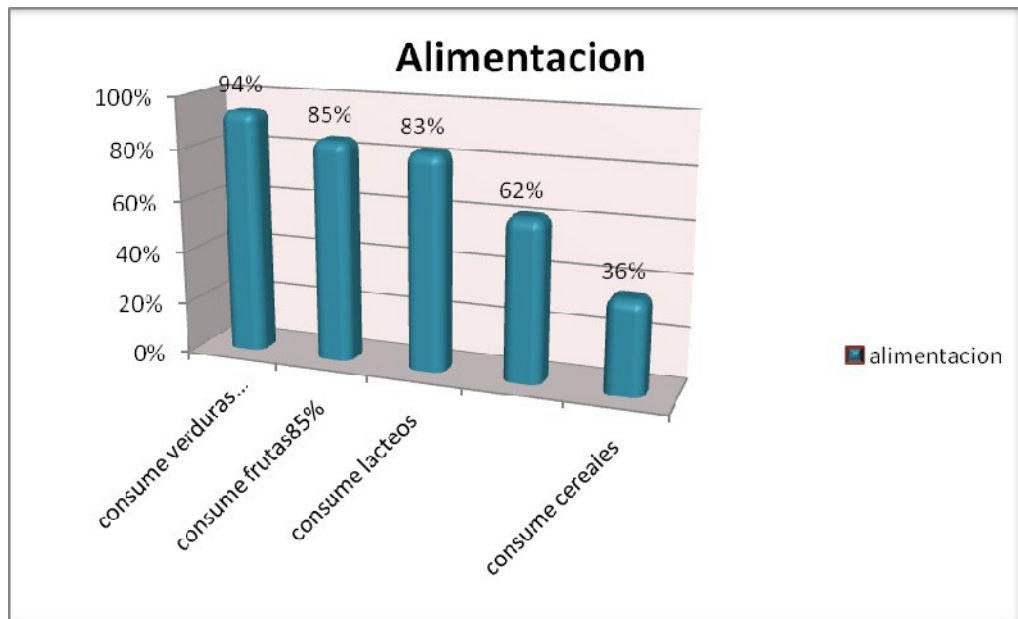
**Fuente:** datos obtenidos por medio de la aplicación de entrevistas a AM de 65 años y mas que se controlan en policlinicas de “Casavalle” y “Los Angeles” correspondientes al CCZ N° 10 y CCZ N°11 de Montevideo, en el periodo del 15 al 29 de junio 2015.

**Tabla 7. Distribución de la muestra según la ALIMENTACION**

Alimentación	FA	FR%
Consume verduras	50	94%
Consume frutas	45	85%
Consume lácteos	44	83%
Consume carnes rojas	33	62%
Consume cereales	19	36%
<b>TOTAL</b>	<b>N= 53</b>	

Del total de la población estudiada, un 94% consume verduras, un 85% consume frutas, acercándonos a la cifra anterior, el 83% le siguió en lácteos, un 62% carnes rojas y el 36% consume cereales todos en forma habitual.

**Grafico 7: Distribución según la Alimentación**



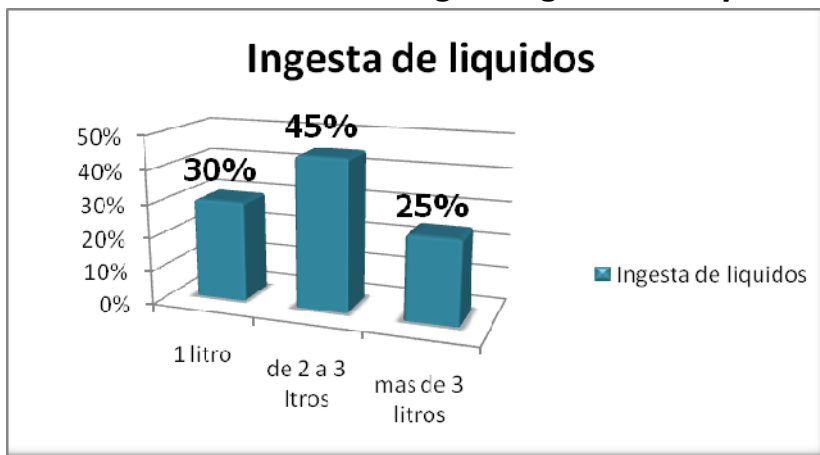
**Fuente:** datos obtenidos por medio de la aplicación de entrevistas a AM de 65 años y más que se controlan en policlinicas de "Casavalle" y "Los Angeles" correspondientes al CCZ N° 10 y CCZ N°11 de Montevideo, en el periodo del 15 al 29 de junio 2015.

**TABLA 8. Distribución según Ingesta de Líquidos.**

Ingesta de Líquidos	FA	FR%
<b>1 Litro</b>	<b>16</b>	<b>30%</b>
<b>De 2 a 3 litros</b>	<b>24</b>	<b>45%</b>
<b>Más de 3 litros</b>	<b>13</b>	<b>25%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>53</b>	<b>100</b>

Los datos demuestran que en un 45% los adultos tienen una ingesta de 2 a 3 litros diarios de líquidos.  
El 30% consume 1 litro y el 25 % consume más de 3 litros diarios de líquidos.

