

**UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA**

**CARRERA DE ENFERMERÍA**

*Tesis para optar por el grado académico de*

*Licenciatura en Enfermería*

**FACTORES DE RIESGO PARA EL  
DESARROLLO DE ENFERMEDADES DEL  
SISTEMA INMUNE EN ADULTOS MAYORES  
DE LOS HOGARES DE ANCIANOS RICARDO  
SOTO DE VALVERDE VEGAY JOSÉ DEL  
OLMO DE NARANJO EN RELACIÓN CON  
SUS SIGNOS Y SÍNTOMAS, NOVIEMBRE  
2016.**

**INGRID CORRALES JIMÉNEZ**

Febrero, 2017

## Tabla de Contenido

Tabla de Gráficos .....	v
Dedicatoria .....	vii
Agradecimiento .....	viii
<b>CAPÍTULO I MARCO CONTEXTUAL .....</b>	<b>8</b>
<b>1. Planteamiento del problema .....</b>	<b>9</b>
<b>1.1. Antecedentes de la situación.....</b>	<b>9</b>
<b>1.2. Redacción del problema central .....</b>	<b>15</b>
<b>1.2.1. Justificación.....</b>	<b>16</b>
<b>1.2.2. Descripción .....</b>	<b>17</b>
<b>1.2.3. Situación que presenta un debilidad, deficiencia o vacío .....</b>	<b>17</b>
<b>1.2.4. Pregunta de la investigación.....</b>	<b>18</b>
<b>1.3. Objetivos de la investigación.....</b>	<b>18</b>
<b>1.3.1 Objetivo general:.....</b>	<b>18</b>
<b>1.3.2 Objetivos específicos:.....</b>	<b>18</b>
<b>1.4 Alcances y limitaciones .....</b>	<b>19</b>
<b>1.4.1. Alcances .....</b>	<b>19</b>
<b>1.4.2. Limitaciones.....</b>	<b>19</b>
<b>CAPÍTULO II CONTEXTO HISTÓRICO Y TEÓRICO .....</b>	<b>20</b>
<b>2.1 Contexto histórico .....</b>	<b>21</b>
<b>2.1.1 Antecedentes históricos del Hogar de Ancianos Ricardo Soto.....</b>	<b>23</b>
<b>2.1.2. Antecedentes históricos del hogar de Ancianos José del Olmo .....</b>	<b>24</b>
<b>2.2 Contexto Teórico- Conceptual .....</b>	<b>25</b>
<b>2.2.1 Sistema Inmune.....</b>	<b>25</b>
<b>2.2.2 Enfermedades infecciosas.....</b>	<b>27</b>
<b>2.2.3 Enfermedades gastrointestinales:.....</b>	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
<b>2.2.4 Cáncer .....</b>	<b>30</b>
<b>2.2.5 Leucemias y linfomas.....</b>	<b>34</b>
<b>2.2.6 Enfermedades autoinmunes .....</b>	<b>37</b>
<b>2.2.7 Factores de riesgo no modificable.....</b>	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
<b>2.2.8 Población adulta mayor .....</b>	<b>39</b>

<b>CAPÍTULO III PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO .....</b>	<b>46</b>
<b>3.1 Tipo de investigación .....</b>	<b>47</b>
<b>3.2 Unidad de estudio.....</b>	<b>47</b>
<b>3.3 Población y muestra.....</b>	<b>48</b>
<b>3.2.1 Criterios de inclusión.....</b>	<b>48</b>
<b>3.2.2 Criterios de exclusión .....</b>	<b>48</b>
<b>3.2.2 Fuentes de información .....</b>	<b>48</b>
<b>3.2.2.1 Fuentes primarias .....</b>	<b>48</b>
<b>3.2.2.2 Fuentes secundarias .....</b>	<b>49</b>
<b>3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos .....</b>	<b>49</b>
<b>Cuadro de Variables .....</b>	<b>50</b>
<b>CAPÍTULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS .....</b>	<b>57</b>
<b>5.1. Conclusiones .....</b>	<b>80</b>
<b>5.2. Recomendaciones .....</b>	<b>82</b>
<b>Referencias Bibliográficas.....</b>	<b>84</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>87</b>
<b>Anexo 1: Declaración Jurada .....</b>	<b>88</b>
<b>Anexo 2: Carta del Tutor .....</b>	<b>89</b>
<b>Anexo 3: Carta del Lector .....</b>	<b>90</b>
<b>Anexo 4: Carta del filólogo.....</b>	<b>91</b>
<b>Anexo 5: Carta permiso de la universidad autorizando el trabajo.....</b>	<b>92</b>
<b>Anexo 7 Instrumento.....</b>	<b>95</b>
<b>Anexos 8 Egresos hospitalarios de Personas Mayores de 65 años por año según diagnóstico principal. C.C.S.S., 1997-2015.....</b>	<b>100</b>



## TABLA DE GRÁFICOS

No. Gráfico	Titulo	Pág.
Gráfico N° 1	Distribución de adultos mayores según sexo, Hogar de Ancianos Ricardo Soto y José del Olmo, noviembre 2016.....	58
Gráfico N° 2	Distribución de adultos mayores según edad, Hogar de Ancianos Ricardo Soto y José del Olmo, noviembre 2016.....	59
Gráfico N° 3	Distribución de adultos mayores según estado civil, Hogar de Ancianos Ricardo Soto y José del Olmo, noviembre 2016.....	60
Gráfico N° 4	Distribución de adultos mayores según grado académico, Hogar de ancianos Ricardo Soto y José del Olmo, noviembre 2016.....	61
Gráfico N° 5	Distribución de adultos mayores según tiempo de ingreso en los Hogares de Ancianos Ricardo Soto y José del Olmo, Noviembre 2016.....	62
Gráfico N° 6	Distribución de adultos mayores según motivo de ingreso, Hogar de Ancianos Ricardo Soto y José del Olmo, noviembre 2016.....	63
Gráfico N° 7	Distribución de adultos mayores según antecedentes personales, Hogar de Ancianos Ricardo Soto y José del Olmo, noviembre 2016.....	64
Gráfico N° 8	Distribución de adultos mayores según antecedentes familiares, Hogar de Ancianos Ricardo Soto y José del Olmo, noviembre 2016.....	65
Gráfico N° 9	Distribución de adultos mayores según conocimiento sobre el sistema inmune, Hogar de ancianos Ricardo Soto y José del Olmo, noviembre 2016.....	66
Gráfico N° 10	Distribución de adultos mayores según presencia de signos y síntomas, Hogar de Ancianos Ricardo Soto y José del Olmo, noviembre 2016.....	66
Gráfico N° 11	Distribución adultos mayores según percepción de la temperatura ambiental, Hogar de Ancianos Ricardo Soto y José del Olmo, noviembre 2016.....	67
Gráfico ° 12	Distribución de adultos mayores según antecedentes de utilización de cremas contra hongos, Hogar de ancianos Ricardo Soto y José del Olmo, noviembre 2016.....	69

Gráfico N° 13	Distribución de adultos mayores según presencia de signos y síntomas asociados al cáncer, Hogar de Ancianos Ricardo Soto y José del Olmo, noviembre 2016.....	69
Gráfico N° 14	Distribución de adultos mayores según antecedente de diarreas, Hogar de Ancianos Ricardo Soto y José del Olmo, noviembre 2016.....	70
Gráfico N° 15	Distribución de los adultos mayores según presencia de signos y síntomas asociados al cáncer, Hogar de Ancianos Ricardo Soto y José del Olmo, noviembre 2016.....	71
Gráfico N° 16	Distribución de adultos mayores según presencia de signos y síntomas de enfermedades tiroideas, Hogar de Ancianos Ricardo Soto y José del Olmo, noviembre 2016.....	72
Gráfico N° 17	Distribución de adultos mayores según percepción sobre la manipulación de alimentos, Hogar de Ancianos Ricardo Soto y José del Olmo, noviembre 2016.....	74
Gráfico N° 18	Distribución de adultos mayores según riesgos asociados a actividades laborales, Hogar de Ancianos Ricardo Soto y José del Olmo, noviembre 2016.....	74

## **Dedicatoria**

*Este triunfo se lo debo primeramente a Dios, por haberme permitido vivir esta experiencia tan enriquecedora, darme las fuerzas para seguir adelante a pesar de las pruebas y darme salud, sabiduría; además de todo su amor siempre tan incondicional y que continúa bendiciéndome día a día, permitiéndome llegar hasta donde estoy.*

*Gracias a todos,  
Ingrid Corrales Jiménez*

## **Agradecimiento**

*Agradezco a los Hogares de Ancianos Ricardo Soto y José del Olmo, por permitirme realizar esta investigación dentro de sus instituciones, por la atención y cooperación brindada.*

*A mi tutora máster Mary Astúa, gracias verdaderamente por toda su paciencia y por brindarme toda su dedicación para hacer un excelente trabajo.*

*Muchas gracias,  
Ingrid Corrales Jiménez*

**CAPÍTULO I**  
**MARCO CONTEXTUAL**

## **1. Planteamiento del problema**

### **1.1. Antecedentes de la situación**

Previamente se realiza una búsqueda de estudios e investigaciones nacionales e internacionales sobre factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades del sistema inmune en adultos mayores, se encuentran los siguientes trabajos relacionados con el tema.

#### **Estudios Internacionales:**

Según un nuevo informe publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), se prevé que el número de personas de más de 60 años se duplique para el año 2050. Gracias a los avances en medicina se proporciona una esperanza de vida cada vez más prolongada, lo que exigirá importantes cambios en el sistema de salud y en la estructura social.

Actualmente la mayoría de las personas, incluso en los países más pobres, tienen una esperanza de vida más prolongada, sin embargo, esto no es suficiente, se debe velar no solo porque las personas vivan más, sino también porque lo hagan disfrutando de buena salud, plenitud y dignidad. Lo que será positivo tanto para las personas de edad avanzada como para la sociedad en general.

Al contrario de lo que se piensa generalmente, en el informe se concluye que hay muy pocos datos que señalen que las personas envejecan hoy con mejor calidad de vida que las de generaciones anteriores de su misma edad, especialmente en los estatus sociales más desprotegidos.

Si bien es cierto que algunas personas de edad viven más tiempo y con mejor salud, suelen pertenecer a los segmentos más favorecidos de la sociedad. Según Beard, las personas de edad, de entornos desfavorecidos y de países pobres, lo mismo que aquellas con menos oportunidades y recursos, también tendrán probablemente peor salud y mayores necesidades.

En el informe se rechaza el estereotipo según el cual las personas adultas mayores son frágiles y dependientes y se afirma que las numerosas contribuciones que realizan las personas de edad se suelen pasar por alto. Además, se considera que frecuentemente se exagera la presión que el envejecimiento de la población ejercerá sobre la sociedad.(1)

De acuerdo con el estudio que plantea Botero, en el mundo se estima que la población en el 2005 era de 2.936,607 millones de personas mayores de 65 años. Esto equivale al 7% de la población mundial, de los cuales 1.386,537 millones (5%) viven en países en desarrollo. Lo señalado anteriormente rompe, el mito de que ésta era una característica poblacional de los países ricos según el PRB (*Population Referente Bureau*). En Colombia, al igual que en muchos países, está ocurriendo el proceso llamado transición demográfica, que implica las disminuciones porcentuales de la población joven de 0 a 14 años, junto con incrementos en cantidad y en porcentaje de las poblaciones adultas de 15 a 64 años y envejecida de 65 años y más. Así, el índice de envejecimiento (IE) para los mayores de 65 con relación a los de 15 para los años 2014, 2025 y 2050 es de 14, 37 y 80 respectivamente.

De acuerdo con estudios realizados en esta población, éste es un grupo poblacional cada vez más significativo, pero que en términos generales está expuesto a situaciones de iniquidad, asimetría y exclusión social. Lo expuesto se traduce en que su mayor esperanza de vida no se acompaña de

una mejor calidad de vida, sino muchas veces, y particularmente para las mujeres de lo contrario.

(2)

Bustamante menciona que actualmente se observa un aumento de defunciones por patologías crónicas como las neoplasias o tumores malignos, que hacen necesario caracterizar el comportamiento de ellas, principalmente cáncer de pulmón, estómago y próstata en los adultos mayores de la ciudad de Medellín. Estos datos se dieron en el periodo de 2002 al 2006, según características demográficas como sexo, grupo de edad, año de defunción, nivel educativo, estado civil y régimen de seguridad social.

En esa ciudad, las defunciones por cáncer han aumentado en el período de estudio, al pasar de 2382 a 2595; las muertes de los mayores pasaron de representar el 58,3% en el 2002 a 60,6% en el 2006, paralelo con el incremento de dicho poblacional.

El 21% (24.294) de la población adulta mayor en la ciudad de Medellín, murió por cáncer. Este dato resulta importante pues el cáncer es la segunda causa de muerte en la ciudad, superado solamente por las enfermedades del sistema circulatorio como son las enfermedades del corazón, cerebrovasculares, enfermedades hipertensivas, entre otras.(3)

De acuerdo con Torres, en la actualidad en Cuba se encuentra en la cuarta y última fase de la transición demográfica, con niveles muy bajos de fecundidad y mortalidad, y aunque no es el país más envejecido de América Latina, lo será en pocos años, como consecuencia de su desarrollo social y lo avanzado de su transición demográfica.

Las principales causas de muerte en adultos mayores corresponden a afecciones propias de la edad. Las tres primeras causas son: enfermedades del corazón, tumores malignos y las enfermedades cerebrovasculares, que agrupan el 62,5 % del total de las defunciones. En la

población de la tercera edad, los mayores niveles de mortalidad por tumores malignos para ambos sexos, durante el año 2003, correspondieron al localizado en tráquea, bronquios y pulmón, seguidos por el de próstata y colon en el caso de los hombres y en el caso de las mujeres por el de colon y mama.

Según la información suministrada por el Registro Nacional del Cáncer de Cuba, durante el 2001 el número total de casos nuevos de tumores malignos reportados para la población de 60 años y más fue de 17 083 (64,0 % del total del reporte para todas las edades).(4). Lence menciona al respecto, que las proyecciones de las cifras de incidencia de cáncer indican un incremento futuro de estas cifras en todo el mundo. Los cambios más conspicuos en países en vías de desarrollo pueden ser atribuidos en gran parte al envejecimiento de la población.

Este envejecimiento es heterogéneo, se está produciendo a un ritmo más rápido que el registrado históricamente en los países desarrollados. Mientras que la población de Paraguay es aún joven, la de Uruguay está en franco envejecimiento. La transición demográfica hacia el 2020 es más alarmante para Cuba, Puerto Rico, Martinica y Guadalupe, que para el resto de los países, con un incremento porcentual de la población de 65 años y más, superior al 40 %.

Los valores de la razón estandarizada de incidencia por cáncer son superiores al 100 % en los países más envejecidos e inferiores al 100 % en los grupos menos envejecidos, lo que es un reflejo de que el riesgo de enfermar de cáncer guarda una estrecha relación con el envejecimiento de la población.(5)

Leal-Mateos menciona que en algunos países de Europa el cáncer representa la primera causa de muerte en la población. Más del 50% de todos los tipos de cáncer diagnosticados ocurren en la población adulta mayor.(6)

### **Antecedentes Nacionales**

Puga y Rosero, mencionan que se explora la relación entre la red social más próxima al adulto mayor, los vínculos establecidos con otros miembros del hogar y con los hijos, y las condiciones de salud en la vejez, desde una perspectiva internacional comparada. Para ello, se cuenta con evidencias empíricas de una sociedad latinoamericana (costarricense), una sociedad latino-europea (española) y una sociedad anglosajona (británica). Los adultos mayores de los tres países analizados han mostrado modelos de redes familiares claramente diferenciados.

En general se destaca la alta longevidad y el buen estado de salud de los adultos mayores costarricenses, el cual no difiere mucho de la del europeo. La esperanza de vida a los 60 años es muy similar en los tres casos, siendo las adultas mayores españolas y los varones costarricenses los que gozan de una mayor longevidad.

Un escenario muy similar, lo trazan los datos de morbilidad crónica declarada en las encuestas. Entre los varones, son los mayores costarricenses los que presentan un mejor estado de salud en términos de morbilidad crónica. Entre las adultas mayores, las costarricenses son las que presentan una mayor prevalencia de problemas crónicos.

A la alta esperanza de vida y los bajos niveles de problemas crónicos masculinos, se suman bajos niveles de depresión, tanto en el caso de los varones como entre las mujeres mayores costarricenses, que contrastan con los de las poblaciones europeas, especialmente con la de los adultos mayores británicos. A este escenario se suman unos bajos niveles de discapacidad básica, tanto en varones como en mujeres.(7)

Sáenz menciona que la mayor parte de los problemas de la salud en Costa Rica son producto de las enfermedades del sistema circulatorio y el cáncer. Los infartos y la enfermedad isquémica del corazón son las principales causas de muerte para ambos sexos.

La tasa de mortalidad por enfermedades transmisibles se redujo en 7.7% entre 2000 y 2005. La mortalidad por diarreas disminuyó de 3 por 100 000 habitantes en 2000 a 1.3 en 2009. En 2005, se perdieron en Costa Rica 351 368 años de vida saludables (AVISA) por muertes prematuras y discapacidad, para una tasa de 81.2 años por cada 1000 habitantes. (7)

En nuestro país, después de las enfermedades cardiovasculares, el cáncer constituye la segunda causa de muerte general. Además, representa la tercera causa de muerte en los adultos mayores. No se puede afirmar que esta enfermedad es exclusiva de la tercera edad, pero sí se puede afirmar que el envejecimiento influye de forma importante en la aparición de nuevos casos.

En el presente estudio se determinó que para el año 2002, el 61, 8 % de las defunciones por cáncer ocurrieron en la población adulta mayor del país. Este dato es importante ya que a pesar de que en Costa Rica el cáncer ocupa la tercera causa de muerte en las personas mayores de 65 años (únicamente superado por las enfermedades cardiovasculares y las enfermedades crónicas respiratorias) el costo que representa la atención integral de estos pacientes supera considerablemente el gasto destinado para el tratamiento de estos dos últimos grupos de enfermedades.

