

**UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA**

**CARRERA DE ENFERMERÍA**

*Tesis para optar por el grado académico de  
Licenciatura en Enfermería*

**SATISFACCIÓN DEL ADULTO MAYOR  
EN RELACIÓN CON LOS CUIDADOS  
INTEGRALES EN SALUD, QUE RECIBEN  
EN EL HOGAR DE ANCIANOS CARLOS  
MARÍA ULLOA, DESDE LA PERSPECTIVA  
DE LA TEORIZANTE DE ENFERMERÍA  
VIRGINIA HENDERSON, DICIEMBRE,  
2017**

**MARÍA ÁNGEL CHINCHILLA TREJOS**

**Diciembre, 2017**

## Tabla de contenido

ÍNDICE DE TABLAS .....	4
ÍNDICE DE FIGURAS .....	4
RESUMEN .....	7
<b>CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>10</b>
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	10
1.1.1 Antecedentes del problema .....	10
1.1.2 Delimitación del problema .....	21
1.1.3 Justificación.....	21
1.2 REDACCIÓN DEL PROBLEMA CENTRAL .....	22
1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN .....	23
1.3.1 Objetivo general .....	23
1.3.2 Objetivos específicos.....	23
1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES .....	23
1.4.1 Alcances de la investigación .....	24
1.4.2 Limitaciones de la investigación .....	24
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>25</b>
2.1 Satisfacción del adulto mayor .....	25
2.1.1 Definición de satisfacción .....	26
2.1.2 Características de la satisfacción.....	26
2.1.3 Elementos de la satisfacción .....	28
2.1.4 Tipos de satisfacción .....	29
2.1.5 Medición de la satisfacción .....	29
2.1.6 Beneficios de la satisfacción del usuario.....	32
2.1.7 Calidad de vida.....	32
2.2 Persona adulta mayor .....	34
2.2.1 Derechos de las personas adultas mayores.....	34
2.2.2 Envejecimiento.....	36
2.3 Cuidados integrales en salud.....	46
2.3.1 Definición de salud.....	46
2.3.2 Definición de cuidado .....	47
2.3.3 Tipos de cuidados.....	48
2.3.4 Rol del profesional de Enfermería .....	49
2.4 Teorizante de Enfermería: Virginia Henderson.....	51
<b>CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO .....</b>	<b>56</b>
3.1 ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN .....	57
3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN .....	57
3.3 UNIDADES DE ANÁLISIS U OBJETOS DE ESTUDIO .....	58
3.3.1 Población.....	58
3.3.2 Muestra.....	58
3.3.3 Criterios de inclusión y exclusión .....	58
3.4 INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN .....	59
3.4.1 Validez del cuestionario .....	59

3.4.2 Confiabilidad el cuestionario .....	59
3.5. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN .....	59
3.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES .....	59
3.7 PLAN PILOTO.....	65
CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	66
CAPITULO V: DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS .....	106
5.1 DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS .....	107
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	117
6.1 CONCLUSIONES .....	118
6.2 RECOMENDACIONES.....	119
BIBLIOGRAFÍA .....	120
ANEXOS .....	128

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N 1 Criterios de inclusión y exclusión de los adultos mayores del Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017.....	60
Tabla N 2 Distribución de adultos mayores, según nivel de satisfacción con respecto a los cuidados en salud, en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017.....	98

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura N 1 Distribución porcentual de adultos mayores, según género en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017.....	68
Figura N 2 Distribución porcentual de adultos mayores, según nacionalidad en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017.....	69
Figura N 3 Distribución porcentual de adultos mayores, según edad en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017.....	70
Figura N 4 Distribución porcentual de adultos mayores, según estado civil en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017.....	71
Figura N 5 Distribución porcentual de adultos mayores, según religión en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017.....	72
Figura N 6 Distribución porcentual de adultos mayores, según cantidad de hijos en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017.....	73
Figura N 7 Distribución porcentual de adultos mayores, según escolaridad en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017.....	74
Figura N 8 Distribución porcentual de adultos mayores, según acceso a pensión monetaria en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017.....	75