**Grafico 8: Distribución según ingesta de líquidos**



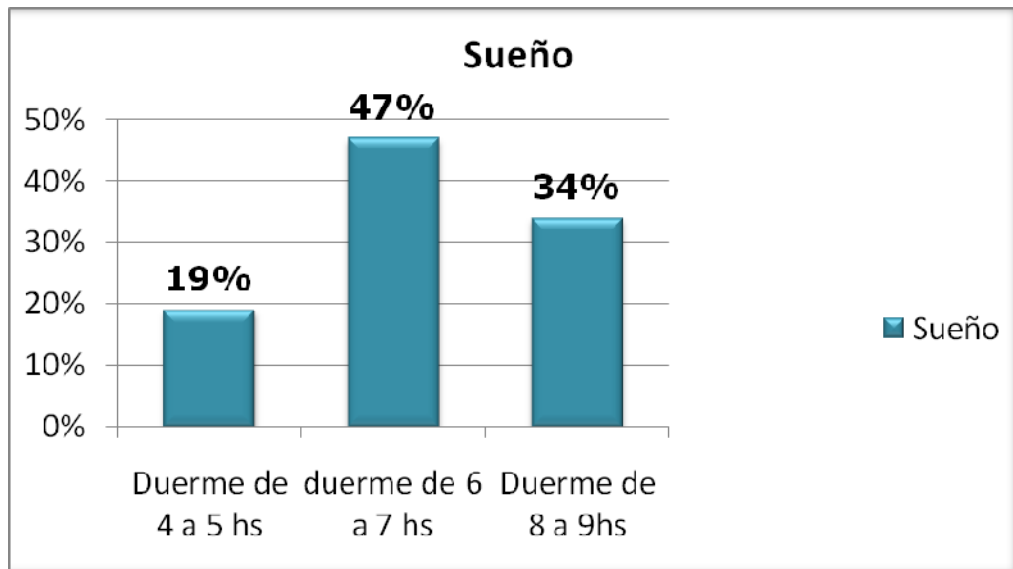
**Fuente:** datos obtenidos por medio de la aplicación de entrevistas a AM de 65 años y más que se controlan en policlinicas de “Casavalle” y “Los Angeles” correspondientes al CCZ N° 10 y CCZ N°11 de Montevideo, en el periodo del 15 al 29 de junio 2015.

**TABLA 9. Distribución según horas de sueño.**

Sueño	FA	FR%
Duerme de 4 a 5hs	10	19%
Duerme de 6 a 7 hs	25	47%
Duerme de 8 a 9 hs	18	34%
Duerme mas de 10hs	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>53</b>	<b>100%</b>

En cuanto a horas de sueño de estos (AM) encuestados tenemos que el 47% refirió dormir de 6 a 7 horas, el 34% lo hace de 8 a 9 hs y un 19 % de 4 a 5 horas.

**Grafico 9: Distribución horas de sueño**



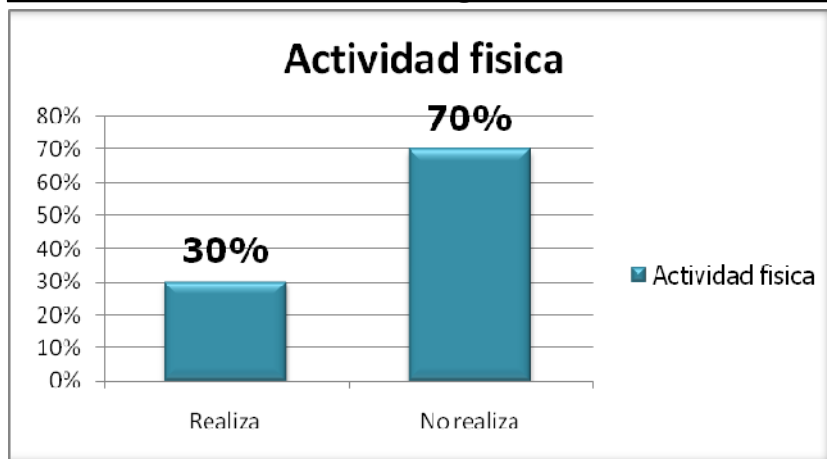
**Fuente:**datos obtenidos por medio de la aplicación de entrevistas a AM de 65 años y mas que se controlan en policlinicas de “Casavalle” y “Los Angeles” correspondientes al CCZ N° 10 y CCZ N°11 de Montevideo, en el periodo del 15 al 29 de junio 2015.

**TABLA 10. Distribución según si realiza o no actividad física.**

Actividad Física	FA	FR%
Realiza	16	30%
No realiza	37	70%
<b>TOTAL</b>	<b>53</b>	<b>100</b>

En actividad física de estos (AM) tenemos que el 70% no realiza ejercicios de ningún tipo.

**Grafico 10: Distribución según si realiza o no actividad física.**



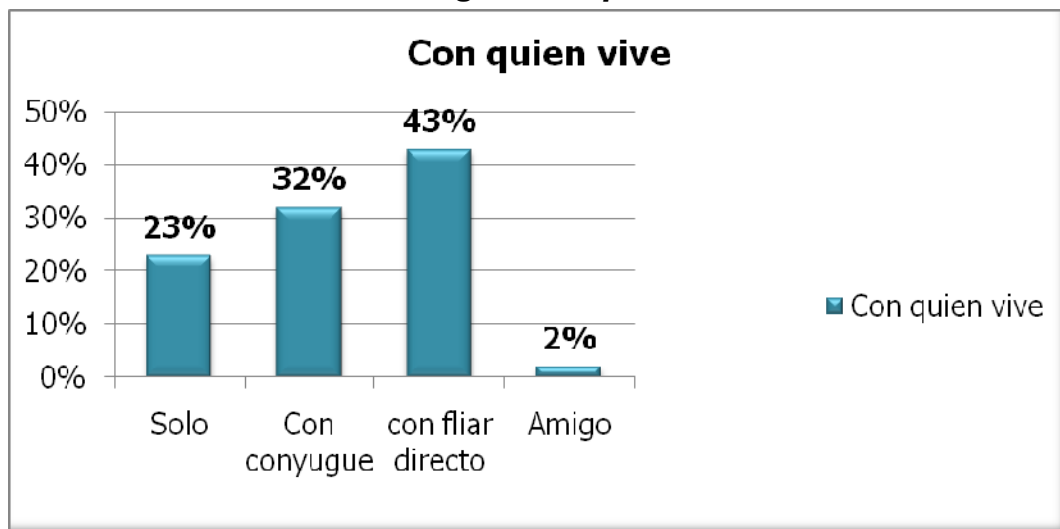
**Fuente:** datos obtenidos por medio de la aplicación de entrevistas a AM de 65 años y mas que se controlan en policlinicas de “Casavalle” y “Los Angeles” correspondientes al CCZ N° 10 y CCZ N°11 de Montevideo, en el periodo del 15 al 29 de junio 2015.