Los tumores malignos de estómago presentaron la mayor tasa de mortalidad por cáncer en la población masculina menor de 65 años. Sin embargo, en la población adulta mayor esta patología fue relegada a un segundo plano por el cáncer de próstata. Lo anterior, refleja cómo el

patrón de mortalidad por cáncer en los adultos mayores difiere del observado en los otros grupos de edad.(6)

## **1.2 Redacción del problema central**

Los adultos mayores institucionalizados y el personal que labora en los Hogares de Ancianos Ricardo Soto y José del Olmo desconocen la presencia o ausencia de factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades del sistema inmune. Por lo señalado, esta población no tiene acceso a la información necesaria para modificar ciertas conductas de salud que predisponen dichas patologías.

Por esta razón, es de suma importancia determinar los factores de riesgo a que están expuestos estos individuos para el desarrollo de las enfermedades, con el fin de mejorar estilos de vida que impliquen un impacto positivo en su calidad de vida.

### **1.2.1. Justificación**

Esta investigación se realiza dentro de un contexto de relevancia social, ya que se espera que los beneficiados directos sean específicamente los adultos mayores de los Hogares de Ancianos Ricardo Soto y José del Olmo. Lo anterior se logrará, dando a conocer aspectos relacionados con la calidad de vida y prevención de enfermedades por medio de la educación.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), debido al aumento de la esperanza de vida y la disminución de la tasa de fecundidad, la proporción de personas mayores de 60 años está aumentando más rápidamente que cualquier otro grupo de edad en casi todos los países. De esta

forma el envejecimiento de la población puede considerarse un éxito de las políticas de salud pública y el desarrollo socioeconómico, pero también constituye un reto para la sociedad, que debe adaptarse a ello para mejorar al máximo la salud y la capacidad funcional de las personas mayores, así como su participación social y su seguridad.(1)

La presente investigación pretende estimar la prevalencia de factores de riesgo para desarrollar enfermedades del sistema inmune en los adultos mayores, de los Hogares de Ancianos Ricardo Soto y José del Olmo; en relación con los signos y síntomas que presentan los adultos mayores.

Las personas adultas mayores constituyen una población vulnerable debido a características particulares, propensa a recibir malos tratos, abusos de diferentes tipos, y abandono. Estas circunstancias han favorecido el ingreso y permanencia de personas adultas mayores a residencias geriátricas, en donde existen instalaciones especiales y profesionales que proveen habitación, alimentación y ayuda con las actividades cotidianas.

Los adultos mayores son el grupo poblacional con más limitaciones funcionales en cuanto a la propia autonomía, requiriendo atención geriátrica e individual por lo que los factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades del sistema inmune se considera elemento importante por investigar en relación con sus signos y síntomas en adultos mayores, además de características para la prevención en dicha población.

Lewis señala: las infecciones nosocomiales ocurren con mayor frecuencia en los adultos mayores. Para el paciente muy anciano, la frecuencia es de dos a cinco veces mayor que la correspondiente a los individuos más jóvenes. La disminución de la competencia inmunitaria relacionada con la edad, la presencia de condiciones patológicas y el aumento de la invalidez contribuyen a unas tasas de infección más altas.” (3)

Según los egresos hospitalarios de personas mayores de 65 años por año, según diagnóstico principal de la Caja Costarricense de Seguro Social de 1997-2015, las enfermedades infecciosas y parasitarias de mayor prevalencia en Costa Rica refieren a enfermedades infecciosas intestinales, infecciones virales caracterizadas por lesiones de la piel, micosis, tuberculosis y fiebres virales transmitidas por artrópodos entre otras.( Anexo #1)

La importancia del conocimiento de un factor de riesgo permite a la población en estudio, establecer prioridades en cuanto a modificaciones de estilos de vida inadecuados. Por medio de la educación y la aplicación de estrategias de salud, se contribuye a mejorar la calidad de vida de las personas adultas mayores. Disminuir la probabilidad de un evento no deseado y fomentar habilidades personales que constituyen prácticas deseables en poblaciones de riesgo.

### **1.2.2. Descripción**

El tema se desarrolla con base en la necesidad que surge de informar a la población adulta mayor de los Hogares de Ancianos de la comunidad sobre los factores de riesgo de desarrollar una enfermedad del sistema inmune en relación a signos y síntomas. En Costa Rica, los estudios realizados con este tipo de población son escasos, y considerando la importancia del tema y el alcance que se puede lograr a nivel comunitario, la investigación busca lograr ampliar el conocimiento sobre el tema en este tipo de población con el fin de mejorar su calidad de vida.

### **1.2.3. Situación que presenta una debilidad, deficiencia o vacío**

Al realizar la investigación sobre la presencia de factores de riesgo que predisponen de enfermedades del sistema inmune en adultos mayores institucionalizados en los Hogares de

Ancianos Ricardo Soto y José del Olmo, se identifica la carencia de estudios nacionales e internacionales sobre el tema.

#### **1.2.4. Pregunta de la investigación**

¿Cuáles son los factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades del sistema inmune en adultos mayores de los Hogares de Ancianos Ricardo Soto y José del Olmo en relación con sus signos y síntomas?

### **1.3. Objetivos de la investigación**

#### **1.3.1 Objetivo general:**

Determinar los factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades del sistema inmune en adultos mayores institucionalizados en los Hogares de Ancianos Ricardo Soto de Valverde Vega y José del Olmo de Naranjo en relación con sus signos y síntomas, Noviembre 2016.

#### **1.3.2 Objetivos específicos:**

- 1.) Caracterizar sociodemográficamente la población en estudio.
- 2.) Describir los signos y síntomas para el desarrollo de las siguientes enfermedades del sistema inmune: infecciones, cáncer, leucemias y linfomas, enfermedades autoinmunes presentes en los adultos mayores institucionalizados en los Hogares de Ancianos Ricardo Soto y José del Olmo.
- 3.) Analizar los factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades del sistema inmune escogidas para esta investigación, que estén presentes en los adultos mayores institucionalizados en los Hogares de Ancianos Ricardo Soto y José del Olmo.

- 4.) Relacionar los factores de riesgo encontrados con los signos y síntomas presentes en los adultos mayores institucionalizados en los Hogares de Ancianos Ricardo Soto y José del Olmo.

## **1.4 Alcances y limitaciones**

### **1.4.1. Alcances**

En la presente investigación no se obtuvo ningún alcance adicional a los planteados en los objetivos al inicio.

### **1.4.2. Limitaciones**

La principal limitación de la presente investigación es la población estudiada, que por motivo de enfermedad o en casa de familiares no permitió estudiar la cantidad estipulada al plantear la misma.

**CAPÍTULO II**  
**CONTEXTO HISTÓRICO Y TEÓRICO**

## 2.1 Contexto histórico

Los estudios demográficos han señalado que la población adulta mayor se incrementa considerablemente, razón por la cual el tema de envejecimiento cobra cada vez más relevancia a nivel mundial. Según Gutiérrez-Robledo, los ancianos constituyen el grupo más grande de personas beneficiarias de la asistencia social en el mundo entero. En los países desarrollados y en muchos en vías de desarrollo, el número de ancianos institucionalizados se encuentra en constante crecimiento, y aun cuando son todavía minoría dentro de la población sus necesidades de atención son grandes.(8)

Galbán considera que el reto social que el proceso de transición demográfica representa para las naciones, se debe a las grandes necesidades que genera desde el punto de vista económico, biomédico y social. Su repercusión sobre el sistema de salud radica en que son los ancianos los mayores consumidores (relativos o absolutos) de medicamentos y servicios de salud.

De la misma manera que el envejecimiento transforma sustancial y progresivamente la situación de salud individual, también influye sobre la estructura y la dinámica de la familia como célula básica de la sociedad.

El ancestral interés de los humanos por vivir el mayor número de años posible, unido al creciente desarrollo de la ciencia y la técnica, sustentan la tendencia actual que considera que si es importante vivir más años, es esencial que estos transcurran con la mejor calidad de vida posible. “La problemática del anciano adquiere primordial importancia y factor decisivo en las investigaciones médicas y sociales.”(9)

La temática del envejecimiento poblacional y la vejez se instaló como tema de preocupación a nivel universal hace ya más de dos décadas. Desde la realización de la Primera Asamblea

Mundial sobre Envejecimiento a la actualidad, estados y gobiernos vienen sopesando las consecuencias que dicho fenómeno produce en los diferentes escenarios

Costa Rica ha evidenciado una transformación demográfica acelerada en los últimos cincuenta años. Debido a la disminución de las tasas de fecundidad y mortalidad, ha aumentado considerablemente la esperanza de vida. En Costa Rica se considera una persona en el rango de “adulto mayor” a aquella persona a partir de los 65 años, siendo esta definición la más alta de Mesoamérica, donde en general la mayoría de los países la definen a los 60 años. Se debe destacar que el envejecimiento de las personas es distinto al envejecimiento demográfico.

Según Galbán, la condición de fragilidad coloca al adulto mayor en una situación de riesgo de desarrollar, empeorar o perpetuar efectos adversos para su salud, debido a la disminución de su reserva fisiológica. De esta manera se relaciona con mayor riesgo de evolucionar hacia la discapacidad y la dependencia, y en última instancia, hacia la muerte.(9)

Los primeros hogares de ancianos o residencias geriátricas aparecen en Europa en el Siglo XVI destinados a albergar locos, vagabundos, desviados de la ley y viejos. Con el transcurrir del tiempo, ha sido un recurso que la sociedad instrumentó para dar respuesta a diversos problemas planteados por la población que envejece.

Contrario a la creencia popular, que fija como ineludible el destino de los mayores reclusos en instituciones. Estas instituciones están teñidas de tradición y de historia, nacen y se desarrollan bajo concepciones asilares. A mediados del siglo XX, algunas incorporan el concepto de rehabilitación, y a partir de la década de los ochenta, se comienza a pensar en términos de promoción de la salud.

Desde la perspectiva del desarrollo humano, el envejecimiento es un hecho universal. La manera de hacerlo es propia de cada sujeto, es decir, que la uniformidad en la generación de los diferentes servicios. El tratar a los mayores como iguales, significa un reduccionismo que, no solo no contempla la diversidad y heterogeneidad de las personas, sino que en la mayoría de los casos termina rigidizando las normas institucionales y empobreciendo la calidad de los servicios.

### **2.1.1 Antecedentes históricos del Hogar de Ancianos Ricardo Soto**

La Asociación Hogar de Ancianos de Valverde Vega, es una Asociación de Bienestar Social sin fines de lucro. Se fundó el 29 de Noviembre de 1988 gracias a la participación de un grupo de personas de la comunidad de Valverde Vega. Su fin es representar, defender, fortalecer, integrar y promover la ayuda y colaboración a las y los adultos mayores desvalidos del cantón. Se pretende brindar un lugar donde puedan ser acogidos y vivir con el mayor bienestar social que se pueda.

La institución cuenta con un grupo de damas voluntarias, las cuales, por medio de diferentes actividades recaudan fondos para la organización y recreación de la población adulta mayor. La Junta Directiva está conformada por cinco miembros, cuatro vocales, un fiscal propietario y un fiscal suplente; elegidos por la Asamblea General de Asociados que es la máxima autoridad de la asociación.

El hogar cuenta con la colaboración de organización como la Junta de Protección Social, el Consejo Nacional para la Persona Adulta Mayor, el Ministerio de Salud, la Caja Costarricense del Seguro Social, empresas privadas de la comunidad, recolectores, socios y agricultores, quienes solidariamente mes a mes dan una contribución económica. El funcionamiento del

centro se regula por medio del Instituto Mixto de Ayuda Social ( IMAS) y la Contraloría General de la República, también por la Ley 7935 de Protección del Adulto Mayor, Ley de Asociaciones N° 218, Ley de Enriquecimiento ilícito, entre otras.

### **2.1.2 Antecedentes históricos del Hogar de Ancianos José del Olmo**

En 1969, un grupo de ocho mujeres tenía bajo su cuidado el Centro de Nutrición, las cuales ante la situación de personas desvalidas de la comunidad habilitaron un sótano en el Centro de Nutrición. Este era conocido como “Hogar”. Cuando el mismo estuvo habitado se empezó a atender a ancianas, pobres y necesitados.

El Hogar abrió sus puertas el 15 de diciembre de 1969 con 10 ancianas que presentaban problemas sociales y económicos extremos. Seis meses después, ya contaba con 14 mujeres y se incorporaron los primeros varones.

Posteriormente, al tener mayor población, la Junta Administrativa del Colegio María Inmaculada, realizaron las gestiones necesarias para conseguir el permiso para utilizar las nuevas instalaciones en 1970.

Con el paso de los años, el segundo hogar se volvió incómodo. Gracias a la ayuda del gobierno de Oduber, por medio del Lic. Rafael Ángel Rojas, Ministerio de Transportes, la Municipalidad y la comunidad de Naranjo, se empezó a invertir en la planta física del Llamado Colegio Católico. El Hogar de Ancianos se estableció en 1974. Según consta en el libro de registros, con el nombre de ASOCIACION BENÉFICA HOGAR DE ANCIANOS JOSÉ DEL OLMO. La organización se instituyó después de cuatro años y cuatro meses de existir y estar sirviendo a la comunidad.

## **2.2 Contexto Teórico- Conceptual**

### **2.2.1 Sistema Inmune**

Según Cauerhff, la respuesta inmune es la forma en que el cuerpo reconoce y se defiende contra los microorganismos, virus y sustancias reconocidas como extrañas y que son potencialmente perjudiciales para el organismo. El sistema inmunológico protege el organismo de sustancias potencialmente nocivas al reconocer y responder a los así llamados antígenos, los cuales son moléculas grandes que se encuentran en la superficie de las células, virus, hongos o bacterias (1).

De acuerdo con dicho autor, el sistema inmune tiene diversos mecanismos para lograr la defensa del cuerpo en contra de las innumerables sustancias extrañas que se encuentran en el aire que respiramos, en la comida que ingerimos y en las cosas que tocamos.(10)

Durante el proceso de envejecimiento, ocurren cambios en el sistema inmune que afectan su funcionamiento. Estos cambios pueden ocurrir en distintos niveles o momentos, desde la linfopoyesis, hasta la respuesta final del sistema frente a determinada enfermedad.

El deterioro de las funciones del sistema inmunitario como consecuencia del envejecimiento, se denomina inmunosenescencia. Entre las manifestaciones de este deterioro, se identifica la susceptibilidad incrementada a enfermedades infecciosas, cáncer y autoinmunidad. Durante el envejecimiento acumulan defectos genéticos que afectan la inmunidad y su función, por ejemplo: la producción de linfocitos en la médula ósea y en el timo se reduce, disminuye la cantidad de células vírgenes que están disponibles para reponer el repertorio en periferia.

Según Piscoya, se entiende por inmunosenescencia al proceso natural de envejecimiento del sistema inmunitario que se manifiesta por una declinación progresiva de la función inmune que contribuye en forma significativa a la morbilidad y mortalidad, la cual es producida principalmente por enfermedades infecciosas y/o degenerativas en la tercera edad.(11)

Para Piscoya la comprensión de la inmunosenescencia y cómo está afecta al hombre, permite establecer medidas preventivas, de seguimiento y finalmente de inmunointervención para mejorar la calidad de vida de la población senil. (6)

Saavedra señala al respecto, que durante el envejecimiento la respuesta inmune humoral disminuye al ser comparada con la que se genera en individuos jóvenes, tanto cuantitativa como cualitativamente. Varios autores han reportado que se manifiesta reducida especificidad, afinidad y cambio de isotipo en los anticuerpos de los adultos mayores.

Como consecuencia, los ancianos manifiestan pobre protección contra agentes infecciosos con los cuales no se ha tenido experiencia anterior, y respuesta disminuida ante la vacunación.”(12)

Sada menciona que la inmunosenescencia es un proceso complejo que involucra múltiples cambios en los linfocitos lo cual incrementa la incidencia y severidad de las enfermedades infecciosas y algunos tipos de cáncer.(13)

Sada asegura que conforme envejece el ser humano, los procesos inmunológicos que se encargan de preservar la tolerancia inmunitaria pueden fallar, lo cual tiene como resultado el desarrollo de autoinmunidad. Diferentes cambios en el sistema inmunitario innato pueden favorecer el desarrollo de autoinmunidad.

Ésta puede ser fisiológica en el estado de envejecimiento o la manifestación de un proceso patológico de origen autoinmune. Es por este motivo que resulta importante enfatizar que la autoinmunidad no es sinónimo de enfermedad autoinmune. Generalmente, las enfermedades autoinmunes comienzan de manera más temprana en la vida de los individuos.(13)

Ferrando describe que a nivel inmunológico el deterioro biológico asociado al envejecimiento lo favorece y, en consecuencia, el aumento en la incidencia y prevalencia de enfermedades infecciosas y afecciones oncológicas se enfatiza, además de la escasa respuesta a las vacunas.

Entre todos los tipos celulares que componen el sistema inmunitario, los linfocitos T parecen acumular una mayor cantidad de defectos asociados a la edad. Dado que los linfocitos T maduran en el timo, y este sufre un acusado proceso de atrofia asociado a la edad, la involución del timo ha sido propuesta como el desencadenante inicial del deterioro que experimenta la inmunidad.(14)

### **2.2.2 Enfermedades infecciosas**

Las enfermedades gastrointestinales constituyen uno de los principales problemas de salud pública. Se transmiten ya sea por vía fecal-oral, o bien por el consumo de agua y alimentos contaminados. Los agentes patógenos involucrados pueden ser virus, parásitos y bacterias. Los patógenos más comunes son: Salmonella, Shigella y Escherichia coli.

Según Restrepo, se ha conocido cómo los hábitos alimentarios inadecuados se convierten en un factor de riesgo importante de morbilidad y mortalidad, contribuyendo a una mayor predisposición a infecciones y a enfermedades crónicas asociadas con el envejecimiento, lo que disminuye la calidad de vida de este colectivo humano (1)

Por lo tanto, la conservación es uno de los elementos que influyen en la calidad sanitaria de los alimentos a lo largo de la cadena alimentaria. Las enfermedades transmitidas por los alimentos tienen una alta incidencia en Costa Rica.

García, menciona al respecto que “Una correcta higiene de los alimentos está determinada “por multitud de factores: condiciones de obtención de los mismos, características de los medios empleados para su transporte, temperaturas y condiciones de conservación, estructura de los locales donde se manipulan los alimentos, etc., destacando entre todos ellos la higiene de las prácticas de los manipuladores de alimentos.