Figura N 9 Distribución porcentual de adultos mayores, según realización de examen físico en el momento de ingreso en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017.....	76
Figura N 10 Distribución porcentual de adultos mayores, según relación con su familia en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017.....	77
Figura N 11 Distribución porcentual de adultos mayores, según relación con otros adultos mayores en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017.....	78
Figura N 12 Distribución porcentual de adultos mayores, según el trato recibido en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017.....	79
Figura N 13 Distribución porcentual de adultos mayores, según confianza en el manejo de información personal en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017.....	80
Figura N 14 Distribución porcentual de adultos mayores, según continuidad de los cuidados en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017.....	81
Figura N 15 Distribución porcentual de adultos mayores, según atención en salud en caso de enfermedad en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017.....	82
Figura N 16 Distribución porcentual de adultos mayores, según necesidad de asistencia para trasladarse en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017.....	83
Figura N 17 Distribución porcentual de adultos mayores, según movilización de forma independiente en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017.....	84
Figura N 18 Distribución porcentual de adultos mayores, según realización de actividades de cuidado personal en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017.....	85
Figura N 19 Distribución porcentual de adultos mayores, según conocimiento de medicamentos en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017.....	86
Figura N 20 Distribución porcentual de adultos mayores, según conocimiento de medicamentos que consumen por patología en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017.....	87

Figura N 21 Distribución porcentual de adultos mayores, según necesidad de asistencia para el consumo de fármacos en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017.....	88
Figura N 22 Distribución porcentual de adultos mayores, según conocimiento de efectos secundarios producidos por fármacos en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017...	89
Figura N 23 Distribución porcentual de adultos mayores, según conocimiento sobre medidas para la prevención de caídas en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017.....	90
Figura N 24 Distribución porcentual de adultos mayores, según medidas para la prevención de enfermedades en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017.....	91
Figura N 25 Distribución porcentual de adultos mayores, según presencia de patologías en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017.....	92
Figura N 26 Distribución porcentual de adultos mayores, según necesidades de alimentación en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017.....	93
Figura N 27 Distribución porcentual de adultos mayores, según realización de actividad física en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017.....	94
Figura N 28 Distribución porcentual de adultos mayores, según actividades físicas realizadas en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017.....	95
Figura N 29 Distribución porcentual de adultos mayores, según nivel de satisfacción con respecto a los cuidados en salud en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017.....	96
Figura N 30 Distribución porcentual de adultos mayores, según nivel de satisfacción con respecto a la forma en cómo se presenta la Enfermera en salud en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017.....	97
Figura N 31 Distribución porcentual de adultos mayores, según uso del nombre en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017.....	98

Figura N 32 Distribución porcentual de adultos mayores, según nivel de satisfacción con respecto a la realización de un procedimiento por parte de la Enfermera en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017.....	99
Figura N 33 Distribución porcentual de adultos mayores, según nivel de satisfacción con la estancia recibida en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017.....	100
Figura N 34 Distribución porcentual de adultos mayores, según nivel de satisfacción con respecto a la asistencia brindada en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017.....	101
Figura N 35 Distribución porcentual de adultos mayores, según nivel de satisfacción con respecto a las actividades de recreación en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017.	102
Figura N 36 Distribución porcentual de adultos mayores, según nivel de satisfacción con respecto a las necesidades espirituales en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017..	103
Figura N 37 Distribución porcentual de adultos mayores, según trato brindado por el personal de Enfermería en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017.....	104
Figura N 38 Distribución porcentual de adultos mayores, según nivel de satisfacción con respecto a su vida, en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017.....	105

## RESUMEN

**Introducción:** En Costa Rica se crea la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez 2011-2021 por parte del Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor <sup>9</sup>, la cual se enfoca en asumir el reto de promover y proteger los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas adultas mayores, a su vez se compromete a eliminar la discriminación y a reconocer que las personas a medida que envejecen, tienen el derecho de disfrutar de una vida plena, con salud, seguridad y participación activa en diversas áreas como la económica, social, cultural y política. **Objetivo General:** identificar el nivel de satisfacción

de los adultos mayores con edades de los 65 años a los 90 años en relación con los cuidados básicos de salud que reciben en el Hogar Carlos María Ulloa, desde la perspectiva de la Teorizante de Enfermería de Virginia Henderson, durante el mes de diciembre del 2017.