**TABLA 11. Distribución según con quien vive.**

Con quien vive	FA	FR%
Solo	12	23%
Con conyugue	17	32%
Con un familiar directo	23	43%
Amigo	1	2%
Vecino	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>53</b>	<b>100%</b>

Obtuvimos que el 43% de los adultos mayores convivan con un familiar directo mientras que un 32% lo hacía con un cónyuge, 23% vive solo y el 2% restante refirió convivir con un amigo.

**Grafico 11: Distribución según con quien vive.**



**Fuente:** datos obtenidos por medio de la aplicación de entrevistas a AM de 65 años y más que se controlan en policlinicas de "Casavalle" y "Los Angeles" correspondientes al CCZ N° 10 y CCZ N°11 de Montevideo, en el periodo del 15 al 29 de junio 2015.

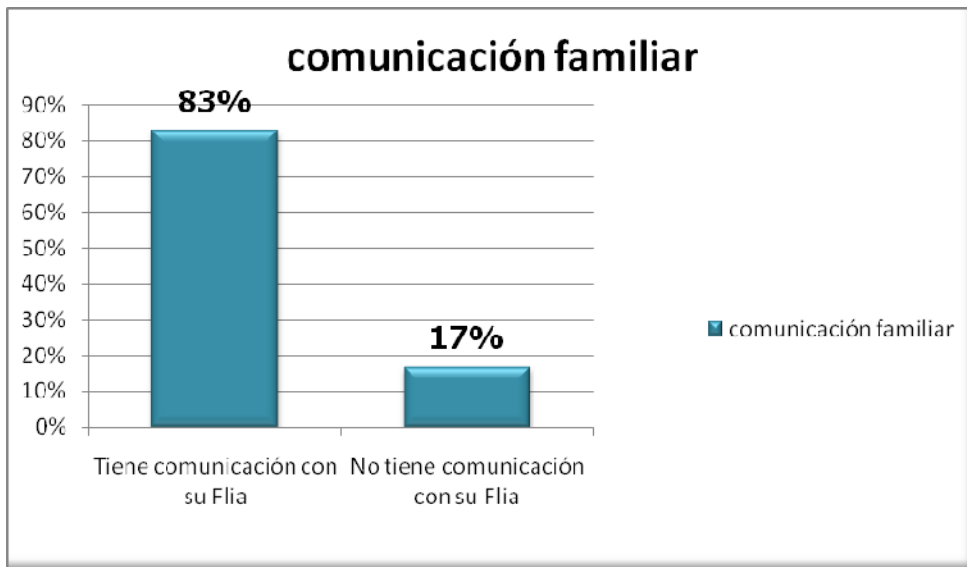


**TABLA 12. Distribución según comunicación familiar.**

Comunicación familiar	FA	FR%
Tiene comunicación con su flia	44	83%
No tiene comunicación con su flia	9	17%
<b>TOTAL</b> N=	<b>53</b>	<b>100%</b>

Contaban con comunicación familiar el 83% de los entrevistados y la cifra restante del 17% no la tenía.

**Grafico 12: Distribución según comunicación familiar.**



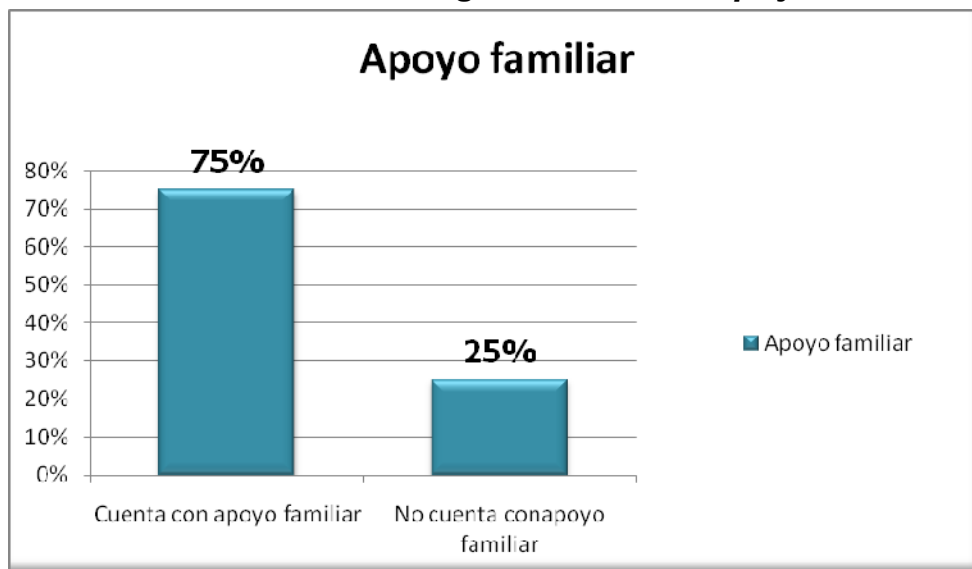
**Fuente:** datos obtenidos por medio de la aplicación de entrevistas a AM de 65 años y más que se controlan en policlinicas de “Casavalle” y “Los Angeles” correspondientes al CCZ N° 10 y CCZ N°11 de Montevideo, en el periodo del 15 al 29 de junio 2015.

**TABLA 13. Distribución según cuenta con apoyo familiar.**

Apoyo familiar	FA	FR%
Cuenta con apoyo familiar	40	75%
No cuenta con apoyo familiar	13	25%
<b>TOTAL</b> N=	<b>53</b>	<b>100%</b>

Los adultos mayores que cuentan con apoyo familiar son el 75% refieren y solo el 25% no tuvo contenida.