Entre los comedores colectivos existe un grupo al que se califica como "de alto riesgo", que son aquellos en los que se sirve comida a grupos de personas especialmente susceptibles de sufrir toxiinfecciones alimentarias graves, como son los niños y los ancianos.”(8)

Los comedores comunes pueden transmitir patógenos de persona a persona y particularmente, ser fuente de infecciones gastrointestinales. Los alimentos preparados en comedores colectivos de alto riesgo, deben analizar las causas de dicha contaminación y mejorar la situación sanitaria de los establecimientos.

Según Moreno, el principal factor que interviene en el origen y prevención de las enfermedades transmitidas por los alimentos es la higiene alimentaria. Dichas enfermedades son causadas por la ingestión de alimentos o agua contaminados con microorganismos patógenos ocasionando una infección o por la ingestión de alimentos contaminados con toxinas. (9)

Raymundo afirma al respecto que el cuadro clínico se va a presentar de acuerdo con el grado de infestación; la anorexia, mal absorción, y diarreas son más comunes en individuos altamente parasitados. (2)

Por otra parte, la micosis es otra de las enfermedades infecciosas las cuales el adulto mayor puede adquirir, Centeno describe, “las micosis superficiales como enfermedades producidas por hongos que afectan tejidos queratinizados, como la capa córnea de piel, pelos y uñas, así como las mucosas.

El hongo puede tener escasa respuesta inflamatoria, provocando un problema fundamentalmente estético, o bien una respuesta aguda o crónica, en otros casos, puede producir reacciones alérgicas. Los gérmenes productores de estas afecciones son, oportunistas; por tanto, aparecen con una alta frecuencia entre diabéticos, pacientes con SIDA, cáncer o cualquier otra afección debilitante y crónica.”(4)

Las micosis superficiales constituyen una patología prevalente. Son producidas por dos grandes grupos de hongos: las levaduras y los dermatofitos (tiñas). Las primeras ocurren por una alteración de la microbiota que lleva a una proliferación del hongo y las segundas son infecciones exógenas en que el contagio está dado por transmisión de un animal u otra persona. (5)

Dentro de los factores de riesgo se encuentra el clima. Mejía menciona que las infecciones fúngicas son más frecuentes en el clima caliente y húmedo que hace que sea más fácil el crecimiento y la diseminación de los hongos. La forma de presentación varía de acuerdo con el estado inmune del paciente (el cual depende a su vez de la edad y el género), la localización anatómica de la infección y la virulencia de la cepa o especie infectante. (6)

Otro factor de riesgo son las terapias inmunosupresoras y de enfermedades como el virus de la inmunodeficiencia humana, Hernández considera al respecto, que cuando el VIH produce una disminución de CD4. los agentes micóticos encuentran las condiciones inmunes adecuadas para

invadir los tejidos, las infecciones fúngicas son una consecuencia común en este tipo de pacientes. (7)

Así mismo el incremento de la resistencia secundaria al uso indiscriminado de agentes anti fúngicos propicia el riesgo de aparición de cepas resistentes en hongos causantes de micosis sistémicas, como ya se había demostrado, y también en agentes de micosis superficiales como las onicomycosis. (7)

Humbría, sugiere que las personas con diabetes mellitus son susceptibles a las infecciones de origen fúngico, postulándose que las posibles causas del incremento de la prevalencia de las mismas estarían relacionadas con alteraciones de la respuesta inmunitaria. (8)

Los signos más destacados son zonas de alopecia y con escamas, en ocasiones con pústulas y costras, pequeños abscesos foliculares en la zona de la barba y el bigote. Las lesiones son circulares con bordes enrojecidos y escamosos, que producen picor con creciendo hacia fuera y distintas formas con inflamación variable.

### **2.2.3 Cáncer**

Específicamente el cáncer gástrico, cuya incidencia aumenta de manera exponencial conforme se incrementa la edad, el 60% de todos los casos de cáncer que se observan en un año se presentan en adultos de más de 65 años de edad. El deterioro en la función inmunitaria, junto con la pérdida de genes supresores de tumores, se ha propuesto como una de las principales causas asociadas con dicho fenómeno. No obstante, existe poca evidencia que demuestre una relación causa-efecto entre la inmunosenescencia y la presencia de malignidad.

Como parte del sistema inmunitario innato, las células NK juegan un papel importante inhibiendo el crecimiento tumoral y metastásico. Se ha demostrado que la reducción en la actividad citotóxica de las células NK de pacientes con cáncer gástrico correlaciona con el volumen tumoral, la actividad metastásica y el pobre pronóstico a corto plazo.”(1)

Para Regino, a nivel mundial, el cáncer gástrico es la segunda causa más frecuente de muerte por cáncer y como resultado del crecimiento y envejecimiento de la población, se estimó que en el 2010, hubo un millón de casos nuevos, la mayoría de los cuales, como en la actualidad, se producirán en los países económicamente menos desarrollados. (2)

La supervivencia de los pacientes con cáncer gástrico es muy baja, tanto en los países industrializados como en los que están en vías de desarrollo, debido a que la mayoría de los casos se diagnostica en etapas avanzadas, cuando la probabilidad de curación es muy reducida.

Dentro de los factores de riesgo del cáncer de estómago destaca la presencia de *Helicobacter pylori*: “la principal causa de gastritis crónica, úlceras pépticas y el principal factor de riesgo para el desarrollo de cáncer gástrico. La infección se adquiere, en la mayoría de los casos, en la infancia, y es capaz de permanecer en el hospedero toda la vida.

Se ha postulado que las enfermedades gástricas, asociadas con la infección por *H. pylori* se deben principalmente a una inapropiada regulación de la respuesta inmune. Se sospecha que el resultado final de la infección está determinado por la extensión y severidad de la inflamación gástrica, la cual depende de interacciones complejas entre la edad en que fue adquirida la infección, los mecanismos de respuesta inmune del huésped, la virulencia de la bacteria y la dieta.”(3)

Actualmente se considera que dicho patógeno es el responsable de más del 90% del cáncer gástrico. Aunque no es un factor suficiente, ya que solo una minoría de los infectados tendrán cáncer gástrico. Hoy día ya no se discute la asociación causal de esta infección, sino los mecanismos por los cuales se genera el cáncer gástrico y cómo se identifica a los individuos con mayor riesgo.

Otro factor de riesgo lo constituye la dieta, Regino menciona que múltiples estudios observacionales han examinado la asociación entre el consumo de frutas y vegetales y el riesgo de cáncer gástrico. Algunos han encontrado que las frutas frescas, vitamina C y betacarotenos, se asocian a menor riesgo de cáncer gástrico. (4)

La menor ingesta de ese tipo de alimentos o los niveles séricos bajos de beta-carotenos, tocoferoles, y vitamina C, están correlacionados con la aparición del cáncer gástrico.

Por otra parte la historia familiar, de acuerdo con Sierraque, sostiene: “el riesgo de padecer cáncer gástrico es mayor en personas con una historia familiar positiva de cáncer gástrico. Esta disposición puede ser el resultado de factores genéticos ambientales. También se ha demostrado que la prevalencia de metaplasia intestinal y de gastritis atrófica e hipoclorhidria es significativamente mayor en familiares de pacientes con cáncer gástrico, infectados por *H. pylori*, que en controles también infectados.”(3)

En cuanto a signos y síntomas, Romero menciona que se debe tener en cuenta que la gastritis, especialmente en sus formas severas, acompaña a las lesiones malignas, considerándosele como un precursor o más bien como una condición importante para el desarrollo de la enfermedad. (5)

Además, la mayoría de las personas con cáncer experimenta pérdida de peso en algún momento, especialmente sin razón aparente. Se considera señal de alarma si ronda los 5 kilos y se produce

de forma no esperada. Asimismo, también puede presentarse pérdida de apetito, cambio en el sentido del gusto o el olfato. La falta de apetito puede empeorarse debido a la dificultad para tragar el alimento, depresión, dolor o náuseas o vómitos.

En cuanto al cáncer de piel en Costa Rica, entre 1997 y Noviembre 2008, el cáncer de piel afectó a 5507 costarricenses, según datos de la Caja Costarricense de Seguro Social. Esa misma institución también dio a conocer que en el 2009, se diagnosticaron 409 personas con tumores de piel, es decir, al menos una por día.

Montenegro considera que: “Producto del propio proceso de envejecimiento, los adultos mayores son susceptibles de sufrir una serie de desórdenes dermatológicos y la incidencia de enfermedades como el cáncer de la piel, que se eleva considerablemente en la senectud.

El cáncer de la piel es el más frecuente de todos. Se estima que anualmente se diagnostican de 300 000 a 500 000 casos nuevos en el mundo, a pesar de prevenirse, tanto por cambios en el modo de vida, así como por la detección temprana de lesiones precancerosas de la piel.”(15)

Rodríguez menciona que el incremento actual en la incidencia del cáncer cutáneo, puede ser la consecuencia del aumento de la longevidad de la población, de la agresividad del medio ambiente contra la piel y de un estilo moderno de vida con nuevos patrones de belleza que someten la piel a la exposición solar exagerada. (16)

Los factores de riesgo más importantes asociados al cáncer de piel son la Historia de quemaduras solares, Dagatti plantea que se ha atribuido el aumento de la incidencia de cáncer de piel al incremento de la exposición solar. Esta patología se ha manifestado principalmente en cabeza y cuello, zonas siempre más expuestas a la radiación solar.(17)

La radiación ultravioleta, de acuerdo con Madera: “es el principal factor de riesgo en el desarrollo del cáncer de piel. En las últimas décadas se ha producido un cambio en los estilos de vida que conlleva mayores exposiciones a la radiación ultravioleta, lo que unido a un mayor envejecimiento de la población aumenta el riesgo de desarrollar cáncer de piel.”(18)

La radiación solar puede actuar como un iniciador, un promotor, un cocarcinógeno y un agente inmunosupresor. Existen criterios recientes que comprueban de que la luz ultravioleta puede ser capaz de activar virosis y tiene efectos inmunológicos que pudieran exacerbar enfermedades infecciosas y es preocupante la posibilidad de que la exposición ultravioleta pudiera activar el virus de inmunodeficiencia humana y que acelere el inicio del SIDA.(16)

Las lesiones anteriores, es decir, las personas con piel lesionada, como una cicatriz o quemadura importante, pueden correr un mayor riesgo de desarrollar cáncer de piel también.

En cuanto al diagnóstico, la señal más importante para el cáncer de piel es la aparición de un lunar nuevo en la piel o uno existente que haya cambiado en tamaño, forma o color así como cambios en la superficie de un lunar (descamación, exudación, sangrado, o la apariencia de una protuberancia o nódulo).

#### **2.2.4 Leucemias y linfomas**

Según Roldán: “Aunque ningún grupo de edad es inmune al desarrollo de Leucemia aguda, la mayoría de los pacientes con esta enfermedad son ancianos. Se señala un mayor número de enfermos a partir de la sexta década de la vida, debido probablemente al deterioro del sistema inmune, sobre todo de la inmunidad celular, en particular la disminución de la actividad de las

células citotóxicas naturales (NK), las cuales tienen una importante función en la defensa del huésped contra el cáncer, lo que se ha relacionado con la mayor incidencia de neoplasias en edades geriátricas” (6)

Se destaca que en los ancianos existen diferencias biológicas particulares con respecto al paciente joven, las cuales le confieren un peor pronóstico al estar relacionadas con una respuesta pobre a la quimioterapia.

Suárez describe: “en el proceso de envejecimiento ocurren cambios estructurales y funcionales que conducen a la disminución en la capacidad de reserva de muchos sistemas. De esta forma se producen cambios bioquímicos en las enzimas cerebrales; disfunción hepática, renal e inmunológica con aumento de las citoquina, disminución del flujo sanguíneo cerebral y renal; de la capacidad funcional pulmonar, de la función cardiovascular y de la capacidad visual, auditiva y olfatoria.

Estos cambios fisiológicos hacen que la terapéutica de inducción sea menos tolerada, haya mayor riesgo a las infecciones, como consecuencia de la mielosupresión prolongada y que se incremente la mortalidad relacionada con el tratamiento.”(7)

Ese mismo autor afirma: “La Leucemia aguda diagnosticada en pacientes ancianos difiere de la diagnosticada en pacientes jóvenes, no solamente en cuanto a características específicas de la enfermedad, sino también en características relacionadas con la edad, como son: cambios fisiológicos en el funcionamiento de los órganos, disminución en la habilidad de reacción al estrés, dependencia en las actividades diarias, existencia de otras enfermedades concomitantes, la necesidad de tomar drogas para estas enfermedades y la reducida expectativa de vida.”(6)

Los factores de riesgo que predisponen la leucemia son:

- a) Exposiciones a radiaciones ionizantes: las radiaciones ionizantes son utilizadas como tratamiento de tumores localizados y algunos sistemáticos, aunque también tienen efecto cancerígeno, la exposición puede ser profesional o accidental, la incidencia de leucemia aumenta 20 veces.
- b) Exposiciones a sustancias químicas: tareas agrícolas, de soldadura, de industria maderera, así como por el uso de pesticidas, plaguicidas, tintes de cabello y solventes.
- c) Supresión del sistema inmunológico: tratamientos intensivos para la supresión del sistema inmunológico principalmente en trasplantes de órganos poseen un riesgo mayor de desarrollar ciertos cánceres, como linfoma y leucemia.
- d) Dentro de la presentación clínica destaca la astenia, que es un síntoma con una elevada incidencia en pacientes con cáncer. Es un fenómeno multifactorial que deteriora la calidad de vida del paciente, con repercusiones físicas, psicológicas, sociales y laborales. Suele preocupar al enfermo, incluso más que el dolor.
- e) La anemia hemolítica autoinmune se produce como resultado en la disminución de la vida del eritrocito por mecanismos inmunológicos e incremento de la hemólisis, que en condiciones normales es de 1 %. Responde a mecanismos inmunes, ya que la destrucción está mediada por una reacción antígeno-anticuerpo.
- f) Otro síntoma es un cuadro febril de más de dos semanas de duración, asociado a la presencia de adenopatías, hepatomegalia y/o esplenomegalia, astenia, anorexia y dolores óseos. El hallazgo de fiebre en la leucemia puede deberse al propio tumor, por la liberación de sustancias pirógenas de los blastos, pero obliga siempre a descartar la presencia concomitante de infecciones asociadas.

## 2.2.5. Enfermedades Autoinmunes

### Tiroiditis autoinmune

De acuerdo con Quesada, las enfermedades del tiroides se sitúan entre las primeras causas de atención en endocrinología. El mecanismo patogénico más frecuente es el desarrollo de autoanticuerpos contra la glándula tiroides. Dentro de este grupo, la tiroiditis crónica de Hashimoto (TH) ocupa un papel relevante, por ser la más frecuente y la primera causa de hipotiroidismo con bocio en zonas con adecuada ingesta de yodo. (8)

Según Cuéllar: “Las enfermedades tiroideas autoinmunes afectan de 2 a 4 % de las mujeres y 1% de los hombres. Ambos se caracterizan por infiltración de la glándula tiroidea por linfocitos T y B reactivos a antígenos tiroideos y por la producción de anticuerpos antitiroideos que de acuerdo con el tipo desarrollan enfermedad de Graves o tiroiditis de Hashimoto. La causa es parcialmente conocida, una combinación de susceptibilidad genética y factores ambientales que rompen la tolerancia inmunológica. (8)

En el adulto mayor, la ingesta de medicamentos para enfermedades no-tiroideas, pueden afectar los niveles de hormonas, como glucocorticoides, amiodarona y propranolol entre otros. De ahí que la valoración de la función tiroidea debe considerar este hecho. Por otra parte, en el adulto mayor sano la producción de T4 disminuye aproximadamente 25%, pero los niveles séricos permanecen inalterables, puesto que también disminuye la depuración de la hormona.

En relación con los factores de riesgo, Quesada plantea que en la literatura existe una fuerte asociación de los antígenos de histocompatibilidad HLA-DR5 y HLA-B8, que respalda la predisposición genética y la frecuencia en varias personas de una misma familia, e incluso la posibilidad de asociarse con otras enfermedades autoinmunes.(9)

Dentro de los principales síntomas destaca el Bocio. De acuerdo con Cuéllar, el bocio es de dimensiones variables, en la mayor parte de los casos, es pequeño, de una consistencia ahulada. En ocasiones alcanza grandes dimensiones, incluso puede producir datos de compresión a estructuras. Para todas las enfermedades existen factores de riesgo no modificables, los cuales como su nombre lo indica, no se pueden modificar, dentro de ellos se encuentra la edad.

El envejecimiento es un proceso multifactorial que tiene lugar durante la última etapa del ciclo vital y que se caracteriza por la disminución progresiva de la capacidad funcional en todos los tejidos y órganos del cuerpo, y de la consiguiente habilidad de ajustarse a estímulos ambientales.

Según Marinovic: “el envejecimiento se asocia a una serie de cambios en el sistema inmune del individuo, que en conjunto se conocen como inmunosenescencia. La inmunosenescencia se define como un estado de disregulación del sistema inmune que se manifiesta en una menor capacidad de respuesta inmunológica, sin constituir una inmunodeficiencia propiamente tal. Esta se caracteriza por una declinación gradual de la respuesta inmune celular y humoral, estrechándose especialmente el espectro funcional de ésta, lo que se expresa en un aumento de las tasas de morbilidad y mortalidad por infecciones, neoplasias y fenómenos autoinmunes.”  
(19)

Al relacionar la edad con el nivel de autocuidado se puede ver que el déficit cognoscitivo-perceptivo tiene un comportamiento superior en las edades comprendidas entre 60 y 69 años, en los mayores de 80 años se evidencia un aumento en el déficit parcial y total en comparación con las edades precedentes, esto demuestra que los adultos mayores tienen un alto grado de independencia, condición que van perdiendo solo a edad muy avanzada, observándose que a mayor edad el individuo va perdiendo las capacidades de autocuidado. Se logra observar que la

edad avanzada es un factor condicionante para la pérdida de sus capacidades de autocuidado, por lo que el adulto de mayor edad muchas veces necesita de otras personas para satisfacer sus necesidades básicas.