**Metodología:** se trabaja con una población de 101 adultos mayores, con edades de los 65 a los 95 años, del Hogar Carlos María Ulloa. Estudio con enfoque cuantitativo y no experimental, ya que se observan los fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para luego analizarlos estadísticamente.

**Resultados:** aspectos sociodemográficos, el 94% de los adultos mayores son costarricenses, 31% se encuentran en el rango de edad de 80-85, 34% se encuentran viudos, 93% son católicos, 49% tuvo entre 1-3 hijos, 33% cuenta con primaria incompleta, 70% cuenta con pensión económica, Cuidados básicos. 64% menciona que en el momento de ingreso al Hogar Carlos María Ulloa sí se le realizó un examen físico, 78% afirma que hay continuidad de los cuidados de enfermería, si se encuentran enfermos un 92% menciona que siempre se les atiende, 56% realizan actividades de cuidado personal de forma independiente, 59% si conoce medidas para la prevención de caídas, 50% menciona que siempre adaptan la dieta a sus necesidades. Nivel de satisfacción. 84% se encuentra muy satisfechos el saludo de la Enfermera, 84% muy satisfecho con la presentación de la Enfermera, 86% muy satisfecho porque se refieren a ellos por su nombre, 41% muy satisfechos con la realización de procedimientos, 81% muy satisfecho con la estancia recibida, 41% muy satisfecho por la asistencia a la hora del baño, 71% muy satisfecho con las actividades de recreación, 91% muy satisfechos con las necesidades espirituales, 87% muy satisfecho con el trato brindado por el personal de Enfermería, 75% muy satisfecho con su vida.

**Discusión:** de acuerdo con las proyecciones de población a nivel nacional aumentará el número de personas adultas mayores, en consecuencia según Robles <sup>42</sup> a partir del 2015 la tasa de crecimiento de la población de 65 años y más será muy elevada por encima del 4%, ello equivale a que la población se duplique cada 15 años, para el 2025 habrá aproximadamente 600 mil personas adultas mayores de las cuales un 2,3% tendrían más de 80 años lo que equivale a 225 mil personas y en el 2050 serán aproximadamente un millón 200 mil adultos mayores.

**Conclusiones:** las personas adultas mayores del Hogar Carlos María Ulloa corresponden en su mayoría a personas: entre 80 y 85 años de edad, predominante el sexo femenino, de nacionalidad costarricense, viudos, de religión católica, con escolaridad de primaria incompleta, con

acceso a una pensión monetaria, conocidos hipertensos, diabéticos y con otras patologías presentes, utilizan diariamente medicamentos, activos físicamente. Respecto a los cuidados de salud brindados por el personal, las personas adultas mayores se encuentran satisfechas con el servicio recibido por parte de los trabajadores del Hogar Carlos María Ulloa. Indican sentirse insatisfechos con la alimentación, satisfechos con la asistencia para la movilización, con las actividades de ocio y recreación, con el tiempo de descanso y sueño, con el trato y la motivación del personal. En cuanto a la medicación se encuentran muy insatisfechos debido a que no reciben información sobre los efectos secundarios que producen los mismos. A su vez, indican que no se brindan cuidados para las patologías que presentan ni medidas de prevención para otras patologías. La satisfacción relacionada con los cuidados de salud que brinda el personal del Hogar Carlos María Ulloa está presente en los usuarios. Aunque no se brindan cuidados específicos e individualizados a cada persona, los clientes se encuentran satisfechos con el servicio recibido por parte de los trabajadores de la institución, aun así, existen deficiencias presentes en la calidad del cuidado que se practica.

# **CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

## **1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1.1 Antecedentes del problema**

#### **Antecedentes Internacionales**

En la ciudad de Lima, Perú se realiza una investigación descriptiva en el 2006 denominada “Factores asociados a la satisfacción de vida del adulto mayor de 60 años en Perú” por Inga y Vara<sup>1</sup>, el objetivo general era poder determinar los principales factores asociados y la

satisfacción de vida de los adultos mayores de 60 años, la cual se estudia para poder comprender de una mejor manera el proceso de envejecimiento.