**Grafico 13: Distribución según cuenta con apoyo familiar.**



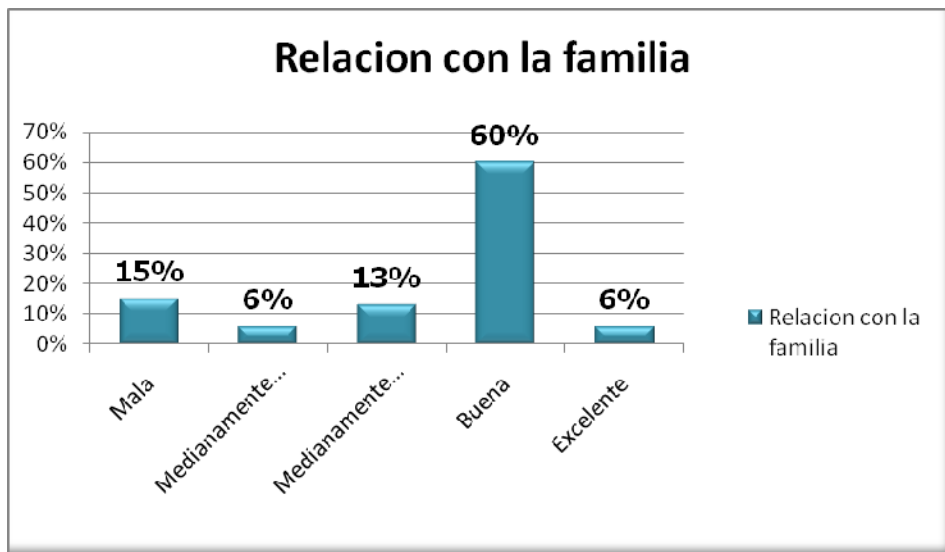
**Fuente:** datos obtenidos por medio de la aplicación de entrevistas a AM de 65 años y mas que se controlan en policlinicas de “Casavalle” y “Los Angeles” correspondientes al CCZ N° 10 y CCZ N°11 de Montevideo, en el periodo del 15 al 29 de junio 2015.

***TABLA 14. Distribución según la relación con la familia.***

Relación con la familiar	FA	FR%
<b>Mala</b>	<b>8</b>	<b>15%</b>
<b>Medianamente mala</b>	<b>3</b>	<b>6%</b>
<b>Medianamente buena</b>	<b>7</b>	<b>13%</b>
<b>Buena</b>	<b>32</b>	<b>60%</b>
<b>Excelente</b>	<b>3</b>	<b>6%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>53</b>	<b>100%</b>

De la muestra entrevistada refirió tener buena relación familiar llegando a un 60%, un 15% respondió a una mala relación con su familia, el 13% considero tenerla medianamente buena, mientras un 6% medianamente mala y el restante 6% afirmo que es excelente.

***Grafico 14: Distribución según del 1 al 5 como es la relación con la familia.***



**Fuente:** datos obtenidos por medio de la aplicación de entrevistas a AM de 65 años y mas que se controlan en policlinicas de "Casavalle" y "Los Angeles" correspondientes al CCZ N° 10 y CCZ N°11 de Montevideo, en el periodo del 15 al 29 de junio 2015.

## ANALISIS

La investigación tiene como objetivo conocer los Factores Protectores de Salud que tienen los AM de 65 años y más que concurrieron, a dos centros de Primer Nivel de atención de la Zona Metropolitana de Montevideo, policlínicas “Casavalle” y “Los Ángeles”.

La recolección de datos se llevo a cabo entre los días 15 al 29 de junio del corriente año obteniendo una muestra de 53 adultos mayores de 65 años y más quienes cumplen con los criterios de inclusión planteados al comienzo de la investigación.

De las 53 entrevistas que se realizaron se sistematizaron el 100% de las mismas, ya que no fue necesario descartar ningún formulario por falta de información.

Es necesario destacar la buena disposición por parte de los AM al realizar dichas entrevistas luego de previo consentimiento

Según los datos obtenidos de nuestra muestra como primer dato referente la franja etaria; de un total de 53 Adultos mayores logramos destacar que un 42% se encontró comprendido entre las edades de 65 a 69 años, un 26% fue de 70 a 74 años, mientras un 17% lo hizo de 75 a 79 años y el restante 15 % disminuyo conjuntamente al aumento de la edad comprendida entre 80 años en adelante. (Ver tabla y grafica N° 1).

En relación al sexo predominante, encontramos que un 66% corresponde al sexo femenino y un 34% al sexo masculino. (Ver tabla y grafica N° 2)

En cuanto a procedencia de estos adultos mayores tenemos que el 75% pertenecen a la ciudad de Montevideo siendo en forma menor con un 25% desde el interior del país. (Ver tabla y grafica N° 3)

Con respecto a las fuentes de ingreso destacamos que a un total de 47% entre jubilación (30%) y pensión (17%) condice con la etapa en la cual se encuentran transitando estos (AM) entrevistados. Cabe destacar que el 36% restante de la población investigada se encontraba en forma activa laboralmente. (Ver tabla y grafica N° 4)

En cuanto al estado civil de estos usuarios (AM) se observó que dentro del total de la muestra, un 36% refirió estar casado, siguiendo por viudos un 30%.

En orden decreciente tenemos que el 17% manifestó estar divorciado, un 11% soltero, y el restante 6% refirió encontrarse en categoría de unión libre. (Ver tabla y grafica N° 5)

En relación al nivel de instrucción denoto que existe un mayor porcentaje de (AM) con primaria completa lo que significó un 49%; el 26% refirió tener primaria incompleta mientras que el 9% completo secundaria, seguido de un 8% con secundaria incompleta y a su vez un igual porcentaje refirió haber asistido a UTU. No se detectó estudios terciarios en la muestra seleccionada.

(Ver tabla y grafica N° 6)

Sobre Alimentación, los datos que se desprenden son que del total de la población estudiada, un 94% consume verduras, un 85% consume frutas, el 83% afirma consumir lácteos, un 62% carnes rojas y el 36% consume cereales todos en forma habitual. Aquí vemos como la alimentación condiciona en forma significativa la manera como vivimos, envejecemos y determina en gran parte la calidad de vida de la población. (Ver tabla y grafica N° 7)

En la ingesta de líquidos encontramos que un 45% consume de 2 a 3 litros por día, un 30% consume 1 litro diario y el 25% restante manifestó consumir más de tres litros. (Ver tabla y grafica N° 8)

Lo cual demuestra que el porcentaje encontrado condice con lo estipulado para el consumo de un (AM).