Como segundo factor no modificable, se encuentra el sexo. Según Shoenfeld: “hay enfermedades autoinmunes que prevalecen mayoritariamente en mujeres. Por ejemplo, lupus o esclerodermia prevalecen unas veinte veces más en mujeres que en hombres, debido a que hay una disminución de estrógeno, hormona sexual, que hace que el sistema inmune trabaje más fuertemente en las mujeres. Si tienen una infección, las mujeres se recuperan más rápidamente que los hombres. Pero, ante un ataque autoinmune los efectos son más fuertes en las mujeres que en los hombres.”(20)

El sexo femenino siempre considerado como sexo débil, ha estereotipado a la mujer como cuidadora de la salud de su familia, pudiéndose considerar que también cuida adecuadamente de su propia salud. Sin embargo, se evidencian diferencias en el nivel de autocuidado entre hombres y mujeres, es decir, que la mujer aunque se dedique más que el hombre a cuidar de su familia, cuando se trata de cuidarse ella, no lo hace mejor o más adecuadamente que su compañero, pues esta actividad no la incorpora a su proyecto de vida y no la percibe como una autorresponsabilidad necesaria para mantener su salud y bienestar.

### **2.2.7 Población adulta mayor**

Los estudios demográficos han señalado que la población adulta mayor se incrementa día con día hasta cifras nunca antes encontradas, por lo que el tema de envejecimiento cobra cada vez más importancia a nivel mundial.

Según Gutiérrez: “La gran mayoría de los ancianos son funcionales e independientes; sin embargo, los ancianos dependientes, aun cuando son minoría, absorben una porción significativa de los gastos en salud y requieren frecuentemente de cuidados prolongados, administrados por personal experimentado. Ellos tienen alto riesgo de institucionalización en asilos de estancia prolongada, donde las condiciones óptimas son difícilmente alcanzadas y por tanto su evolución suele ser desfavorable.”(4)

Peláez señala que el envejecimiento es un proceso natural y la longevidad es un objetivo natural y deseable en cualquier sociedad. Sin embargo, el envejecimiento representa también un factor de riesgo para la funcionalidad normal del organismo y de muchas enfermedades.

Dorothea Orem, en su teoría del déficit de autocuidado, considera el funcionamiento o funcionalidad como parte de la definición de salud, y el autocuidado, como una función humana reguladora aprendida que debe aplicar cada individuo en forma deliberada y continua a través del tiempo, con el fin de mantener su vida, estado de salud, desarrollo y bienestar.(21)

La acumulación de características asociadas al envejecimiento define un umbral, el cual una vez traspasado, tiende a aumentar la propensión a la pérdida de las capacidades funcionales debido a la edad. Sin embargo, no toda la gente envejece de la misma manera. Está bien documentado que la calidad de vida y la funcionalidad en la vejez están relacionadas con las características personales y el estilo de vida, los recursos de la sociedad y el medio ambiente al que se está expuesto.(22)

Ferrada destaca que en la actualidad, un importante número de adultos mayores mantienen sus capacidades físicas y mentales plenamente funcionales. Frente a esta realidad, es importante que se adopten las recomendaciones establecidas en la Segunda Asamblea Mundial sobre el

Envejecimiento realizada en Madrid el año 2002, donde se promueve la habilitación de las personas de edad para que participen plena y eficazmente en la vida económica, política y social de sus sociedades.

En una sociedad para todas las edades, las personas mayores deben tener la oportunidad de seguir contribuyendo a la sociedad.(23). Marín, sostiene: “los individuos más ancianos aumentan cada vez con más rapidez y que concentran aquellos con más limitaciones funcionales que afectan su independencia en el diario vivir, por lo que requieren una valoración geriátrica integral y asistencia especial.

El envejecimiento influye en todas las estructuras de la sociedad y produce una necesidad de servicios de cuidado adecuado para los adultos mayores. Hasta ahora, el interés de los gobiernos por desarrollar servicios médicos para el adulto mayor ha sido lento y escaso. Se tiende a decir que el problema del anciano es social y se desestiman los informes que señalan que los tres problemas más relevantes para ellos, según importancia, son: mala salud, soledad y pobreza(24).

Al parecer la presencia de enfermedad condiciona en los individuos una percepción diferente de su estado de salud, probablemente relacionada con el acceso a los servicios de salud y por ende a la información recibida sobre su enfermedad, una posible explicación es que las personas que se perciben sanas no consideren necesaria la posibilidad de desarrollar sus capacidades de autocuidado, el factor que más influye positivamente en el desarrollo de estas capacidades y habilidades en una persona adulta es la alteración percibida de su estado de salud.

El envejecimiento poblacional representa un logro social importante, y que pese a ser un país en vías de desarrollo, debe ajustar y fortalecer las estructuras sociales, políticas, económicas, culturales, familiares y comunitarias para responder a este particular comportamiento.

#### **4. Teorizante de Enfermería**

La teorizante seleccionada para la presente investigación es la de Dorothea Orem. Nacida el 15 de julio de 1914, Orem se crio en Baltimore, Maryland, en un cómodo entorno de clase media. Antes de graduarse de la escuela secundaria, sabía que su vida estaría dedicada al servicio de los demás. Aunque consideró brevemente cada una, la de ser monja o una maestra, se optó en lugar de perseguir la enfermería.

Después de trabajar como enfermera durante varios años, se convirtió en la directora de la Escuela de Enfermería del Hospital Providence en Detroit, Michigan. Allí trabajó en las ciencias biológicas y la enfermería desde 1945 a 1948. Decidida a desarrollar programas de enseñanza que coincidan con lo que ella había observado como una enfermera practicante, Orem trabajó como consultor en el plan de estudios de enfermería durante más de una década, trabajando con hospitales y escuelas de todo el país. (24)

Dorothea Orem desarrolló el déficit de autocuidado, teoría de enfermería, a veces conocido simplemente como el autocuidado o la teoría de Orem modelo de enfermería, que ha redefinido el papel de las enfermeras en el cuidado de la salud, sugiriendo que cuando una persona sana

anteriormente se convierte en un paciente, las enfermeras deben abordar las deficiencias en la capacidad del paciente para cuidar de sí mismos y de su propia salud.

Orem presenta la "Teoría de enfermería del déficit de autocuidado" como una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas:

- a) La teoría de autocuidado, que describe el porqué y el cómo las personas cuidan de sí mismas,
- b) La teoría de déficit de autocuidado, que describe y explica cómo la enfermería puede ayudar a la gente, y
- c) La teoría de sistemas de enfermería, que describe y explica las relaciones que hay que mantener. (21)

La presente investigación toma como apoyo la teoría de Orem, como una guía que permite facilitar el desarrollo de estrategias integrales, para promover un adecuado autocuidado por parte de los pacientes que están institucionalizados en los hogares de ancianos Ricardo Soto y José del Olmo, a partir de las conclusiones obtenidas.

La enfermería, desde sus inicios, se ha considerado como un producto social vinculado al arte de cuidar, por lo que responde a la necesidad de ayudar a las personas, cuando estas no tienen capacidad suficiente para proporcionarse a sí misma o a las personas, que dependen de ellas, la calidad y cantidad de cuidados para mantener la vida, identificando los problemas de salud y las necesidades reales y/o potenciales de la persona.(25)

El autocuidado se debe incentivar luego de identificar las carencias en la persona, que pueden ser por enfermedad, y en caso de personas sanas deberse a debilidad en alguna de las siguientes tres áreas: habilidades, conocimiento o motivación.

Por tal motivo, en la investigación se toma en cuenta una población con necesidades de autocuidado de la salud específico para su condición. Las actividades de autocuidado son intencionadas y se realizan de forma deliberada, pero requieren de educación constante, retroalimentación, adecuación personalizada según las características de cada persona.

**CAPÍTULO III**  
**PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO**

### **3.1 Tipo de Investigación**

El enfoque utilizado en la investigación es de tipo cuantitativo, debido a que la recolección y análisis de los datos se realiza de manera objetiva, y sus resultados se representan mediante números por medio de métodos estadísticos

El presente estudio es de alcance descriptivo, busca especificar perfiles de grupos, procesos, fenómenos y someterlos al posterior análisis. La idea es recopilar información respecto a las variables en forma conjunta o independiente, pero no es el objetivo mostrar cómo se relacionan las variables entre sí.

Este estudio es de diseño transeccional no experimental, porque permite recopilar la información directamente de la realidad. El investigador no manipula deliberadamente las variables para conseguir un efecto de una sobre la otra. Además, no se pretende crear una situación específica, sino más bien se pretende el estudio de las variables en su realidad, sin ser alterada.

### **3.2 Unidad de Estudio**

El estudio está dirigido a adultos mayores de 65 años y más, que cuentan con las facultades psicológicas idóneas para proporcionar la requerida información de forma directa, independientemente del sexo. Al ser un estudio descriptivo, se desarrolla un conjunto de acciones con el fin de conocer los factores de riesgo de los adultos mayores residentes en los Hogares de Ancianos Ricardo Soto y José del Olmo.

### **3.3 Población y muestra**

Para la presente investigación se utiliza un total de 106 Adultos mayores, 66 institucionalizados en el Hogar de Ancianos José del Olmo y 40 del Hogar de Ancianos Ricardo Soto García. Se trabaja con el total de la población, por lo tanto no hay muestra.

#### **3.2.1 Criterios de inclusión**

Se incluyen usuarios que deben cumplir con los siguientes criterios para ser elegibles:

- Adultos mayores de 65 años y más.
- Adultos mayores institucionalizados en el Hogar de Ancianos Ricardo Soto y José del Olmo.

#### **3.2.2 Criterios de exclusión**

Se excluyen los usuarios con las siguientes características

- No estar presente en el Hogar de Ancianos Ricardo Soto o José del Olmo al momento de pasar el instrumento.
- No ubicarse en el grupo etario considerado.

#### **3.2.2 Fuentes de información**

##### **3.2.2.1 Fuentes primarias**

Se realiza una investigación con los datos recolectados directamente de adultos mayores institucionalizados en los Hogares de Ancianos Ricardo Soto y José del Olmo en Setiembre, 2016

### **3.2.2.2 Fuentes secundarias**

Se realiza investigación bibliográfica en la Biblioteca de la Universidad Hispanoamericana. Además, se consulta en biblioteca virtual y búsqueda académicos como EBSCO.

Otras de las fuentes secundarias con las que cuenta este proyecto se encuentran la literatura consultada que incluye libros, artículos científicos recientes, revistas y sitios de internet.

### **3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

La recolección de los datos obtenidos, se da por medio de la aplicación de un cuestionario de forma personal. Consta de 25 preguntas que está compuesto de apartados.

Al realizar la investigación, se entrevistaron 89 usuarios, 42 participantes de sexo femenino y 47 participantes masculinos, 17 adultos mayores menos de los programados, ya que por diferentes circunstancias, en el momento de pasar el instrumento no se encontraban disponibles.

## Cuadro de Variables

Objetivo	Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensión	Indicadores	Definición Instrumental
1. Caracterizar socio demográficamente la población en estudio.	Características sociodemográficas	Conjunto de características biológicas, socioeconómicas o culturales que están presentes en la población sujeta a estudio, tomando aquellas que puedan ser medibles.(19)	Las características de importancia para esta investigación son aquellas que pueden ser medibles y susceptibles al análisis democrático.  Grupo etáreo de los Hogares de ancianos Ricardo Soto y José del Olmo que por fecha de nacimiento tienen más de 65 años de edad.	Social Corporal	Sexo	Pregunta 2
					Años cumplidos	Pregunta 3
1. Caracterizar	Adulto mayor	Toda persona de 65 años o más, la cual se encuentra en una etapa con presencia de deficiencias funcionales, como resultado			Estado Civil	Pregunta 4
					Número de hijos	Pregunta 5
					Escolaridad	Pregunta 6
					Pensión	Pregunta 7
					Tiempo institucionalizados	Pregunta 8
					Motivo de institucionalización	Pregunta 9
					Patologías crónicas	Pregunta 10
					Antecedentes familiares	Pregunta 11

socio demográficamente la población en estudio.		de cambios biológicos, psicológicos y sociales, condicionados por aspectos genéticos, estilos de vida y factores ambientales.”(10)				
2.Describir los signos y síntomas para el desarrollo de las siguientes enfermedades del sistema inmune: infecciones, cáncer, leucemias y linfomas y enfermedades autoinmunes presentes en los adultos mayores de los Hogares de Ancianos Ricardo Soto y José del Olmo	Signos y síntomas de las enfermedades infecciosas intestinales y en piel, cáncer, leucemias y linfomas y enfermedades autoinmunes	“la respuesta inmune es la forma en que el cuerpo reconoce y se defiende así mismo contra los microorganismos, virus y sustancias reconocidas como extrañas	El sistema inmunológico es la defensa del cuerpo ante organismos infecciosos y otros invasores que causan enfermedades infecciosas, cáncer, leucemias y linfomas y enfermedades autoinmunes en los adultos mayores de los	Social Contaminación	Definición Enfermedades infecciosas intestinales: Anorexia, mal absorción y diarrea. Enfermedad infecciosas en piel: Micosis: zonas sin pelo y con escamas, a veces con pústulas y costras, pequeños abscesos	Pregunta 12 Pregunta 13 Pregunta 14 Pregunta 15

		y que son potencialmente perjudiciales para el organismo”(4)	Hogares de Ancianos Ricardo Soto y José del Olmo		foliculares Cáncer Gástrico: gastritis, pérdida de peso inexplicable y pérdida de apetito. Cáncer de piel: Lunares Leucemias y linfomas: astenia, anemia hemolítica autoinmune y fiebre.	
3Analizar los factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades del sistema inmune escogidas para esta investigación, que estén presentes en los adultos mayores	Factores de riesgo	“(…) cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión”(11)	Situación donde aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad.	Modi fica bles	Enfermedades infecciosas intestinales: Manipulación de alimentos Micosis: Clima terapias inmunosupresoras y de enfermedades	Pregunta 16 Pregunta 17 Pregunta 18 Pregunta 19 Pregunta 20

<p>institucionalizado s en los hogares de Ancianos Ricardo Soto y José del Olmo.</p>				<p>como el VIH Diabetes mellitus. Cáncer Gástrico Helicobacter pylori, dieta e historia familiar. Cáncer de piel: Exposición a radiación ultravioleta, lesiones anteriores. Leucemias y linfomas: Exposición a radiaciones ionizantes, exposición a sustancias químicas y supresión de</p>	
------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

					sistema inmunológico. Tiroiditis autoinmune: Antecedentes familiares de enfermedad	Pregunta 2 Pregunta 3
				No modif icable s	tiroidea. Sexo Edad	

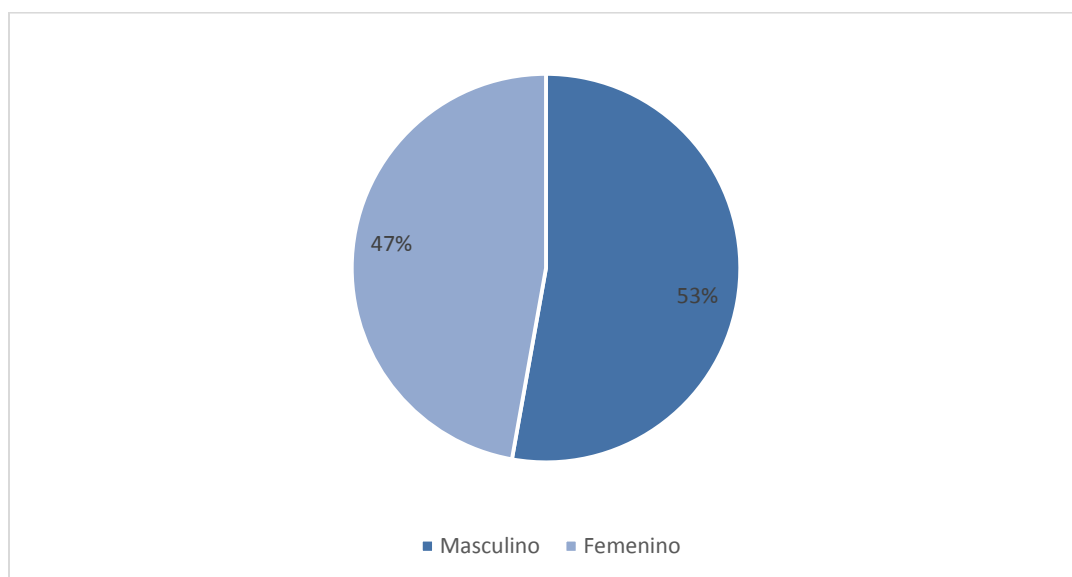
**CAPÍTULO IV:**  
**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS**

La interpretación y análisis de los datos se realiza por medio de 17 gráficos, elaborados a partir de los resultados de la aplicación del cuestionario a los 89 adultos mayores que participaron en la investigación.

### Gráfico N° 1

#### Distribución de adultos mayores según sexo, Hogar de Ancianos

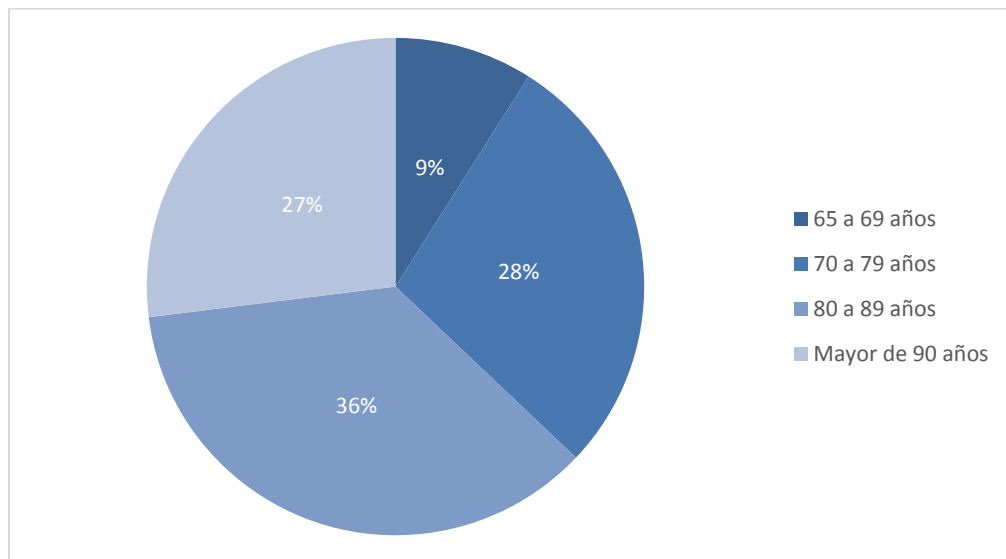
Ricardo Soto y José del Olmo, noviembre 2016



Fuente: Elaboración propia, 2016.