En la investigación mencionada anteriormente se recolecta una muestra de 122 personas, con las cuáles se lograron determinar los principales factores asociados a la satisfacción de vida en los adultos mayores de 60 años de edad que viven en la ciudad en Lima, por medio de la aplicación de la encuesta sobre calidad de vida la cual se divide en 7 escalas (resentimiento, satisfacción de vida, maltrato al anciano, dependencia por incapacidad, apoyo social, identidad amical prosocial, identidad amical antisocial).

“Dentro de las conclusiones de la investigación se observa que los ancianos encuestados tienen una alta satisfacción vital; sin embargo, señalaron mayor nivel de insatisfacción en aspectos tales como debilidad corporal, sentimientos de ser abandonados por sus familiares, así como soledad o desesperanza. Por último, se encontró que el resentimiento fue el factor que está más asociado a la satisfacción de vida en los adultos mayores, seguido del nivel de instrucción, apoyo social recibido, consumo de sustancias psicoactivas, maltrato familiar y densidad amical.”<sup>1</sup>

Inga<sup>1</sup> menciona que la población mayoritariamente se siente satisfecha con su vida, pero de igual manera se ve afectada por aspectos como la debilidad corporal, soledad, desesperanza y sentimientos de ser abandonados por sus familiares, por lo que es importante enfocarse como profesionales en salud en estas situaciones para lograr brindar satisfacción en su proceso de envejecimiento, el cual puede ser alterado por los aspectos anteriormente descritos.

En Lima-Perú se realiza una investigación bajo el diseño cualitativo- descriptivo en el 2007 por Vera acerca del “Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y

para su familia” quien busca comprender el significado que tiene para cada uno de estos bajo sus perspectivas.

La población de estudio está conformada por 16 adultos mayores de 65 a 80 años y 16 grupos familiares, los datos de la investigación son obtenidos mediante la observación y entrevistas a profundidad, el escenario para esta recolección estuvo constituida por los hogares de los adultos mayores a partir de diciembre del 2004 hasta abril del 2006, a través de visita domiciliaria.

La autora plantea una serie de hipótesis en función a los resultados obtenidos por medio de la investigación.

“1. En el adulto mayor, en su vida cotidiana, a mayor nivel de paz, tranquilidad, protección familiar, digna y amorosa, sin perder su derecho a la libre expresión, comunicación y decisión; mayor será su calidad de vida; 2. En relación con la familia, cuanto menor considere el nivel de satisfacción de las necesidades de seguridad, estabilidad, posesión y pertenencia del adulto mayor, menor será el nivel de su calidad de vida. 3. A diferencia de los jóvenes y adultos, la pirámide de necesidades para el adulto mayor requiere una especial consideración o adecuación, reubicando las necesidades de amor y afecto, principalmente, en el primer nivel, conjuntamente con las llamadas necesidades básicas.

4. La necesidad de autorrealización no es solo un derecho del joven; el adulto mayor debe sentirse autorealizado, si, y solo si, tiene el apoyo y ayuda familiar para el logro de sus metas y perspectivas, garantizando con ello su calidad de vida.”<sup>2</sup>

La visión de satisfacción que tiene el adulto mayor varía con respecto a la que tiene para la familia, para los adultos mayores la satisfacción viene de cosas sencillas como tener paz y tranquilidad, ser cuidado por la familia con amor y respeto y a la vez ser protegido por los mismos, como lo es también suplir sus necesidades de libre expresión y comunicación, para la familia este significado va más allá enfocándose en necesidades básicas como alimentación, vestido, higiene y vivienda, por lo que es importante comunicarle a las

familias y sociedad en general que los adultos mayores necesitan cosas más simples como un gesto de cariño para sentirse satisfechos y plenos con su vida.

En Santiago de Chile se lleva a cabo una investigación por Ramírez, Lee, acerca de “Factores asociados a la satisfacción vital en adultos mayores de 60 años”, los datos fueron recolectados por medio de un cuestionario de satisfacción vital, el cual se diseñó con 7 posibilidades de respuesta que van desde fuertemente en desacuerdo hasta fuertemente de acuerdo.