En cuanto a horas de sueño de estos (AM) encuestados tenemos que el 47% refirió dormir de 6 a 7 horas, el 34% lo hace de 8 a 9 hs y un 19 % de 4 a 5 horas. (Ver tabla y grafica N° 9)

En actividad física de estos (AM) tenemos que el 70% no realiza ejercicios de ningún tipo lo que en esta muestra significa que el ejercicio físico no es un factor determinante para llegar a esta etapa vital. (Ver tabla y grafica N° 10)

De dicha investigación obtuvimos que el 43% de los adultos mayores convivían con un familiar directo mientras que un 32% lo hacía con un cónyuge, 23% vive solo y el 2% restante refirió convivir con un amigo. (Ver tabla y grafica N° 11)  
Contaban con comunicación familiar el 83% de los entrevistados y la cifra restante del 17% no la tenía (Ver tabla y grafica N° 12); así mismo y favoreciendo las cifras tenemos que el 75% refieren contar con apoyo familiar y solo el 25% no se encuentra no contenida por su familia. (Ver tabla y grafica N° 13)

Por último y ajustándose a los porcentajes anteriores obtenidos tenemos que de la muestra entrevistada el 60% refirió tener buena relación familiar, un 15% respondió a tener una mala relación familiar, el 13% considero tenerla medianamente buena, mientras un 6% medianamente mala en igual porcentaje con un 6 % afirmo que es excelente la relación con la familia. (Ver tabla y grafica N° 14)

## **CONCLUSION**

Como consecuencia de los datos obtenidos y del análisis realizado debemos destacar que se cumplieron con los objetivos planteados en la investigación, caracterizando a los (AM), logrando detectar Factores Protectores de Salud presentes en esta población de Primer Nivel de Atención.

Con base en los resultados obtenidos a través de la investigación; tenemos que el promedio de edad encontrada en la población fue de entre 65 a 69 años lo que contribuyó a una buena aceptación y receptividad a la hora de la entrevista con los mismos.

Podemos encontrar aquí como primer factor protector la receptividad presente de estos adultos mayores lo que posibilita la oportunidad de brindar información sobre la importancia de hábitos saludables y la prevención de enfermedades en este nivel de atención a la salud.

A la hora de establecer la consulta de enfermería con esta receptividad se puede brindar educación incidental que será aceptada por cada uno de los usuarios.

El sexo femenino prevaleció en un 66% denotando que mujeres fueron quienes mostraron un mayor interés a la hora de preservar la salud. Es real que la mujer es la que consulta en los servicios al cuidado de la salud, lo hace a lo largo de la vida como protección de su embarazo, luego al cuidado de los niños y en esta etapa de la vida adulta mayor continúa con sus cuidados.

Dicha población fue mayoritariamente de Montevideo con un 75%.

En cuanto a nivel de instrucción encontrada tenemos que el 49% completo sus estudios primarios, solo un 9% refirió secundaria completa y prevaleció la ausencia total de estudios terciarios.

El 64% de la muestra citada anteriormente no se encuentra en actividad laboral, lo que permite una disponibilidad temporal en beneficio de actividades que contribuyan a la promoción y prevención en salud.

Por otra parte, a modo de acotar una breve visión global que aporte el contexto comunitario asistido, queremos mencionar que estos (AM) no mostraban mayor interés en actividades propuestas por el centro comunitario.

En cuanto a los hábitos alimenticios encontrados tenemos que el 94% de los entrevistados consume verdura y un 85% frutas, estos datos sumados a que el 83% consume lácteos y en menor porcentaje y no menos importante con un 36% consume cereales.

Con estos porcentajes podemos destacar la presencia de un factor protector

en cuanto a hábitos alimenticios refiere de nuestra población. Con respecto al consumo de carnes rojas tenemos que el 62% la consume. Destacamos que si bien esto demuestra un factor protector en esta población ellos referían en la entrevista que este consumo se vio limitado por el factor económico.

Otro factor protector que se evidencia a nivel familiar tiene que ver con el sistema de vinculación afectiva de estos (AM) ya que predomina en gran parte la interacción del sistema familiar ya que el 43% refirió convivir con un familiar directo, acercándonos a esta cifra significativa un 32% lo hacía con su conyugue.

Por lo cual tenemos que un 75% de estos (AM) contó con apoyo familiar, el 83% mantiene buena comunicación. Como enfermeros comunitarios deberíamos realizar programas de atención a la salud del (AM) brindando información asistencia y estimulando el autocuidado y posterior seguimiento para luego así medir y determinar el impacto de nuestras acciones.

Teniendo en cuenta que los factores de protección son como escudos para favorecer el desarrollo de los seres humanos, por lo tanto el trabajo en prevención va orientado hacia la promoción de factores de protección, no se trata de encontrar el factor de riesgo sino inclinarse en la construcción de alternativas que propicien nuevos procesos protectores, tomando en consideración como factores protectores la relevancia del nivel psicológico, familiar y/o social que a su vez modifican la acción de un factor de riesgo.

Partiendo de la base que el autocuidado es un comportamiento aprendido y con características de acción intencionada la cual es producida a medida que el individuo se ocupa en buscar acciones pertinentes al cuidado de su salud y llevarlas a cabo.

Mencionar que el autocuidado como fenómeno activo requiere que el individuo sea capaz de usar la razón para así comprender su estado de salud donde juega un papel preponderante la habilidad que posea este (AM) para escoger la acción apropiada.

Esto da a suponer que en condiciones habituales la persona mayor con sus características físicas, psíquicas y funcionales deberá tener un buen nivel de adaptación al medio que lo rodea, de manera que será relevante la funcionalidad física y psíquica que posea el adulto mayor para desplegar la mayor capacidad de autonomía de forma tal de vivir de manera independiente, así como también los mecanismos de adaptación que el (AM) establezca ante cambios en su situación física (pérdida de autonomía y/o dependencia).

La enfermera comunitaria tendrá como gestión propia de su labor la total capacidad de interiorizarse con el sistema comunitario a fin de contribuir el mismo a través de actividades de promoción prevención y rehabilitación. En relación con el cómo se participa se trata de incluir a la población en todas



Universidad de la República.  
Facultad de Enfermería.  
Cátedra Comunitaria



las fases del proceso de planificación de manera activa diseñando y utilizando técnicas y estrategias que faciliten el proceso de capacitación y adiestramiento participativo.