De los 89 adultos mayores que participaron en la investigación, el 47 % de los adultos mayores pertenece al sexo femenino, mientras que el 53% pertenece al sexo masculino, para un total de 100%.

**Gráfico N° 2**  
**Distribución de adultos mayores según edad, Hogar de Ancianos**  
**Ricardo Soto y José del Olmo, noviembre 2016.**



Fuente: Elaboración propia. 2016.

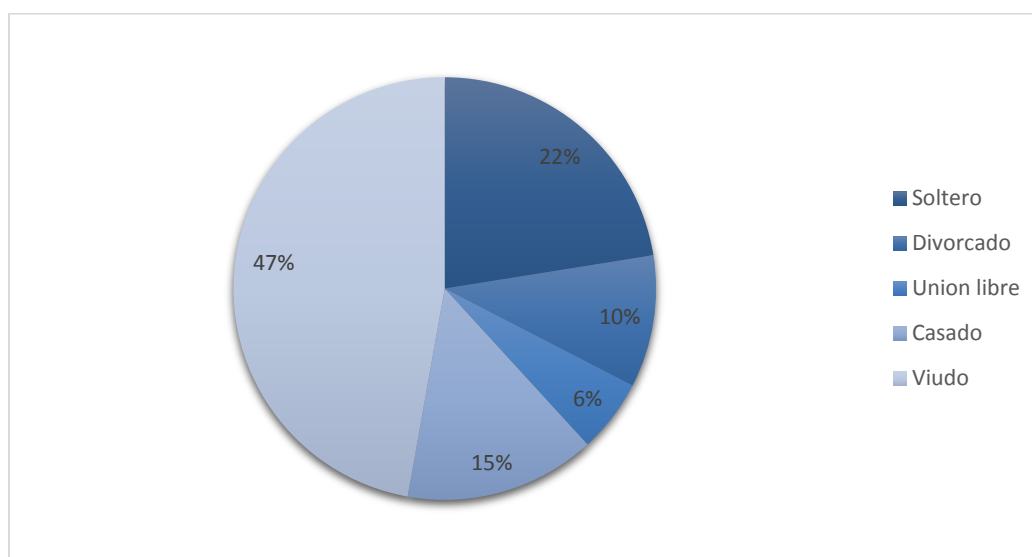
El 9.0% de los adultos mayores, corresponde al grupo de 65 a 69 años cumplidos; el 28% tiene el rango de 70 a 79 años; el 36% corresponde al rango de 80 a 89 años; y el 27% tiene 90 años o más.

Según Castellanos, el envejecimiento generalmente produce en el sistema inmunológico, una disminución de los mecanismos de protección y respuesta frente a las infecciones, todo esto se relaciona con cambios hormonales y estrés crónico que conllevan a la aparición de enfermedades inflamatorias crónicas y enfermedades tumorales. (25)

Con el envejecimiento de la población se eleva el riesgo de sufrir enfermedades del sistema inmune, dado que se incrementa la duración de exposición a los determinantes de enfermedades

crónicas y de acuerdo con los datos revelados en el gráfico, la edad de la población bajo estudio se considera un factor de riesgo no modificable.

**Gráfico N° 3**  
**Distribución de adultos mayores según estado civil, Hogar de Ancianos**  
**Ricardo Soto y José del Olmo, noviembre 2016**



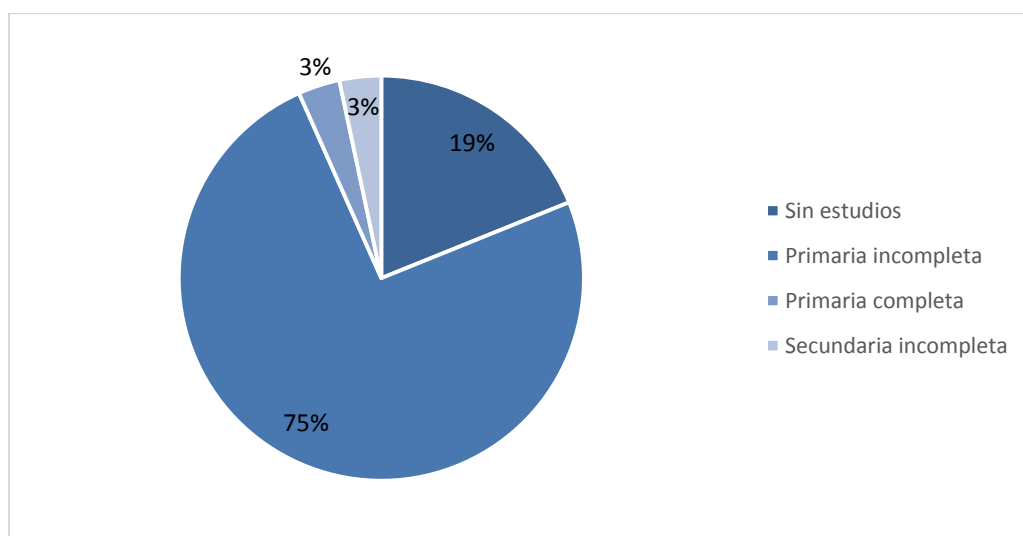
Fuente: Elaboración propia., 2016.

El 22 % de las personas adultas mayores que participó del estudio son solteros, el 10% divorciado, 6% unión libre, el 15% está casado y el 47% de las personas adultas mayores son viudas.

Por lo tanto, se denota que el estado civil que predomina en casi la mitad de los participantes es la viudez.

En este sentido, se podría inferir que la ausencia de la compañía del cónyuge o compañero (a) sentimental, ya sea porque no existe un vínculo sentimental con alguna persona o bien, porque este ha fallecido, propicia la institucionalización de los adultos mayores viudos.

**Grafico N° 4**  
**Distribución de adultos mayores según grado académico, Hogar de Ancianos**  
**Ricardo Soto y José del Olmo, noviembre 2016**



Fuente: Elaboración propia., 2016.

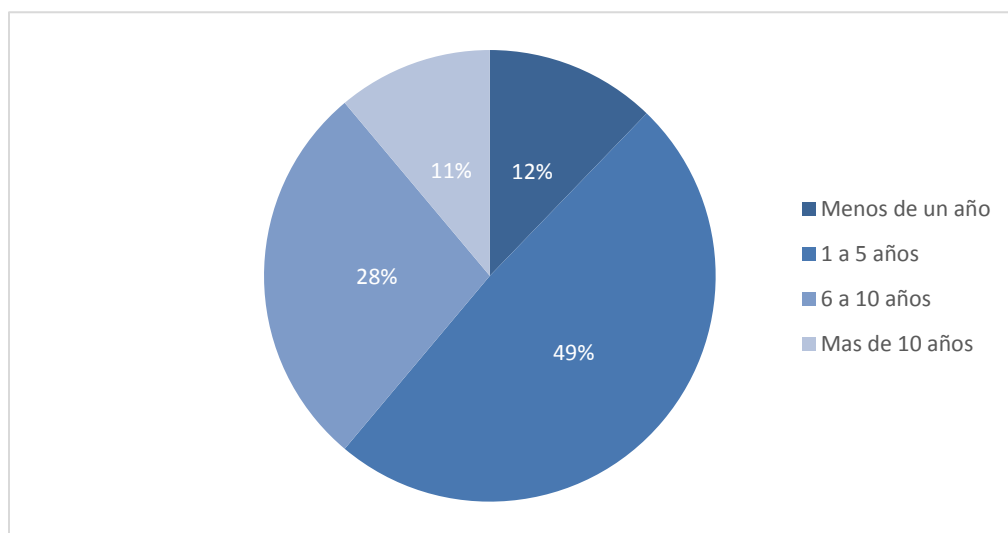
De los participantes 19% no cuenta con ningún tipo de estudio, 75% tiene el grado académico de primaria incompleta, 3% tiene educación primaria completa, y un 2% completó la educación secundaria.

La mayor parte de la población entrevistada solo tienen primaria incompleta. Este dato es significativo ya que los participantes son adultos mayores de zonas rurales donde prevalecen las actividades agropecuarias y algunos sectores tienen pocas alternativas y difícil acceso a centros educativos.

### Gráfico N° 5

#### Distribución de adultos mayores según tiempo de ingreso, Hogar de Ancianos

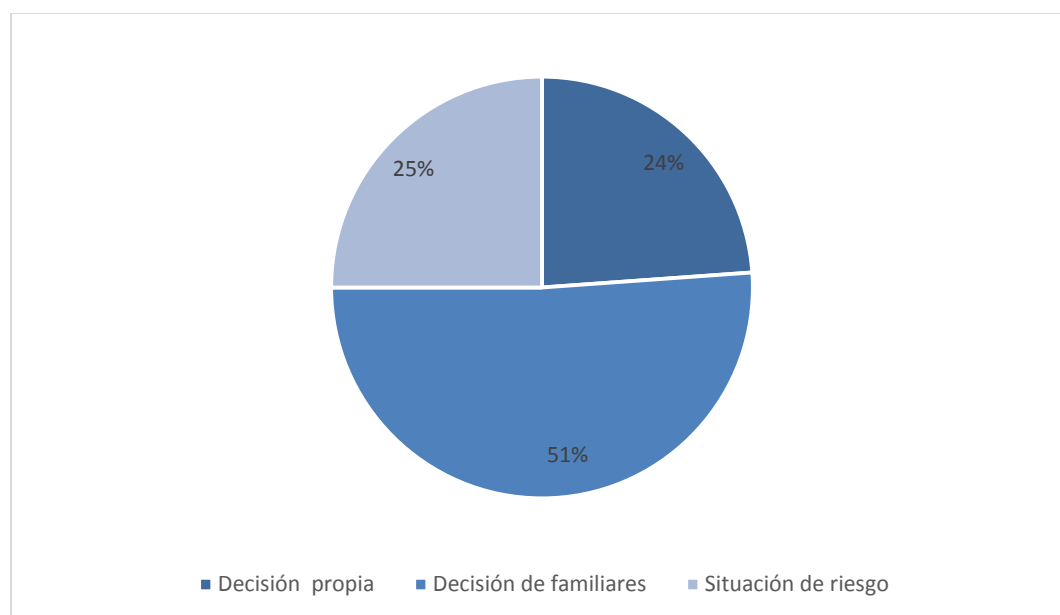
Ricardo Soto y José del Olmo, noviembre 2016



Fuente: Elaboración propia., 2016.

Con respecto al gráfico anterior, se determina que el 12% tiene menos de un año de institucionalizado en los hogares de ancianos Ricardo Soto y José del Olmo, un 49%, de 1 a 5 años, un 28% 6 a 10 años, y solamente un 10% tiene más de 10 años de permanencia en el hogar.

Si bien es cierto la institucionalización geriátrica puede favorecer el cuidado, también se ha visto que acelera el deterioro, aumenta el grado de dependencia (debido a sentimientos de soledad por encontrarse separados de su núcleo familiar), y afecta de manera negativa el sistema inmune con mayores factores de riesgo para la salud.

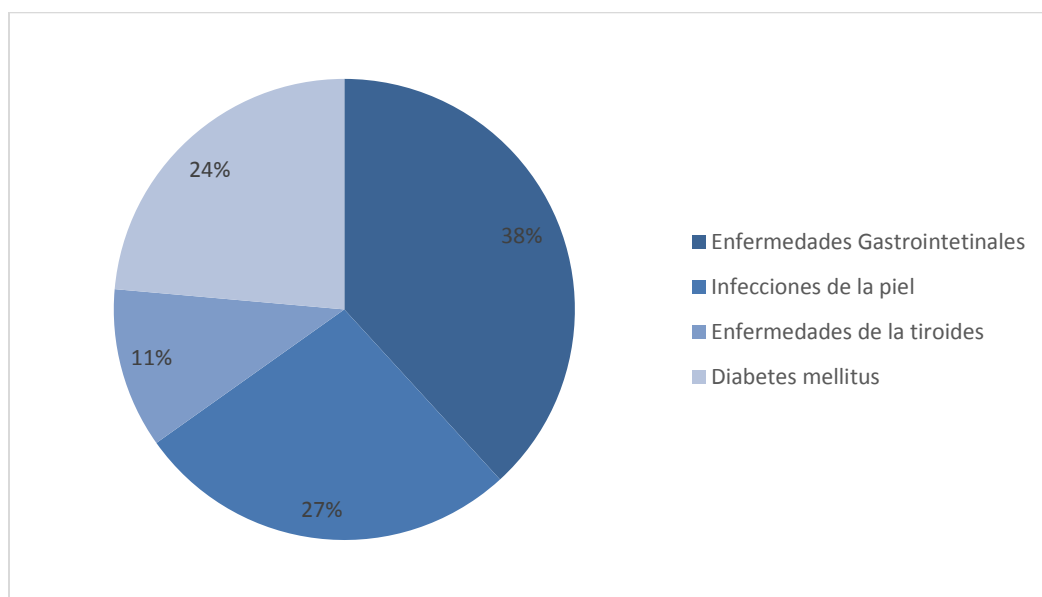
**Gráfico N° 6****Distribución de adultos mayores según motivo de ingreso, Hogar de Ancianos  
Ricardo Soto y José del Olmo, noviembre 2016**

Fuente: Elaboración propia, 2016

De los 89 del total de los participantes el 51% adulto mayor señala que el motivo del ingreso al hogar corresponde a una decisión ajena sin que mediase su autonomía: la decisión fue tomada por algún familiar, un 25% de los adultos mayores ingresó por decisión propia. Aquellos que ingresaron debido a situaciones de riesgo, representan un 25%. Es significativo mencionar que las personas que reportan haber ingresado por situación de riesgo, responde a problemas psiquiátricos, principalmente.

### Gráfico N° 7

#### Distribución de adultos mayores según antecedentes personales, Hogar de Ancianos Ricardo Soto y José del Olmo, noviembre 2016



Fuente: Elaboración propia, 2016.

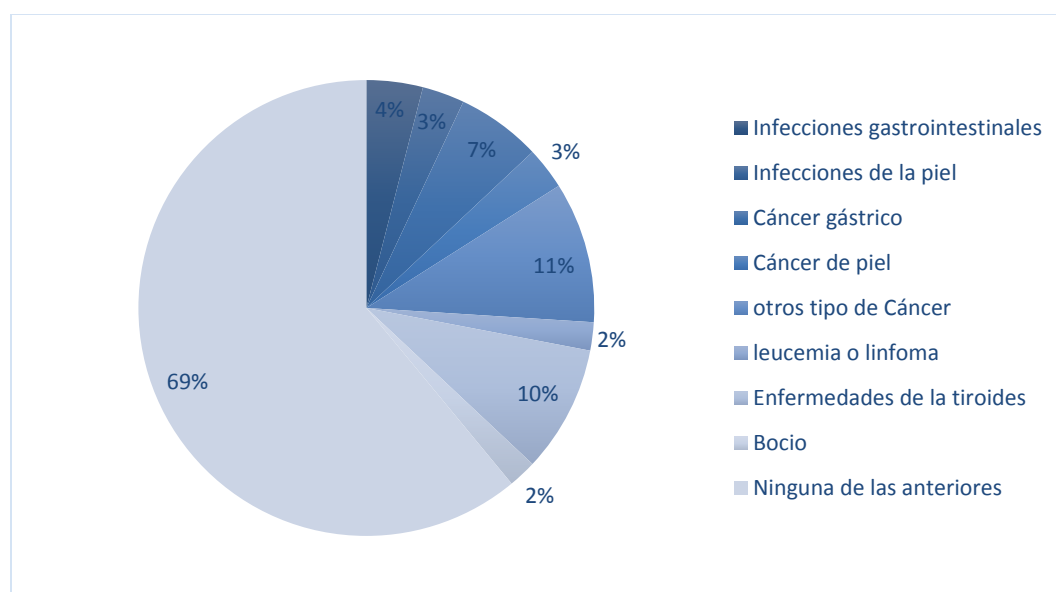
El gráfico N° 7 determina que el 38% de los adultos mayores participante tiene como antecedente personal enfermedad gastrointestinal, 24% presenta diabetes mellitus, un 27%, infecciones de la piel y un 11% de los adultos mayores padece de enfermedades de la tiroides.

Según Ovalle, a lo largo de la vida adulta, se puede observar que existe un incremento en la incidencia de patologías infecciosas. Estos eventos se han asociado con una disminución gradual de las funciones del sistema inmunitario (13).

Se evidencia además, que tal y como se menciona en el marco teórico, las infecciones gastrointestinales son la patología más frecuente en la población estudiada, seguidas de la diabetes mellitus, infecciones de la piel y enfermedades de la tiroides.

### Gráfico N° 8

#### Distribución de adultos mayores según antecedentes familiares, Hogar de Ancianos Ricardo Soto y José del Olmo, noviembre 2016



Fuente: Elaboración propia, 2016.