“Con una muestra de 122 personas mayores de 60 años de la ciudad de Arica. Las edades iban de los 60 a los 82 años, con edad media de 66 años. La muestra estaba constituida por 52,5% de hombres y 47,5% de mujeres. De los cuales se entrevistaron a 36 parejas para efectuar la medición de la Satisfacción Vital”<sup>3</sup>.

Ramírez, Lee <sup>3</sup> las variables sociodemográficas que se seleccionaron en el estudio como (enfermedades crónicas, importancia de la religión en la vida, ingreso total familiar, situación de vivienda y situación de hogar) llegan a explicar un porcentaje aceptable para el componente de la satisfacción vital, considerando que es el juicio global que la persona realiza de los diferentes aspectos de su vida.

“Se observa una diferencia en las correlaciones de las variables sociodemográficas. Para los hombres solo la variable de “ingresos económicos” presenta una relación con la Satisfacción Vital, en cambio para las mujeres las variables aumentan, incorporando variables relacionadas con la compañía y cercanía de su familia”<sup>3</sup>.

Gracias a esta investigación se logra observar que el rol de la mujer es muy distinto al del hombre con respecto a la satisfacción, las mujeres están más enfocadas en el cuidado de la familia y la sensibilidad emocional, y el hombre se enfoca más en ganar un salario para su familia, por lo que la variable del sexo puede crear diferencias con respecto a la satisfacción. Los adultos mayores que padecen enfermedades crónicas y que cuentan con

apoyo ya sea por la presencia de sus hijos o por vivir con compañía aumentan los índices de satisfacción vital por parte de estos.

En México se realiza una investigación enfocada en la calidad de los servicios de salud hospitalarios, llamada “Satisfacción del adulto mayor con respecto a la atención del personal de enfermería en el Hospital General de Cunduacán Tabasco” esta investigación se lleva a cabo por García.

“Estudio descriptivo de corte transversal con 58 usuarios adultos mayores, a los cuales se les aplica un cuestionario auto administrado el cual está estructurado por información general, evaluación de los cuidados con calidez, continuidad de los cuidados y cuidados libres de riesgo, como resultado principal la satisfacción general es de 58% con satisfacción alta, el 40% medianamente satisfecho y el 2% manifiesta satisfacción baja”<sup>4</sup>.

En el estudio de García se observa que más de la mitad de los usuarios adultos mayores presentan un nivel de satisfacción alto al cuidado proporcionado por el personal de Enfermería, el cual trata al adulto mayor de manera integral y se le respetan sus derechos, lo cual muestra un nivel de satisfacción elevado.

A su vez Contreras<sup>5</sup> et al en México, realiza una investigación descriptiva-transversal llamada “Satisfacción con el cuidado de Enfermería del adulto mayor hospitalizado” en la cual se realizaron entrevistas a 45 adultos mayores hospitalizados en las áreas de medicina interna y cirugía de dos instituciones de segundo nivel de atención, para hacer la medición de la satisfacción de estos usuarios se utiliza un instrumento diseñado por Hinshaw y Atwood denominado “PSI (patient satisfaction instrument) el cual es traducido, adaptado y validado, con un Alpha de Cronbach de 78 el instrumento es de escala tipo likert con 23 reactivos los cuales comprenden tres dimensiones: cuidado técnico profesional, relación interpersonal enfermera-paciente y educación al paciente.

Dentro de los resultados obtenidos Contreras<sup>5</sup> et al mencionan que el paciente se siente mejor al platicar con la enfermera (75.6%), la enfermera se muestra agradable cuando esta con el paciente (62.2%), la enfermera debería ser más atenta de lo que es (60.0%), el paciente se siente con libertad para preguntarle a la enfermera cuestiones de salud (55.6%), solo un reactivo predominó en total desacuerdo, le molesta cuando la enfermera le habla como si fuera un niño (60.0%).

La satisfacción con la calidad brindada por el personal de enfermería es alta, como se observa en la investigación anterior, ya que el personal de enfermería brinda satisfacción a las necesidades de los usuarios adultos mayores hospitalizados.