A partir de la aceptación de las estrategias de atención primaria de la salud y de las discusiones que esta ha generado surge un enfoque más amplio, ya que la salud no se contempla como un objetivo en sí mismo, sino como un recurso para la vida cotidiana.

Ello influye en una reorientación de los servicios promoviendo el desarrollo de programas que involucran a la comunidad; es una responsabilidad colectiva fomentar medidas en prevención y promoción en salud así como también el autocuidado.

Consideramos que nuestro trabajo de investigación es un inicio para seguir trabajando en futuras investigaciones.





Universidad de la República.  
Facultad de Enfermería.  
Cátedra Comunitaria



## **SUGERENCIAS**

El producto de este trabajo motiva a contribuir a futuras investigaciones, siendo productivo para las autoridades de las policlínicas “Casavalle” y “Los Ángeles” como así también a la enfermera profesional en su desempeño en gestionar planes de acción que contribuyan a modificar los hábitos negativos ; además de modificar y fortalecer aquellos Factores Protectores de Salud presentes en la población ; fomentando la alimentación saludable reforzando aquellos adecuados para el mantenimiento de su salud y la realización de actividad física.

Proponer un seguimiento sobre el tema seleccionado mejorando las estrategias institucionales del primer nivel de atención.

Como así también la capacitación continua de la enfermera comunitaria siendo ella un integrante del equipo de salud que contribuye en los programas de prevención y promoción en salud con la mirada continúa en esta población.



Universidad de la República.  
Facultad de Enfermería.  
Cátedra Comunitaria



## **AGRADECIMIENTOS**

En primer lugar a las tutoras por el conocimiento, exigencia y apoyo brindado.

En segundo lugar a las autoridades y funcionarios de las policlínicas “Casavalle” y “Los Ángeles; en especial a Susana Latorre (funcionaria de policlínica “Casavalle”) por su ayuda incondicional que nos permitió realizar las entrevistas, a los adultos mayores Grupo de: O.D.H. que accedieron de forma amable y cordial para poder realizarles las mismas.

No podemos dejar de agradecer a nuestra familia, hijos y amigos quienes nos apoyaron en los momentos buenos y otros no tan buenos brindándonos fuerza para seguir en nuestros proyectos y culminar la carrera.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRAFIA**

- 1-Leoneli HandelSL.Llegar a viejo en Uruguay:¿Una suerte o un problema Observatorio de la Economía Latinoamericana revista académica 2009;(108):.Disponible en <http://eumed.net/coursecon/ecolat/uy/09/slh.htm> (consulta: 25 mayo 2015)
- 2-Uruguay en cifras 2012 - Instituto Nacional de Estadística: Disponible en [www.ine.gub.uy](http://www.ine.gub.uy) (consulta: 25 de mayo 2015)
- 3-Pérez R, Gerontología en Uruguay. URUGUAY Psicolibros; 2004 (consulta 25 mayo 2015)
- 4-Povedano Jimenez M.Los Principios de la atención primaria de salud .2012 .Disponible en : <https://libroslaboratorio.files.wordpress.com/2012/10/enfermera-en-atencic3b3n-primarc3ada-y-atencic3b3n-especializada.pdf>
- 5-Villar H, concepto de Salud Enfermedad.Curso post grado .facultad odontología –Udelar Montevideo; 1992 (consulta: 27 mayo 2015)
- 6-Perez R, Gerontologia en Uruguay .uruguay :psicolibros ;2004
- 7- Buerke M, Walshb, Enfermería Gerontológica.2ª.ed. Madrid: El sevier
- 8-Barrenechea C. Factores protectores [Tesis].Montevideo:Facultad Enfermería, Udelar;2014.(consulta: 27 mayo 2015)
- 9-ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTA D.C. Secretaria de Gobierno. MOSSAVI. Modelo de Estrés Social para la prevención y atención de la Violencia Intrafamiliar. 2003. Manual para Docentes. Por una comunidad Educativa que previene el maltrato y la violencia. Comisarías de Familia. P- 28
- 10- KOTLIARENCO, María Angélica; CÁCERES, Irma; FONTECILLA, Marcelo. ESTADO DE ARTE EN RESILIENCIA. Organización Panamericana de la Salud. Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. CEANIM Centro de Estudios y Atención del Niño y la Mujer, Fundación W. K. Kellogg Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo. 1990.(consulta 27 mayo 2015)
- 11-Barrenechea C.Factores protectores [Tesis] .Montevideo: Facultad de Enfermería,Udelar;2014.(consulta 27 mayo 2015)
- 12-Orem D. E, Nursing: Concepts of practice. 5th ed. St Lois: Mosby; 1995.
- 13-Taylor S. G, Compton A, Donahue E. J, Emerson S, Gashti Nergess N, Nation M. J. Dorothea E. Orem: Teoría del Deficit de Autocuidado. En: Marriner Tomey A, Raile Alligood M. Modelos y Teorías en enfermería. 4ta ed. Madrid:

- Harcourt, S. A; 2000. p. 175-194. (consulta 29 mayo 2015)
- 14-Chandra R. (1992) Nutrition and Immunity in the elderly. *Nutrition Reviews*, 50:367-371(consulta 29 mayo 2015)
- 15- Eitvens J. (1999) Determinantes del Envejecimiento Sano. *Cuad. Med. SOC XXX*, 3,71-81(consulta 30 mayo 2015)
- 16-Uauy R, Araya H, Vera G, Gattas V. (1999) Requerimientos nutricionales del adultomayor. *Guías de alimentación para el adulto mayor: Bases para la acción*.110(consulta 30 mayo 2015)
- 17- Sallis J F. (2004) Age- related decline in physical activity: a synthesis of human and animal studies. *Med Sci Sports Exerc* 2000; 32: 1598-1600. En manual de recomendaciones nutricionales en pacientes geriátricos. Gómez C., Reuss J. M.(consulta 30 mayo 2015)
- 18-Smits Ch, Deeg DM, Schmand B. (1999) Cognitive functioning and health as determinants of mortality in an older population. *American Journal of Epidemiology* 150 : 978-986.
- 19-Engler T.A,Martha P. (2002) *Mas Vale Por Viejo*. Banco Interamericano de Desarrollo, Washington DC. Pgs 107-108
- 20-Lopez C. El insomnio en el anciano.*Enferm.Docente*,2007;69:31-34.Acceso 11 abril 2015(consulta 1 abril 2015)
- 21-Guia de Práctica Clínica .Diagnostico y Tratamiento de los trastornos del sueño disponible en [http://www.isssteags.gob.mx/guias\\_practicas\\_medicas/gpc/docs/IMSS-385-10RR.pdf](http://www.isssteags.gob.mx/guias_practicas_medicas/gpc/docs/IMSS-385-10RR.pdf).(consulta 1 abril 2015)
- 22-Fernandez .Conde, A, VAZQUEZ Sánchez. El Sueño en el anciano .Atención de Enfermería .*Enfermería Global* (internet) Vol 6.Num 1 (Mayo 2007) Disponible en :<http://revistas.um.es/eglobal/article/view/205/174>(consulta 1 abril 2015)
- 23-OhayonM,Carskadon M,Guillemineault C ,Vitiello MV.Meta-analysis of quantitative sleep parameters from childhood to old age in healthy individuals : developing normative sleep values across the human lifespan .*sleep* .2004 abril 1;27 (7): 1255-73. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15586779>
- 24- López C. El insomnio en el anciano.*Enferm.Docente*,2007;69:31-34.



Universidad de la República.  
Facultad de Enfermería.  
Cátedra Comunitaria



Consulta (11 abril 2015.) Disponible en  
<http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/205/174&a=bi&pagenumber=1&w=100>

25-Barthlen, M. Sleep disorders: obstructive sleep apnea syndrome, restless legs syndrome and insomnia in geriatric patients. *Geriatrics* 2002 ; 57:34-39.  
Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12442567>

26-BARUDY, Jorge; DANGTAGNAN, Maryorie. *Los Buenos Tratos a la Infancia. Parentalidad, apego y resiliencia*. Editorial Gedisa. Primera edición. Barcelona 2005. p 245. (21 abril 2015).



Universidad de la República.  
Facultad de Enfermería.  
Cátedra Comunitaria



## **BIOGRAFÍA CONSULTADA**

-Ávila Agüero M. Hacia una nueva Salud Pública:  
determinantes de la Salud. Acta Méd Costa Rica(internet) 2009;51/2):

71-3.Disponible en :[http://www.suelo.sa.er/suelo.php?scriptasci\\_artext&pid=50001-60022009000200002](http://www.suelo.sa.er/suelo.php?scriptasci_artext&pid=50001-60022009000200002)[consulta: 21 nov.1012]

-Burke M; WALsh B, Enfermería Gerontológica.2a.ed.  
Madrid: El sesier

-Barrenechea C. Factores protectores[Tesis] Montevideo:Facultad Enfermería,  
Udelar;2014.

-Dibarboure Icasunaga H. Atención primaria de la Salud: Análisis de un año de  
trabajo. Médico. Montevideo: UDELAR;1988.

-Perez R, Gerontología en Uruguay. URUGUAY Psicolibros;2004





Universidad de la República.  
Facultad de Enfermería.  
Cátedra Comunitaria



# ANEXOS

**Anexo I: carta solicitud de autorización para la implementación del instrumento PNA.**



**SOLICITUD DE AUTORIZACION**

**PARA LA REALIZACION DE LA INVESTIGACION.**

Servicio de Atención a la Salud de la Intendencia de Montevideo

Sra Directora .

Lic Esp: Alicia Guerra.

Mediante la presente nos dirigimos a usted con el fin de solicitar autorización para realizar el trabajo final de investigación . " Identificación los factores protectores en relación al conocimiento y conductas de auto cuidado en el Adulto Mayor" ,que se asisten en Policlínicas de la ciudad de Montevideo.

Este trabajo sera llevado a cabo por 6 estudiantes de la Facultad de Enfermería y tutorado por Prof Cristina Barrenechea y Prof Adjunta Ana Arada

Sion otro particular ,quedando a sus ordenes por cualquier consulta complementaria,saludan atentamente estudiantes de La Facultad de Enfermería:

Acosta Nazarena CI.4.469.350-2 *Nazarena Acosta*

Barrios Laura CI. 4.199.924-2 *Laura Barrios*

Fernández Rosario CI. 3.588.070.8

Guerra Silvia CI.3.209.072-4 *Silvia Guerra*

Leguizamón Miriam CI. 2.907.001.2

Machado Claudia CI.3.154115.8 *Claudia Machado*

Tutoras. Prof Agda(s) Lic. Enf Esp. Cristina Barrenechea

Prof. Adj(s) Lic. Enf. Esp. Ana Arada

Autorizado por: *Alicia Guerra* Fecha: 8/6/2015

*Profongo Policlínica Casavalle, los Angeles.*  
*con grupos de OBH.*





**Anexo II: Consentimiento informado de los usuarios  
entrevistados**



**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN  
SOBRE FACTORES PROTECTORES DE SALUD EN EL AM**

Por la presente tomo conocimiento de la entrevista a realizarse en el servicio de Primer Nivel de Atención en policlínicas “Casavalle”y “Los Ángeles” por estudiantes de la universidad de la republica ,facultad de enfermería ,de la carrera licenciatura en enfermería en el marco del trabajo final de investigación con la debida autorización de la dirección de dichas Policlínicas.  
Dejo constancia que he sido adecuada y debidamente informado/a respecto a la entrevista a la que realizare, así como las razones que lo motivan.  
La participación en este estudio es voluntaria. Sus respuestas a la entrevista serán anónimas. La información que se recoja será confidencial y no se usara para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación, según la Ley N° 18331 “PROTECCION DE DATOS PERSONALES Y ACCIONES DE HABEAS DATA” de la Constitución Nacional.  
Por último hago constar que la Bachiller .....me ha explicado claramente los procedimientos a realizarse durante la entrevista y sus razones del mismo pudiendo formular preguntas que han sido satisfactoriamente contestadas.