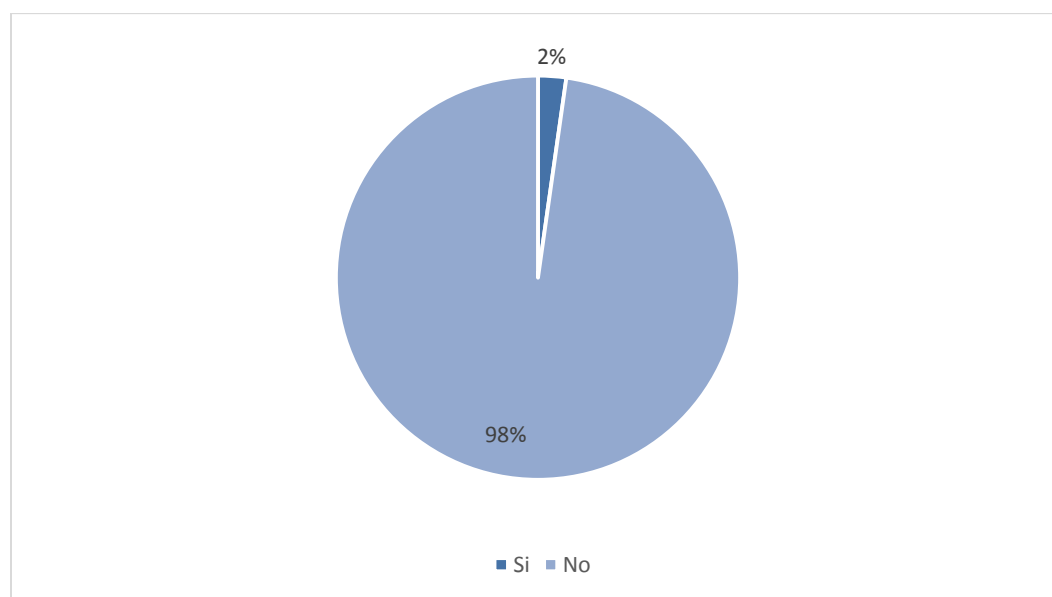
Según el gráfico N° 8, el 69% de los adultos mayores no presentan ningún antecedente familiar, el 11% de los adultos mayores cuenta con familiares que padecen algún tipo de cáncer, el 10% de la población tiene antecedentes familiares de enfermedades tiroideas, el 7% cáncer gástrico, el 4% con infecciones gastrointestinales, el 3% de los adultos mayores tiene familiares con infecciones de la piel y el mismo porcentaje con cáncer de piel, seguido por un 2% que corresponde a leucemias y linfomas así como bocio.

Cabe destacar que el patrón de herencia de estas patologías en familiares consanguíneos predispone al individuo a desarrollar la patología a lo largo de la vida.

Respecto a la información estipulada en el marco teórico de los factores de riesgo para dichas patologías, destaca el componente geriátrico, como factor predisponente.

### Gráfico N° 9

#### Distribución de adultos mayores según conocimiento sobre el sistema inmune, Hogar de Ancianos Ricardo Soto y José del Olmo, noviembre 2016



Fuente: Elaboración propia, 2016.

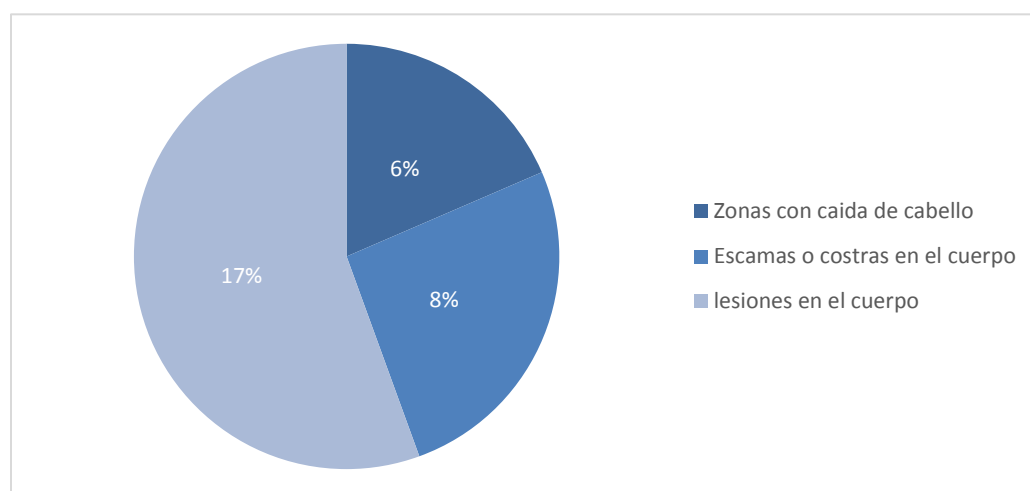
Según el Gráfico anterior, 98% de la población encuestada no tiene conocimiento sobre el sistema inmune. Actualmente los medios de comunicación son herramientas que permiten una mayor accesibilidad a temas y discusión continua. Sin embargo, existen personas (especialmente de edad avanzada) por sus características y limitaciones desconocen sobre el tema.

Otra característica de suma importancia es el nivel de educación que tienen los adultos mayores del estudio donde el 19% no cuentan con ningún estudio solo un 2% de los cuales refiere conocer qué es el sistema inmune.

### Gráfico N° 10

#### Distribución de adultos mayores según presencia de signos y síntomas de micosis.

Hogar de Ancianos Ricardo Soto y José del Olmo, noviembre 2016



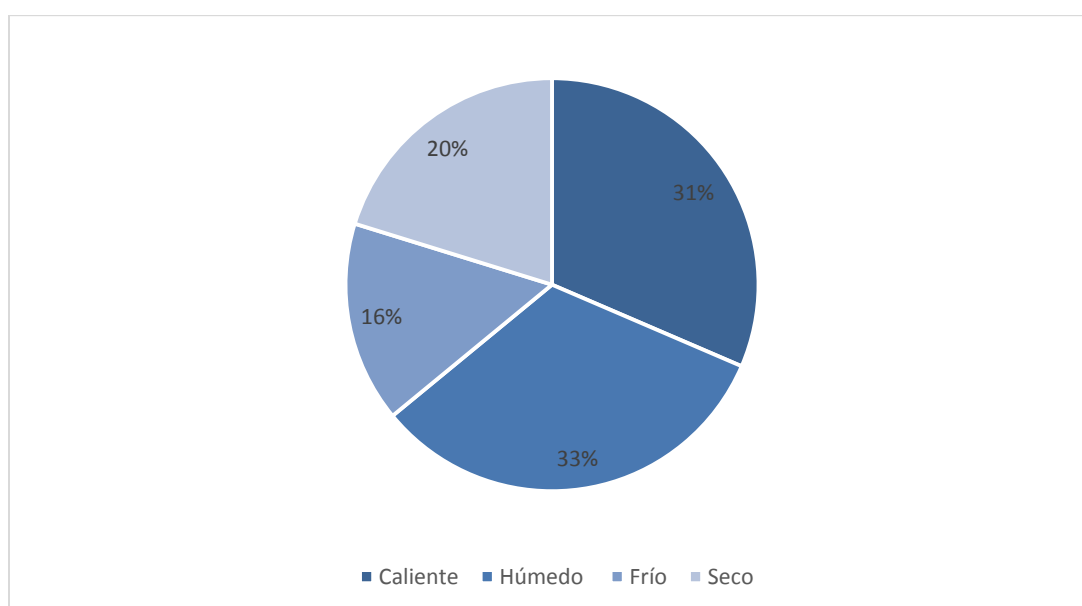
Fuente: Elaboración propia, 2016.

El 17% de los participantes indica que presentar lesiones en el cuerpo, el 8% presenta escamas o costras en su cuerpo, y 6% presenta zonas con caída de cabello

Dichos síntomas representan un riesgo para la salud, dado que son signos y síntomas de una posible enfermedad producida por infecciones micóticas, las cuales en el adulto mayor pueden llegar a ser perjudiciales.

**Gráfico N° 11**

**Distribución de adultos mayores según la percepción de la temperatura ambiental, Hogar de Ancianos Ricardo Soto y José del Olmo, noviembre 2016**



Fuente: Elaboración propia, 2016.

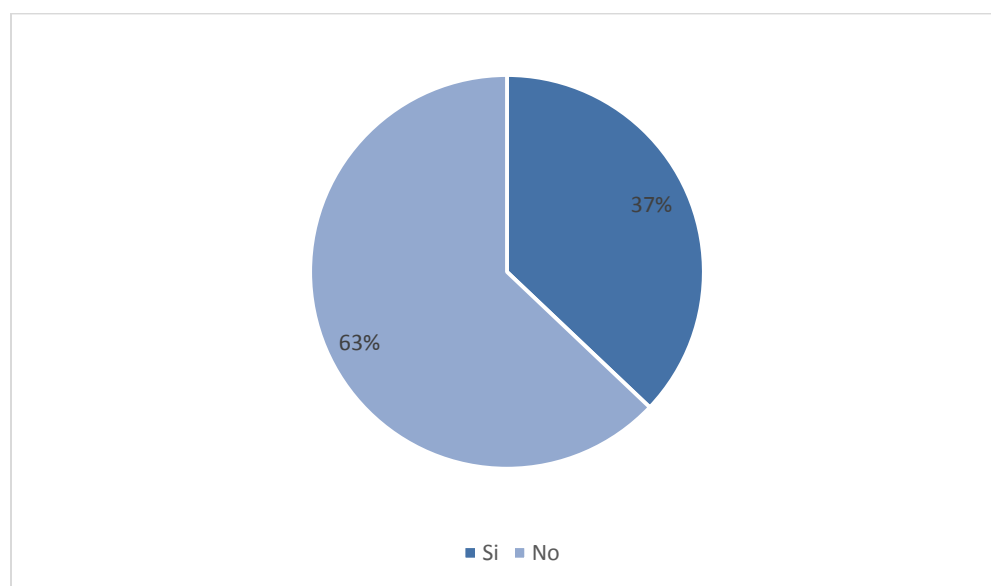
El 32.6% de los adultos mayores refieren que la sensación del medio ambiente se percibe como húmedo. En la categoría de caliente, se ubica el 31%. Por otra parte, el 20% manifestó sentir el ambiente seco. Mientras que 16% respondió que el ambiente se sentía frío.

Mejia-Aranjo menciona que las infecciones fúngicas son más frecuentes en climas calientes y húmedos (25). Por lo tanto ambos hogares de ancianos presentan factores de riesgo de que los

adultos mayores presenten micosis, dado que en estos climas propician el crecimiento y diseminación de los hongos.

**Gráfico N° 12**

**Distribución de adultos mayores según antecedentes de utilización de cremas contra hongos, Hogar de Ancianos Ricardo Soto y José del Olmo, noviembre 2016**



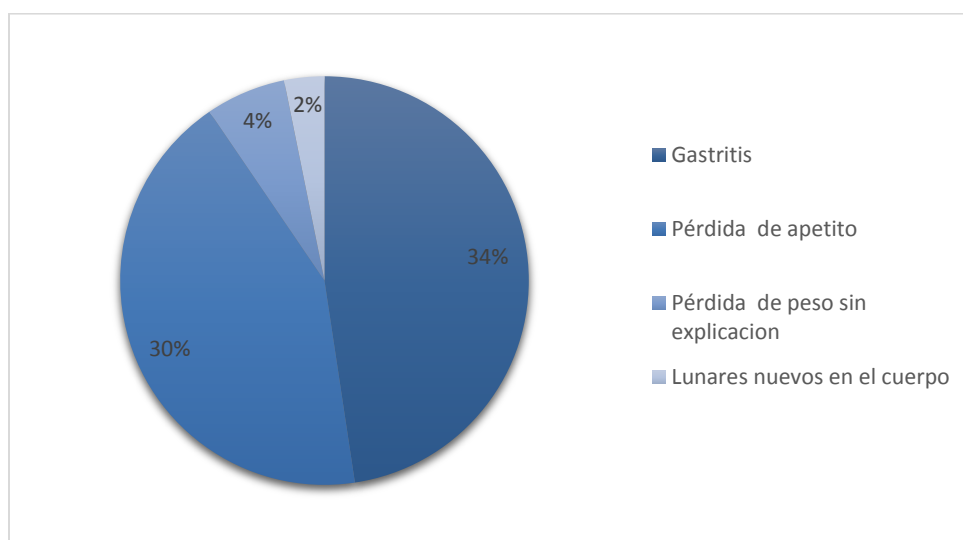
Fuente: Elaboración propia, 2016.

El 63% de los adultos mayores evaluados indica que sí han utilizado el tratamiento de cremas contra hongos a lo largo de su vida, y solo un 37% de los participantes indica que no han utilizado el tratamiento. Cabe destacar que este dato es representativo a los factores de riesgo de

micosis dado que el uso discriminado de antimicóticos, durante largos periodos de tiempo, puede provocar alta resistencia a cepas de hongos causantes de micosis.

**Gráfico N° 13**

**Distribución de adultos mayores según presencia de signos y síntomas asociados al cáncer,  
Hogar de Ancianos Ricardo Soto y José del Olmo, noviembre 2016**



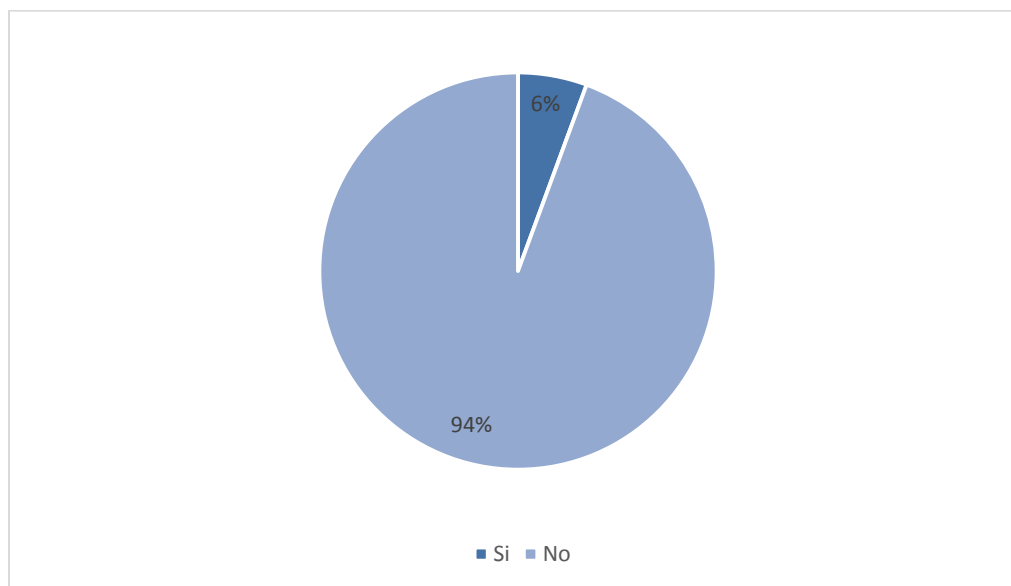
Fuente: Elaboración propia, 2016.

Como se puede observar en el gráfico N° 13, los 34% adultos mayores presenta gastritis, un 30% presenta pérdida de apetito, un 4% refiere pérdida de peso sin explicación y solamente un 2% presenta lunares nuevos en el cuerpo.

Se refleja la importancia de prestar atención a estos síntomas, ya que se consideraran una condición importante para el desarrollo de cáncer gástrico y de piel.

#### Gráfico N° 14

**Distribución de adultos mayores según antecedente de diarreas, Hogar de Ancianos  
Ricardo Soto y José del Olmo, noviembre 2016**



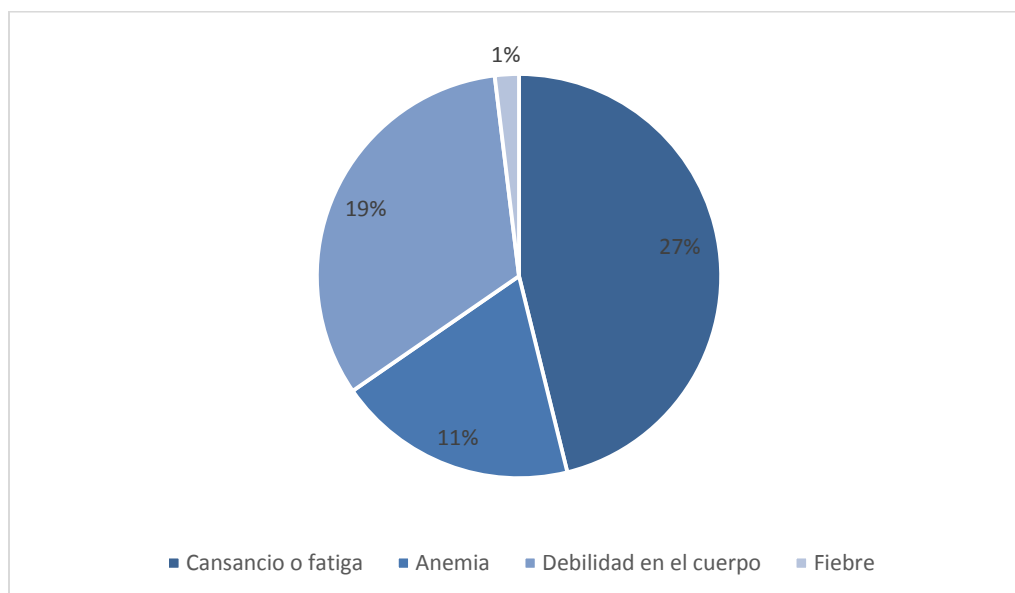
Fuente: Elaboración propia, 2016.

El 94% de los adultos mayores indica que han presentado diarreas frecuentemente, mientras que el 6% sí ha presentado antecedentes de deposiciones diarreicas.

La finalidad de este dato proporciona información acerca del riesgo de cáncer gástrico, dado que es el principal síntoma para dicha enfermedad.

**Gráfico N° 15**

**Distribución de adultos mayores según presencia de signos y síntomas asociados a cáncer,  
Hogar de Ancianos Ricardo Soto y José del Olmo, noviembre 2016**



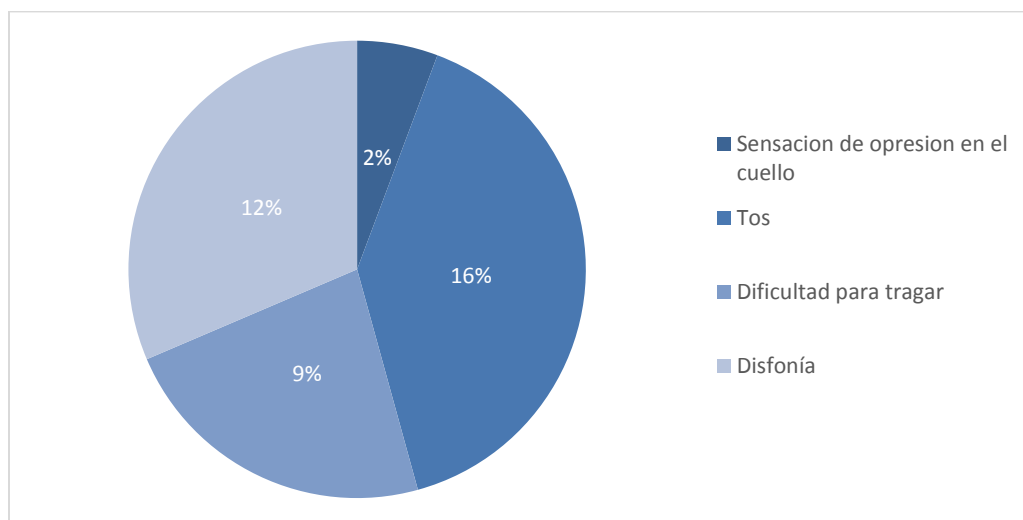
Fuente: Elaboración propia, 2016.