En Chile, Buide<sup>6</sup> et al realiza un estudio descriptivo, bajo el nombre “Papel del profesional de Enfermería en un centro de día gerontológico”, cuyo objetivo era perfilar el papel del profesional de Enfermería y sus actuaciones, base de los cuidados integrales a dispensar, con el fin de incrementar la autonomía de los usuarios y el grado de satisfacción familiar.

La metodología de dicho estudio consiste en una revisión y protocolización de la intervención del personal de enfermería de acuerdo con su papel en los centros gerontológicos, la cual se basa en la valoración previa del usuario.

Buide<sup>6</sup> et al menciona que el profesional de enfermería debe trabajar integrado en el equipo multidisciplinar, donde juega un papel primordial, a su vez su intervención debe ser integral y personalizada a las necesidades, lo que evita enfoques paternalistas o de sobre ayuda, el personal de Enfermería debe involucrar a la familia a fin de lograr mejoría en los resultados.

La participación del personal de Enfermería es fundamental en los centros diurnos, ya que con su ayuda se logra el mantenimiento de la salud y la prevención de enfermedades crónicas de los usuarios por medio de la educación sanitaria, la cual es de suma importancia ya que logra evitar complicaciones en esta población.

En Washington, USA Albala<sup>7</sup> et al realiza un estudio comparativo bajo el nombre: “Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento”, el cuál investiga los desafíos que impone a la sociedad en general y a los servicios de salud el rápido envejecimiento de la población en América Latina y el Caribe.

El objetivo del estudio es evaluar el estado de salud de las personas adultas mayores de siete ciudades de América Latina y el Caribe: Buenos Aires, Argentina; Bridgetown, Barbados; La Habana, Cuba; Montevideo, Uruguay; Santiago, Chile; México, D.F. y Sao Paulo, Brasil, esto con el fin de estudiar y enriquecer el conocimiento y las necesidades de salud que se presentan por el aumento de la población adulta mayor.

El universo de estudio es la población mayor de 60 años residentes permanentes de hogares privados en cada una de las ciudades descritas anteriormente. Se realiza una encuesta nacional de forma periódica de hogares y empleos, las cuales ofrecen marcos muestrales actualizados, por lo menos más recientes que los últimos censos disponibles.

Albala<sup>7</sup> et al afirma “Cuando se realiza una comparación entre países se tome en cuenta los contextos institucionales, las políticas sectoriales de salud y el desarrollo económico y educativo de los países en general y de las personas de 60 años, entender el contexto en el que las personas viven es indispensable para hacer estudios comparativos los cuales llevan a una mejor comprensión del envejecimiento en América Latina y el Caribe”

Los autores Albala<sup>7</sup> et al mencionan que “Los adultos mayores de la región van envejeciendo a un ritmo que no se ha observado en el mundo desarrollado, esto indica que los mismos están envejeciendo con más limitaciones funcionales y peor salud que sus semejantes en países desarrollados. Además, las redes familiares están cambiando rápidamente y tienen menos capacidad de suplir la falta de protección social institucional”<sup>7</sup>.

Los aspectos sociodemográficos, económicos y familiares se deben tomar en cuenta ya que estos influyen en el bienestar de las personas adultas mayores, el crecimiento de dicha población altera considerablemente los costos de asistencia sanitaria, ya que sus padecimientos son crónicos y estos necesitan una vigilancia constante por el personal de

salud, por esto muchas de las familias toman la decisión de hacer uso de instituciones que se encarguen de sus familiares mientras ellos laboran.

La Organización de Naciones Unidas, menciona que el envejecimiento poblacional es el aumento creciente de la proporción de personas mayores de 60 años, este aumento se da gracias al progresivo incremento de la esperanza de vida. Barrera L, Rubio R, Rubio L, Quintero M, Falque L, Zambrano R<sup>8</sup> et al.

“Se estima que en América Latina y el Caribe, entre los años 2000 y 2025, van a haber 57 millones de adultos mayores más, es decir que del 10% de la población existente en el 2010, dicho grupo poblacional va a representar el 15% en el 2025 y el 25,5% en el 2050.”<sup>8</sup>

El crecimiento de dichas cifras permite que se observe un aumento en la población de personas mayores, esto como consecuencia de los altos porcentajes de esperanza de vida que está alcanzando la población en general, por lo que es necesario estar preparados para brindar una atención integral a este grupo.