.....  
Firma del usuario o persona a cargo

.....  
Aclaración de firma

.....  
Firma del entrevistador

.....  
Fecha

**Anexo III Instrumento para la recolección de datos para la investigación:**

**ENTREVISTA SOBRE FACTORES PROTECTORES EN SALUD EN EL ADULTO MAYOR DE 65 AÑOS Y MÁS EN UN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EL LAS POLICLÍNICAS “CASAVALLE” Y “LOS ANGELES.”**

Formulario N°	
Fecha	

Nombre o iniciales (no es obligatorio).	<input type="text"/>		
1-Edad	65 a 69	<input type="checkbox"/>	
	70 a 74	<input type="checkbox"/>	
	75 a 79	<input type="checkbox"/>	
	80 o más	<input type="checkbox"/>	
2-Sexo	F	<input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>
3-Procedencia	Mdeo	<input type="checkbox"/>	Interior <input type="checkbox"/>

<b>4-Fuente de ingreso.</b>				
Usted Trabaja	SI		NO	
Percibe Jubilación	SI		NO	
Pensión	SI		NO	
Fuentes sociales	SI		NO	
Otros.*	SI	NO	Especifique	
<b>5-Estado civil es:</b>				
Soltero	SI		NO	
Casado	SI		NO	
Divorciado	SI		NO	
Viudo	SI		NO	
Unión libre	SI		NO	
<b>6-Nivel de instrucción</b>				
Primaria incompleta	SI		NO	
Primaria completa	SI		NO	
Secundaria incompleta	SI		NO	
Secundaria completa	SI		NO	
Utu	SI		NO	
Terciarios	SI		NO	
<b>AUTOCUIDADO</b>				
<b>7- ALIMENTACION</b>				
Consume Verduras	SI		NO	
Consume frutas	SI		NO	
Consume Lácteos o derivados	SI		NO	
Consume carnes rojas	SI		NO	
Consume Cereales	SI		NO	

<b>Ingesta de líquidos /día</b>	<b>1 lts</b>	<input type="checkbox"/>	<b>2 a 3lts</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Mas 3 lts</b>	<input type="checkbox"/>
<b>8-SUEÑO</b>						
Usted duerme de 4 a 5 hs.	<input type="checkbox"/>					
6 a 7 hs.	<input type="checkbox"/>					
8 a 9 hs.	<input type="checkbox"/>					
Más de 10 hs.	<input type="checkbox"/>					
<b>9-ACTIVIDAD FISICA</b>						
<b>REALIZA</b>	<b>SI</b>	<input type="checkbox"/>	<b>NO</b>	<input type="checkbox"/>		
<b>FAMILIA</b>						
<b>10- USTED VIVE?</b>						
Solo	<input type="checkbox"/>					
Con Cónyuge	<input type="checkbox"/>					
Con un Familiar directo	<input type="checkbox"/>					
Amigo	<input type="checkbox"/>					
Vecino	<input type="checkbox"/>					
<b>11-Tiene buena comunicación con su familia?</b>						
	<b>SI</b>	<input type="checkbox"/>	<b>NO</b>	<input type="checkbox"/>		
<b>12-Cuenta con apoyo familiar?</b>						
	<b>SI</b>	<input type="checkbox"/>	<b>NO</b>	<input type="checkbox"/>		
<b>13-Del 1 al 5 como es la relación con su familia?</b>						
	1. MALA	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
	2. MEDIANAMENTE MALA	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
	3. MEDIANAMENTE BUENA	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
	4. BUENA	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
	5.EXCELENTE	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
<b>OBSERVACIONES:</b>						

\*en la pregunta con opción otra/o especifique

\*en caso de responder en la pregunta nº 10 que vive solo no preguntar los siguientes ítems (si vive con conyugue....etc)

\*en caso de responder afirmativamente la pregunta nº 11 se formulara los siguientes ítems 12 y 13.



#### **Anexo IV : Prueba piloto**

La misma se llevo a cabo en el periodo comprendido entre el 11/05/2015 al 16 /05/2015 en centros de salud públicos y privados.  
Con el fin de conocer la percepción de los factores protectores en salud en el adulto mayor de 65 años y más.  
Esto nos permitió realizar modificaciones en el instrumento de recolección de datos en el ítem 10 familia; logrando que las preguntas fueran concisas y claras; enfocándonos de esta manera en nuestro objetivo.  
Se realizo a 12 AM que se encontraban en la sala de espera de los diferentes centros los cuales cumplían con nuestro criterio de inclusión.

Nº de entrevistados: 12 adultos mayores

**Edad:**65-69 años: 3  
70 a 74 años: 4  
75 a 79 años. 5

**Sexo:**Femenino 8 adultos mayores  
Masculino 4 adultos mayores

**Anexo V: Diagrama de Grant:**

Actividades	Mar 14	Abr 14	May 14	Jun 14	Jul 14	Ago. 14	Set 14	Oct 14	Nov 14	Dic 14	En 15	Feb 15	Ma 15	Ab 15	May 15	Jun 15	Jul 15	Ag 15	Set 15	
Tutorías	■	■					■	■	■			■				■	■	■		
Elaboración de protocolo	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■			
Recolección de datos																	■			
Prueba piloto															■	■				
Tabulación y Análisis de datos																	■	■		
Elaboración del Informe final																	■	■	■	
Defensa de TFI																				■



Universidad de la República.  
Facultad de Enfermería.  
Cátedra Comunitaria



### **Anexo VII:Presupuesto:**

<b>Rubro</b>	<b>Total</b>
Alimentos de reuniones grupales	\$ 4000
Boletos	\$ 6000
Fotocopias	\$ 500
Impresiones	\$ 3000
Encuadernación	\$ 500
Comunicación telefónica	\$ 2000
Material papelería	\$ 400
Gastos destinados jornada defensa	\$ 5000
<b>Total</b>	<b>\$ 21.400</b>