Se observa que el 27% de la población de adultos mayores, incluidos en la investigación, presenta cansancio o fatiga, el 19% refiere sensación de debilidad, el 11% presenta anemia y únicamente el 1% fiebre.

Los signos y síntomas anteriores son inespecíficos, pero se pueden correlacionar con el cáncer, también pueden indicar posibles infecciones que perjudican el sistema inmune de los adultos mayores.

**Gráfico N° 16**

**Distribución de adultos mayores según presencia de signos y síntomas de enfermedades tiroideas, Hogar de Ancianos Ricardo Soto y José del Olmo, noviembre 2016**



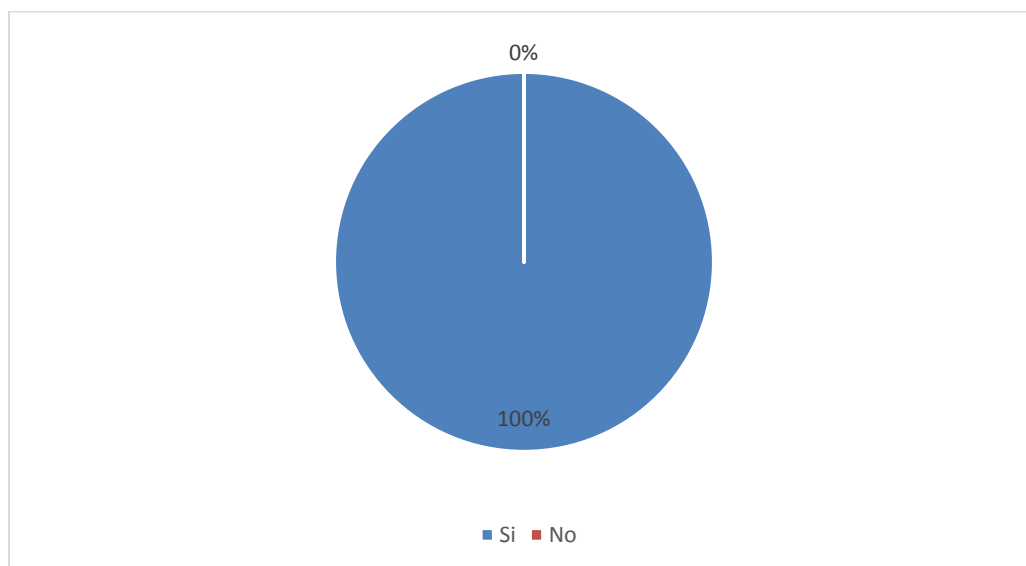
Fuente: Elaboración propia, 2016.

El 16% indica que presentan tos, 12% disfonía, por otra parte el 9% indicó presentar dificultad para tragar y el 2% sensación de opresión en el cuello.

Este resultado muestra signos y síntomas de un problema tiroideo en los adultos mayores de ambos Hogares de Ancianos. Las enfermedades tiroideas se sitúan entre las primeras causas de enfermedades endocrinas en adultos mayores, por lo que resulta de gran importancia reconocer la presencia de los signos y síntomas mencionados anteriormente.

### Gráfico N° 17

**Distribución de adultos mayores evaluados según percepción sobre la manipulación de alimentos, en los Hogares de Ancianos Ricardo Soto y José del Olmo, noviembre 2016**



Fuente: Elaboración propia, 2016.

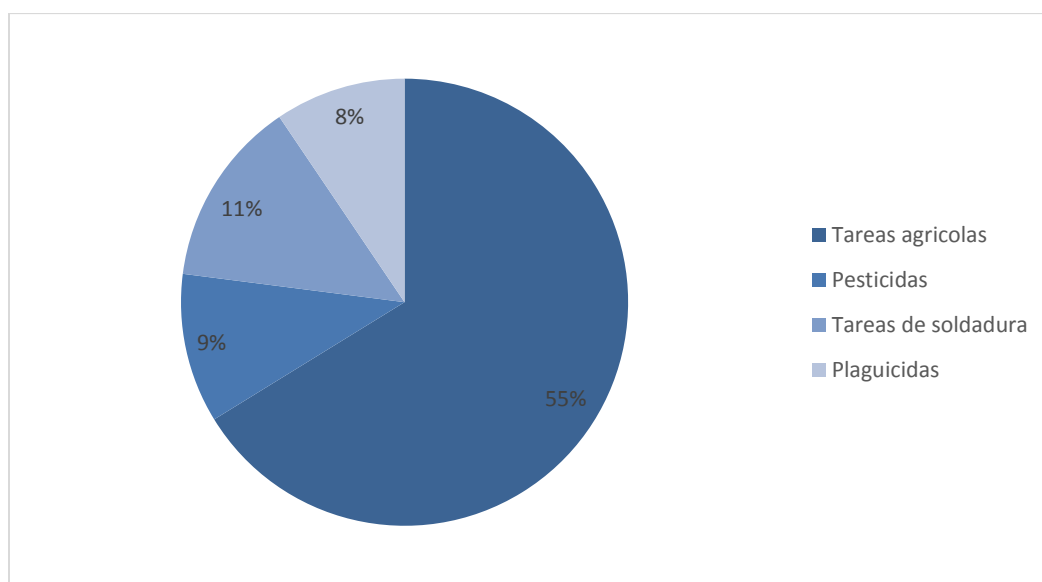
El 100% de los usuarios refirieron estar satisfechos o muy satisfechos de la manipulación de alimentos en ambos hogares de ancianos.

La incorrecta manipulación de alimentos está relacionada con múltiples enfermedades transmitidas por medio de agentes contaminantes.

La calidad en el servicio brindado, así como condiciones de conservación de alimentos por parte del personal de los hogares de ancianos, destacando la higiene, influye positivamente en la salud de los adultos mayores en general.

### Gráfico N° 18

**Distribución de adultos mayores según riesgos asociados a actividades laborales,  
Hogar de Ancianos Ricardo Soto y José del Olmo, noviembre 2016**



Fuente: Elaboración propia, 2016.

Puede observarse como el 55% de los adultos mayores indicó que anteriormente laboraban en tareas agrícolas, lo cual incrementa considerablemente la exposición a radiación ultravioleta, donde muchos trabajos se llevan a cabo en horas donde los rayos del sol inciden con más fuerza sobre la tierra.

El 9% indicó haber estado expuestos a sustancias químicas como pesticidas. El 8% a plaguicidas, el 11.2% expresó haber trabajado en tareas de soldadura a lo largo de su vida.

## **Capítulo V:**

### **Conclusiones y Recomendaciones**

## 5.1. Conclusiones

- a) Se concluye que en la población participante en la investigación, predomina el género masculino, los cuales son adultos mayores de 80 a 89 años. Grupo etario predominante en estas residencias para adultos mayores. Es importante resaltar que un gran número de la población son viudos, y la población en general cuenta como grado máximo de escolaridad la primaria incompleta.
- b) Más de la mitad de los adultos mayores evaluados, tiene de 1 a 5 años de permanencia en la institución. Dentro de los antecedentes patológicos personales destacan: enfermedades gastrointestinales e infecciones de la piel. En relación con los signos y síntomas de micosis los adultos mayores refieren lesiones en el cuerpo con picor, también presentan signos y síntomas de gastritis así como cansancio o fatiga, no obstante, otro signo y síntoma de importancia es la tos y cabe resaltar que la totalidad de los participantes afirmaron estar satisfechos de la manipulación de alimentos que poseen ambos Hogares de Ancianos.
- c) El factor de riesgo más relevante para esta investigación se da por el incremento considerable a la exposición de radiación ultravioleta en los adultos mayores, propiciando el cáncer de piel, dado que esta población, a lo largo de su vida, realizó trabajos agrícolas donde laboraron largas horas bajo los rayos del sol. Mayor número de adultos mayores ha utilizado el tratamiento de cremas contra hongos, lo cual puede concluir en alta resistencia a cepas de hongos causantes de micosis. Una cantidad de adultos mayores ha presentado deposiciones diarreicas lo cual proporciona información acerca del riesgo de cáncer gástrico, dado que es el principal síntoma para dicha enfermedad.

- d) La población estudiada presenta factores de riesgo como la exposición solar, a agentes micóticos y radiaciones ionizantes que desarrollan enfermedades del sistema inmune a nivel de piel. A nivel de sistema gástrico presentan signos y síntomas como gastritis y diarreas recurrentes que pueden relacionarse con alta incidencia de cáncer gástrico así como síntomas de pérdida de apetito, cansancio y fatiga que pueden alterar el funcionamiento del sistema inmune en adultos mayores.

## **5.2. Recomendaciones**

### **A personas encargadas del cuidado directo, Hogar de Ancianos Ricardo Soto y José del Olmo**

- Establecer en las actividades durante el día, espacios en donde se fomente la recreación de los adultos mayores. Se debe enfatizar el aprovechamiento del tiempo libre, desarrollo de destrezas mediante manualidades, confección de artesanía, actividades lúdicas y habilitar espacios de capacitación para la adquisición de nuevos aprendizajes. La incorporación de los adultos mayores a programas con la inclusión de actividades que promuevan la actividad física ajustada a su estado de salud y estilo de vida, apoyan el desarrollo disminuye notablemente el riesgo de morbilidad y mejoran su pronóstico funcional.

### **A las Juntas de Desarrollo de ambos Hogares de Ancianos:**

- Permitir el ingreso a estudiantes o profesionales de distintas disciplinas para que realicen investigación en pro del bienestar del adulto mayor, de manera que se genere mayor conocimiento para atender las necesidades propias de dicha población así como educación sobre el autocuidado para que de esta manera se refuerce la participación activa de las personas en el cuidado de su salud, responsables de decisiones que condicionan su situación actual, manejando aspectos que se relacionan con la motivación y cambio de comportamiento, donde la educación para la salud es la principal herramienta de trabajo.

- Instar a que los profesionales de salud participen en conjunto con grupos de la comunidad, en la creación de espacios y acciones conjuntas que permitan la atención de salud con una perspectiva integral desde la comunidad. Estos programas básicamente se apoyan en actividades de autocuidado que, cuando el adulto mayor adopta, como parte de su vida, pueden evitar la discapacidad y el declive funcional determinantes de su estado de salud
- Incorporar a los adultos mayores en campañas de salud e incrementar las visitas médicas a las instituciones para de esta manera logren obtener una atención más individualizada y directa. Estas medidas principalmente deben ser realizadas por los equipos del nivel primario de atención, donde la pesquisa temprana de los problemas y promoción de salud en este grupo es primordial; sin embargo, se requiere de la sensibilidad de la autoridad sanitaria para la capacitación continua en la materia.

## Referencias Bibliográficas

1. OMS | Se calcula que el número de personas mayores de 60 años se duplicará de aquí a 2050 [Internet]. WHO. [cited 2016 Jun 1]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/older-persons-day/es/>
2. Mejía B de, Eugenia B, Merchán P, Eugenia M. QUALITY OF LIFE RELATED TO HEALTH (QLRH) IN SENIORS OVER 60 YEARS OF AGE: A THEORETICAL APPROACH. *Hacia Promoc Salud*. 2007 Nov;12(1):11–24.
3. A B, M L, O M, J S, Cardona A D. Cancer: second cause of death among the elderly in Medellín, 2002-2006. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2012 Apr;30(1):17–25.
4. Vidal T, M R, Álvarez G, Alicia M. Panorama de la salud del adulto mayor en Cuba. *Rev Cuba Salud Pública*. 2005 Jun;31(2):0–0.
5. Lence JJ, Camacho R. Cáncer y transición demográfica en América Latina y el Caribe. *Rev Cuba Salud Pública*. 2006 Sep;32(3):0–0.
6. Leal-Mateos M, Ortiz-Barboza A. Mortalidad por cáncer en la persona adulta mayor de Costa Rica. *Acta Médica Costarric*. 2005 Jan;47(1):43–6.
7. Puga D, Rosero-Bixby L, Glaser K, Castro T. Red social y salud del adulto mayor en perspectiva comparada: Costa Rica, España e Inglaterra. *Poblac Salud En Mesoamérica* [Internet]. 2007 Mar 1 [cited 2016 Jun 1];5(1). Available from: <http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/psm/article/view/4545>
8. Gutiérrez-Robledo LM, - GR-O, - FR-Q, - JL-F. Evaluación de instituciones de cuidados prolongados para ancianos en el Distrito Federal. Una visión crítica. *Salud Pública México*. 1996 Nov 2;38(6):487–500.

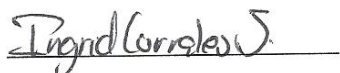
9. Alonso Galbán P, Soberats S, José F, Navarro D-C, María A, Carrasco García M, et al. Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor. *Rev Cuba Salud Pública*. 2007 Mar;33(1):0-0.
10. Cauerhff A. Respuesta inmune: anticuerpos, alergias, vacunas y reproducción humana : anticuerpos, alergias, vacunas y reproducción humana. Eudeba. 2009. 148 p.
11. Piscoya Arbañil J, Arbañil JP, Tafúr JR. Inmunidad e Inmunosenescencia. *An Fac Med*. 2014 Apr 7;57(4):285-92.
12. Saavedra Hernández D, García Verdecia B. Inmunosenescencia: efectos de la edad sobre el sistema inmune. (Spanish). *Immunosenescence Eff Aging Process Immune Syst Engl*. 2014 Oct;30(4):332-45.
13. Sada Ovalle I, Gorocica Rosete P, Lascurain Ledesma R, Zenteno Galindo E. ASPECTOS INMUNOLÓGICOS DEL ENVEJECIMIENTO. *Rev Inst Nac Enfermedades Respir*. 2004 Dec;17(4):293-300.
14. Ferrando-Martínez S, de la Fuente M, Guerrero JM, Leal M, Muñoz-Fernández MÁ. Impacto de la función tímica en el deterioro inmunológico asociado a la edad. *Rev Esp Geriatria Gerontol*. 2013 Sep;48(5):232-7.
15. Montenegro Valera I, Alpízar M, Carmen M del, González Cabrera Y, Durán Marrero K. Experiencia Médica Precancerosis en la piel: morbilidad y control en el paciente geronte. *Rev Cuba Med Gen Integral*. 2003 Dec;19(6):1-1.
16. Rodríguez García R, Miyares H, H J, Pavón A, Ángeles M de los. Cáncer de piel y ocupación. *Rev Cuba Med*. 2001 Dec;40(4):266-72.
17. Dagatti MS, Bertola Compagnucci A, Pezzotto SM. HÁBITOS ALIMENTARIOS Y RIESGO DE CANCER DE PIEL NO MELANOMA. *Rev Chil Nutr*. 2011 Mar;38(1):15-21.
18. Aceituno-Madera P, Buendía-Eisman A, Arias-Santiago S, Serrano-Ortega S. Changes in the Incidence of Skin Cancer Between 1978 and 2002. *Actas Dermo-Sifiliográficas Engl Ed*. 2010 Jan 1;101(1):39-46.
19. Marinovic M. MA. Cambios en la función inmune con la edad. *Medwave [Internet]*. 2004 Oct 1 [cited 2016 Jun 3];4(9). Available from: <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/Cursos/3219>
20. Temas Prácticos en Geriatria Y Gerontología Tomo Ii. EUNED; 192 p.
21. Navarro Peña Y, Castro Salas M. Modelo de dorothea orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. *Enferm Glob*. 2010 Jun;(19):0-0.
22. Peláez MB, Ferrer Lues M. SALUD PÚBLICA Y LOS DERECHOS HUMANOS DE LOS ADULTOS MAYORES. *Acta Bioethica*. 2001;7(1):143-55.

23. Ferrada Mundaca L, Zavala Gutiérrez M. BIENESTAR PSICOLÓGICO: ADULTOS MAYORES ACTIVOS A TRAVÉS DEL VOLUNTARIADO. *Cienc Enferm.* 2014 Apr;20(1):123–30.
24. L M, Paulo P, M G, Miguel J, Araya G A. Adultos Mayores institucionalizados en Chile: ¿Cómo saber cuántos son? *Rev Médica Chile.* 2004 Jul;132(7):832–8.
25. Solar P, Alicia L, González Reguera M, Paz Gómez N, Romero Borges K. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Rev Médica Electrónica.* 2014 Dec;36(6):835–45.

## **ANEXOS**

**Anexo 1: Declaración Jurada****Declaración Jurada**

Yo Ingrid Corrales Jiménez, mayor de edad, cédula de identidad número 2-0685-104, en condición de egresado de la carrera de Enfermería de la Universidad Hispanoamericana, hago constar por medio de este acto y debidamente aperebido y entendido de las penas y consecuencias con las que castiga el Código Penal el delito de perjurio, ante quienes se constituyen en el Tribunal examinador de mi trabajo de tesis para optar por el grado de Licenciatura, juro solemnemente que mi trabajo de investigación denominado. **“FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE ENFERMEDADES DEL SISTEMA INMUNE EN ADULTOS MAYORES DE LOS HOGAR DE ANCIANOS RICARDO SOTO Y JOSE DEL OLMO EN RELACIÓN A SUS SIGNOS Y SÍNTOMAS SARCHI, SETIEMBRE 2016”** es una obra original y para su realización he respetado todo lo preceptuado por las Leyes Penales, así como la Ley de Derechos de Autor y Derecho Conexos, número 6683 del 14 de octubre de 1982 y sus reformas, publicada en la Gaceta número 226 del 25 de noviembre de 1982; especialmente el numeral 70 de dicha ley en el que se establece: “Es permitido citar a un autor, transcribiendo los pasajes pertinentes siempre que éstos no sean tantos y seguidos, que puedan considerarse como una producción simulada y sustancial, que redunde en perjuicio del autor de la obra original”. Asimismo, que conozco y acepto que la Universidad se reserva el derecho de protocolizar este documento ante Notario Público. Firmo, en fe de lo anterior, en la ciudad de San José, a los 5 días del mes de enero del año dos mil diecisiete.