La Organización Panamericana de la Salud de acuerdo con los autores Barrera<sup>8</sup> et al advierten que las personas mayores de 65 años consumen un 25% de las prescripciones médicas, el promedio de consumo de fármacos en los tratamientos brindados en el servicio ambulatorio es de 3,5 fármacos por cada adulto mayor, si el mismo se institucionaliza la cantidad de fármacos aumenta a 7, se estima que por año se prescriben entre 12 y 17 fármacos a pacientes adultos mayores.

### **Antecedentes Nacionales**

En Costa Rica se crea la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez 2011-2021 por parte del Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor<sup>9</sup>, la cual se enfoca en asumir el reto de

promover y proteger los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas adultas mayores, a su vez se compromete a eliminar la discriminación y a reconocer que las personas a medida que envejecen, tienen el derecho de disfrutar de una vida plena, con salud, seguridad y participación activa en diversas áreas como la económica, social, cultural y política.

Los adultos mayores tienen el derecho de participar en cada una de las áreas anteriormente mencionadas, para que de esta forma mantengan una participación en la sociedad y se sientan incluidos en la misma, situación que los hace sentirse útiles en una sociedad que día con día intenta excluirlos, en muchos aspectos. El sentirse valorados como personas los motiva a continuar sus labores, ya sean a nivel laboral o domiciliario y tener una vida plena, llena de satisfacciones.

Con base en este tema Araya y Céspedes realizan un estudio llamado “Vejez, dignidad y productividad. Un estudio exploratorio de las condiciones de vida de las y los adultos mayores costarricenses”, con el cual por medio de entrevistas reúne datos estadísticos sobre esta población en el país.

El objetivo principal del estudio consistía en caracterizar a la población adulta mayor costarricense para definir los principales lineamientos de una estrategia de promoción del cooperativismo que aporte a través de la generación de ingresos complementarios o empleo alternativo al mejoramiento de la calidad de vida de este grupo etario.

Los autores descritos mencionan que, la tasa de mortalidad para el grupo de adultos mayores del 2000 al 2002 es de 29 defunciones anuales por cada mil mujeres y 37 defunciones anuales por cada mil hombres.

Araya y Céspedes mencionan que “al analizar las causas de mortalidad se encuentra que alrededor del 40% de estas defunciones son de origen cardiovascular, de un 20% a 25% se deben a algún tipo de cáncer y otro tanto a una variedad de condiciones, entre las que destacan las respiratorias crónicas, la diabetes y el grupo residual de “senilidad”<sup>10</sup>.

Planificar acciones y llevar a cabo programas preventivos ayuda a realizar un cambio de vida desde edades tempranas, por medio de la educación, lo fundamental es hacer ver la importancia de realizar actividad física y mantener una dieta balanceada, para evitar padecimientos crónicos en la población, los cuales potencian los riesgos de muerte.

Castro en su investigación de tipo descriptivo, bajo el título de “Programa de sensibilización sobre el auto cuidado, dirigido a los adultos mayores pensionados y sus familias que asisten a la Asociación de Educadores Pensionados (A.D.E.P) Miramar, Puntarenas Setiembre-diciembre 2011”, propone desarrollar un programa de sensibilización sobre el autocuidado, dirigido a los adultos mayores pensionados y sus familiares que asisten a A.D.E.P, Miramar, Puntarenas, Setiembre-diciembre 2011.

El estudio se realiza con una muestra de 30 adultos mayores pensionados, mediante la aplicación de una entrevista. Entre los resultados que Castro recolecta menciona que un “67% de los adultos mayores visitan los servicios de medicina por lo menos una vez cada tres meses. Asimismo, como parte de las prácticas de autocuidado, un 53% de los adultos mayores se controlan la presión arterial solo una vez al mes, un 37% 1 vez cada 3 meses y un 7% hace más de un año. Además, solo un 63% alega el cumplimiento total de su tratamiento farmacológico <sup>11</sup>.