Ingrid Corrales Jimenez

## Anexo 2: Carta del Tutor

San José, 16 de enero 2017.

Msc.  
**Zaida Rodríguez C.**  
 Directora Carrera de Enfermería  
 Universidad Hispanoamericana

Estimada Msc. Rodríguez

La estudiante Ingrid Corrales Jiménez me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado **FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE ENFERMEDADES DEL SISTEMA INMUNE EN ADULTOS MAYORES DE LOS HOGARES DE ANCIANOS RICARDO SOTO Y JOSE DEL OLMO EN RELACIÓN A SUS SIGNOS Y SÍNTOMAS. SARCHI, SETIEMBRE 2016.**, el cual ha elaborado para optar por el grado académico de Licenciatura en enfermería.

En mi calidad de tutor, he verificado que se han hecho las correcciones indicadas durante el proceso de tutoría y he evaluado los aspectos relativos a la elaboración del problema, objetivos, justificación; antecedentes, marco teórico, marco metodológico, tabulación, análisis de datos; conclusiones y recomendaciones.

De los resultados obtenidos por las postulantes, se obtiene la siguiente calificación:

a)	ORIGINAL DEL TEMA	10%	9%
b)	CUMPLIMIENTO DE ENTREGA DE AVANCES	20%	20%
c)	COHERENCIA ENTRE LOS OBJETIVOS, LOS INSTRUMENTOS APLICADOS Y LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACION	30%	30%
d)	RELEVANCIA DE LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	20%	18%
e)	CALIDAD, DETALLE DEL MARCO TEORICO	20%	18%
	TOTAL		95%

En virtud de la calificación obtenida, se avala el traslado al proceso de lectura.

Atentamente,

  
 Msc. María Cecilia Astúa V  
 Cédula 3-213-890  
 maryastua@gmail.com

### Anexo 3: Carta del Lector

#### CARTA DEL LECTOR

San José, 27 de febrero, 2017

**Dirección de Enfermería**  
**Universidad Hispanoamericana**

Estimados(as) señor(as):

La estudiante Ingrid Corrales Jiménez, cédula de identidad número: 206850104, me ha presentado, para efectos de revisión final, el trabajo de investigación denominado "*Factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades del sistema inmune en adultos mayores de los hogares de ancianos Ricardo Soto en Valverde Vega, y José del Olmo en Naranjo, en relación a signos y síntomas, setiembre, 2016*", el cual ha elaborado para optar por el grado académico de Licenciada en Enfermería.


En mi calidad de lectora, verificado que se han hecho las correcciones indicadas durante la revisión, he evaluado los aspectos relativos a la elaboración del problema, objetivos, justificación; antecedentes, marco teórico, marco metodológico, tabulación, análisis de datos; conclusiones y recomendaciones.

De los resultados obtenidos por el postulante, se obtiene la siguiente calificación:

a)	ORIGINAL DEL TEMA	10%	8%
b)	CUMPLIMIENTO DE ENTREGA DE AVANCES	20%	20%
c)	COHERENCIA ENTRE LOS OBJETIVOS, LOS INSTRUMENTOS APLICADOS Y LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACION	30%	27%
d)	RELEVANCIA DE LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	20%	17%
e)	CALIDAD, DETALLE DEL MARCO TEORICO	20%	18%
	TOTAL		90%

En virtud de la calificación obtenida, se da por aprobado y finalizado el proceso de revisión de tesis.

Atentamente,

  
**Laura Chaverri Vargas**  
**Cédula de identidad: 2-0544-0224**  
**Carné Colegio Enfermeras: 5294**

#### Anexo 4: Carta del filólogo

San Ramón, 22 de febrero de 2017

Sres.

Comité de Trabajos Finales de Graduación  
Escuela de Enfermería  
Universidad Hispanoamericana

Estimados señores:

La estudiante **Ingrid Corrales Jiménez**, con cédula N°. 2-685-104, me ha presentado para la corrección de estilo, en mi calidad de profesional graduado en Filología, el trabajo de investigación denominado: **"FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE ENFERMEDADES DEL SISTEMA INMUNE EN ADULTOS MAYORES DE LOS HOGARES DE ANCIANOS RICARDO SOTO DE VALVERDE VEGA Y JOSÉ DEL OLMO DE NARANJO EN RELACIÓN CON SUS SIGNOS Y SÍNTOMAS, SETIEMBRE 2016."** el cual fue elaborado para optar por el grado de Licenciatura en Enfermería.

He revisado, de acuerdo con los lineamientos de la corrección de estilo señalados por la Universidad, los aspectos de estructura gramatical, acentuación, ortografía, puntuación y los vicios de dicción, que se trasladan al escrito, y he verificado que se han realizado todas las correcciones indicadas en el documento.

Por consiguiente, este trabajo se encuentra listo para ser presentado oficialmente a la Universidad.

Atentamente,



Lic. Carlos María Palma Zúñiga MSc.

N°. Carné COLYPRO 33367

## Anexo 5: Carta permiso de la universidad autorizando el trabajo

San José, 18 de abril de 2017.

Msc.

Zayda Rodríguez C.

Directora Carrera de Enfermería

Universidad Hispanoamericana

Estimada Msc. Rodríguez

La estudiante INGRID CORRALES JIMÉNEZ me ha presentado, para efectos de revisión después de la defensa pública el trabajo de investigación denominado FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE ENFERMEDADES DEL SISTEMA INMUNE EN ADULTOS MAYORES DE LOS HOGARES DE ANCIANOS RICARDO SOTO DE VALVERDE VEGA Y JOSÉ DEL OLMO DE NARANJO EN RELACIÓN CON SUS SIGNOS Y SÍNTOMAS, NOVIEMBRE 2016, el cual contiene los cambios recomendados por el Tribunal.

En mi calidad de tutor, he verificado que se han hecho las correcciones indicadas

Atentamente,

Msc. María Cecilia Astúa V

Cédula 3-213-890

maryastua@gmail.com

## Anexo 6: Carta de autorización de las dos instituciones



### Hogar de Ancianos de Valverde Vega

*Ricardo Soto García*

Cédula Jurídica N° 8-003-102266  
Sarchi Sur, Valverde Vega.

Valverde Vega, 16 de Junio de 2016

Señorita  
Ingrid Corrales Jiménez  
San Pedro de Valverde Vega  
Alajuela

Reciba un cordial saludo.

Conforme a la solicitud realizada para desarrollar el tema de la tesis, **Factores de Riesgo para el desarrollo de enfermedades del sistema inmune adultos mayores en relación a sus signos y síntomas**, tenemos que indicarle que Hogar de Ancianos de Valverde Vega se ve honrado al ser tomado en cuenta para que se cumpla dicha labor.

De manera que me permito comunicarle que la Junta Administradora del Hogar de Ancianos de Valverde Vega ha aprobado la solicitud según consta en acuerdo tomado en la sesión del ordinaria del miércoles 15 de junio de 2016.

No queda más que informarle que nos pongamos de acuerdo para la coordinación del caso y proceso de ejecución y cumplimiento de tareas.

Sin más por el momento se suscribe.

  
Carlos A. Pérez Rojas  
Administrador



Hogar de Ancianos de Valverde Vega

CC: archivo

Telefono 2464-2244 Email: [hogardeancianosvv@icc.co.cr](mailto:hogardeancianosvv@icc.co.cr)  
Para donaciones realizar Depósito en la cuenta N° 100-1-129-001484-1, Banco Nacional de Costa Rica.

"Que Dios bendiga a aquellos que colaboran en construir mi hogar"



Asociación Benéfica Hogar de Ancianos José del Olmo - Naranjo - Alajuela - Costa Rica.  
Cédula Jurídica N° 3-002-045595 - Tel. 2451-3691-Fax: 2450-0650 Correo: [hajonaranjo@hotmail.com](mailto:hajonaranjo@hotmail.com)

Naranjo, 06 de diciembre 2016

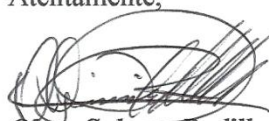
Señores:  
Universidad Hispanoamericana  
Escuela de Enfermería  
San José

Estimados señores:

El suscrito Olger Salazar Badilla, portador de la cédula 2-0370-0536, en mi calidad de Administrador del Hogar de Ancianos José del Olmo los saluda muy respetuosamente, a la vez comunicarles que autorizo a la Estudiante Ingrid Corrales Jiménez, cédula de identidad No. 2-685-104, a realizar el proyecto de tesis; **“FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE ENFERMEDADES DEL SISTEMA INMUNE EN ADULTOS MAYORES EN LOS HOGARES DE ANCIANOS RICARDO SOTO Y JOSÉ DEL OLMO EN RELACIÓN A SUS SIGNOS Y SÍNTOMAS SARCHÍ, NOVIEMBRE 2016”** para optar por el grado de Licenciatura en enfermería.

Sin otro en particular se despide,

Atentamente,

  
*Olger Salazar Badilla*  
Administrador

Asociación Benéfica  
HOGAR DE ANCIANOS  
JOSE DEL OLMO  
ALAJUELA, C.R.

cc. archivo.

**Anexo # 7 Instrumento**

**Universidad Hispanoamericana**

**Escuela de Enfermería**

El presente instrumento fue elaborado con el fin de recolectar datos de los adultos mayores de los Hogares de Ancianos, con fines solamente educativos, n la elaboración del proyecto de investigación denominado FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE ENFERMEDADES DEL SISTEMA INMUNE EN ADULTOS MAYORES DE LOS HOGAR DE ANCIANOS RICARDO SOTO Y JOSE DEL OLMO EN RELACIÓN A SUS SIGNOS Y SÍNTOMAS SARCHI, NOVIEMBRE 2016.”

Se le garantiza que los datos obtenidos serán utilizados solo para estos fines y se seguirán criterios de confidencialidad.

Se les agradece la colaboración en este trabajo.

Ingrid Corrales Jiménez

Iniciales del usuario: \_\_\_\_\_

Indicaciones generales: por favor responda lo que más se asemeja a su realidad.

1. Indique cuál es su género  Masculino  Femenino

2. Indique cuál es su edad en años cumplidos

Menos de 64 años  80 a 89 años

65 a 69 años  Mayor de 90 años

70 a 79 años

3. Indique su estado civil

Soltero

Casado

Divorciado

viudo

Unión Libre

4. ¿Cuál es su escolaridad?

Primaria Incompleta

Primaria Completa

Secundaria Incompleta

Secundaria Completa

Universidad Incompleta

Universidad Completa

5. ¿Hace cuánto tiempo ingresó al Hogar para ancianos?

Menos de un año

6 a 10 años

1 a 5 años

Más de 10 años

6. ¿Por qué motivo ingresó al hogar?

Por decisión propia

Situación de riesgo

Por decisión de mis familiares

Otro especificar \_\_\_\_\_

7. ¿Padece de alguna de las siguientes enfermedades?

Infecciones gastrointestinales

Otro tipo de cáncer



14 ¿Ha sentido usted algún signo o síntomas de los siguientes?

- Gastritis  Pérdida de peso sin explicación  
 Pérdida de apetito  Lunares nuevos en el cuerpo

15 ¿Ha sentido usted algún signo o síntomas de los siguientes?

- Cansancio o fatiga  Debilidad en el cuerpo  
 Anemia  Fiebre

16 ¿Ha sentido usted algún signo o síntomas de los siguientes?

- Sensación de opresión en el cuello  Dificultad para tragar  
 Tos  Ronquera

17 ¿Considera que la manipulación de alimentos en el Hogar de Ancianos es la correcta?

- Sí  No

18. Como considera el ambiente en el Hogar de Ancianos?

- Caliente  Frio  
 Húmedo  Seco

19. ¿A lo largo de su vida ha recibido algún tratamiento contra el cáncer?

- Sí  No

20. ¿Ha utilizado alguna crema contra hongos a lo largo de su vida?



### Anexos # 8 Egresos hospitalarios de Personas Mayores de 65 años por año según diagnóstico principal. C.C.S.S., 1997-2015

Egresos hospitalarios de Personas Mayores de 65 años por año según diagnóstico principal. C.C.S.S., 1997-2015																			
Diagnóstico principal	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Ciertas enfermedades infecc.y parasitarias	706	753	704	717	779	722	907	773	1,182	790	1,093	665	760	895	731	803	1,205	678	745
Enfermedades Infecciosas Intestinales	277	306	292	298	348	345	371	351	333	327	323	279	423	307	260	277	303	364	330
Tuberculosis	79	111	98	74	83	69	60	57	54	36	47	59	32	32	51	37	23	28	26
Ciertas Zoonosis Bacterianas	3	7	1	6	5	2	8	5	24	14	16	7	6	14	12	14	10	12	6
Otras Enfermedades Bacterianas	168	153	117	127	97	90	88	116	88	74	63	50	62	91	77	56	75	69	92
Infecciones con Modo de Transmisión Predominantemente Sexua	1	4	6	3	2	6	2	10	4	11	11	16	17	9	15	7	12	6	6
Otras Enfermedades Debidas a Espiroquetas	4	2	3	1	3	1	-	-	3	-	4	8	5	5	5	7	6	5	5
Rickettsiosis	-	-	-	-	-	-	1	-	1	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-
Infecciones Virales del Sistema Nervioso Central	4	5	5	6	8	10	9	7	6	7	5	8	10	6	8	6	4	7	12
Fiebres Virales Transmitidas por Artrópodos y Fiebres Viral	16	5	29	47	90	58	242	83	530	182	479	118	91	327	174	270	630	86	163
Infecciones Virales Caracterizadas por Lesiones de la Piel	76	73	83	78	70	69	55	65	62	62	71	60	57	44	70	62	72	50	56
Hepatitis Viral	8	12	5	7	9	14	12	10	4	4	8	13	11	8	7	14	8	5	8
Enfermedad por Virus de la Inmunodeficiencia Humana [Vih]	6	2	3	5	4	13	11	6	11	9	19	7	10	17	7	18	9	8	19
Otras Enfermedades Virales	19	10	14	15	13	3	8	11	11	8	12	2	11	7	9	9	11	6	8
Micosis	16	27	21	32	23	16	24	29	22	27	24	19	16	21	27	21	27	26	10
Enfermedades Debidas a Protozoarios	10	12	8	7	6	4	5	12	25	21	10	16	2	3	3	-	2	-	1
Helmintiasis	4	8	9	7	5	6	2	3	3	4	1	2	3	1	2	2	4	3	2
Pediculosis, Acariasis y Otras Infestaciones	2	3	4	1	5	3	3	3	1	3	-	1	2	3	3	2	2	3	1
Otras patologías	1	3	1	2	-	-	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	2
Fuente: C.C.S.S., Área de Estadística en Salud.																			

## Egresos hospitalarios de Personas Mayores de 65 años por año según diagnóstico principal. C.C.S.S., 1997-2015

Diagnóstico principal	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
<b>Tumores</b>	<b>3,556</b>	<b>3,544</b>	<b>3,705</b>	<b>3,657</b>	<b>3,816</b>	<b>3,877</b>	<b>4,051</b>	<b>4,066</b>	<b>3,901</b>	<b>3,867</b>	<b>3,897</b>	<b>4,001</b>	<b>4,300</b>	<b>4,351</b>	<b>4,636</b>	<b>5,259</b>	<b>5,717</b>	<b>6,149</b>	<b>6,336</b>
Tumores malignos del labio, de la cavidad bucal y de la far	112	96	83	72	90	68	68	68	48	99	69	85	78	71	88	82	84	73	74
Tumores malignos de los órganos digestivos	936	960	924	955	951	962	1,019	986	996	929	980	917	1,023	1,102	1,103	1,174	1,217	1,314	1,363
Tumores malignos de los órganos respiratorios e intratoráci	213	181	195	202	198	188	211	218	200	176	195	221	213	183	199	183	228	221	194
Tumores malignos de los huesos y de los cartilagos articula	12	18	15	11	9	11	7	7	7	5	9	11	14	6	19	13	17	13	26
Melanoma y otros tumores malignos de la piel	237	213	300	244	298	294	341	246	266	268	267	244	296	289	363	467	679	823	713
Tumores malignos de los tejidos mesoteliales y de los tejid	36	24	19	30	31	29	18	27	32	29	20	38	34	26	36	54	50	50	49
Tumor maligno de la mama	225	217	229	234	259	242	260	279	274	284	256	262	288	280	339	399	381	430	475
Tumores malignos de los órganos genitales femeninos	294	274	259	258	261	289	271	263	277	220	230	199	242	273	255	404	334	314	378
Tumores malignos de los órganos genitales masculinos	395	400	483	452	473	494	545	517	489	535	515	538	531	574	557	539	631	705	700
Tumores malignos de las vías urinarias	185	208	212	196	203	207	189	218	190	228	223	237	258	209	226	277	291	306	288
Tumores malignos del ojo, del encéfalo y de otras partes de	39	34	35	27	56	37	32	36	29	50	43	36	35	39	41	41	48	57	51
Tumores malignos de la glándula tiroides y de otras glándul	49	27	35	22	22	29	36	32	39	43	46	37	40	58	66	68	72	89	85
Tumores [Neoplasias] malignos de sitios mal definidos, secu	122	153	136	161	153	193	197	197	203	170	187	205	227	203	212	252	285	297	342
Tumores [Neoplasias] malignos del tejido linfático, de los	194	208	186	188	204	217	211	231	226	234	243	280	259	260	247	287	293	306	292
Tumores [Neoplasias] malignos (primarios) de sitios múltipl	7	3	5	1	4	6	3	2	1	2	4	17	15	4	9	12	8	17	11
Tumores [Neoplasias] In Situ	31	46	42	50	50	69	60	60	56	60	45	42	63	55	57	45	83	61	85
Tumores [Neoplasias] Benignos	255	216	291	268	260	276	279	308	244	244	283	301	299	286	308	386	494	464	531
Tumores [Neoplasias] de Comportamiento Incierto o Desconoci	214	266	256	286	294	266	304	371	324	291	282	331	385	433	511	576	522	609	679

Fuente: C.C.S.S., Área de Estadística en Salud.