Castro <sup>11</sup> evidencia que una gran parte de la población adulta mayor no cumple con las prácticas del autocuidado, en esta zona rural hay un déficit en cuanto a la atención en salud, ya que los profesionales no brindan educación a los usuarios para que los mismos comprendan la importancia de mantenerse en un control periódico, para de esta forma realizar un diagnóstico temprano de diversas patologías comunes en el adulto mayor.

Por otra parte, este tipo de asociaciones son importantes para que los individuos puedan socializar con personas de su misma edad, situación que es fundamental para ellos ya que forman redes de apoyo con personas que comprenden de mejor manera las situaciones que viven día con día, es importante promover el envejecimiento saludable no sólo en el aspecto físico.

El cuidado y la humanización forman parte fundamental de la Enfermería y son factores principales del quehacer de la profesión, por esto se lleva a cabo una investigación de tipo descriptivo por Mora llamada “Humanización del cuidado en salud del personal de enfermería, evaluada desde la satisfacción de la persona adulta mayor, Hogar Carlos María Ulloa, diciembre, 2014” en la cual el objetivo principal consiste en determinar la humanización del cuidado del personal de enfermería, evaluada desde la satisfacción de la persona adulta mayor, Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2014.

Un total de 95 encuestas son aplicadas a personas adultas mayores, mediante dos cuestionarios. El primero consiste en un instrumento diseñado por Romero et al, llamado Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería, el segundo cuestionario consiste en un instrumento llamado Caring Assesment Instrument, el cuál es creado por la Lic. En Enfermería Patricia Larson, este es un cuestionario de evaluación de la atención para determinar qué tan satisfecho se encuentra el usuario.

Mora describe que el principal resultado sobre la satisfacción respecto a la humanización en el cuidado representa que un “60% de la población manifiesta que casi siempre se presenta un cuidado con trato humano y el 67.4% comenta sentirse casi siempre satisfecho con este”<sup>12</sup>.

Según Mora y su estudio, el cuidado brindado por parte de este Hogar existe pero en ocasiones se presentan situaciones de deficiencia, ya sea por poca capacitación y formación constante de cómo implementarlo, muchos de los trabajadores deben fortalecer el nivel de satisfacción de sus usuarios, por esto se considera que la deshumanización es una amenaza latente en el sistema de salud en general, por este motivo es importante reflexionar acerca del papel que está ejecutando el profesional de Enfermería en sus diversos niveles de atención , ya que está cayendo en un problema de atención mediocre al no recordar el pilar fundamental del cuidado y trato humanizado que debe caracterizar a la profesión.

El nivel de satisfacción de la población de adultos mayores es indagado por Sánchez quien lleva a cabo una investigación de tipo descriptivo denominada” satisfacción de la persona

adulta mayor, en relación con los cuidados de salud brindados por el personal, centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás, enero-marzo 2017”, en la cual el objetivo principal es determinar la satisfacción de la persona adulta mayor, en relación con los cuidados de salud brindados por el personal, centros diurnos cantones de Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás, enero-marzo 2017.

Mediante la aplicación de un cuestionario a los adultos mayores se recolecta una muestra de un total de 118 encuestas, el cual incluye un total de 52 preguntas con las cuales se busca verificar el nivel de satisfacción que poseen los mismos en cuanto a los cuidados de salud que les brinda el personal de los centros.

Sánchez menciona que “los clientes se encuentran satisfechos con el servicio recibido por parte de los trabajadores del establecimiento, aun así, existen deficiencias en la calidad del cuidado que se practica”<sup>13</sup>.

En el estudio anterior los usuarios de los centros se sienten satisfechos con los cuidados recibidos por parte del personal, aunque la calidad de estos cuidados en ocasiones no sea la óptima, por esta razón se debe exigir más a los profesionales de Enfermería a que se actualicen y mantengan al día en cada una de las áreas de la salud.

### **1.1.2 Delimitación del problema**

La investigación se realiza con 141 adultos mayores, tanto hombres como mujeres, en edades de 65 a 90 años, los cuales la mayoría presentan un nivel de escolaridad bajo, con un nivel socioeconómico medio, los mismos residen en el Hogar Carlos María Ulloa, ubicado en la zona de Guadalupe en el distrito de Goicoechea en la provincia de San José, el estudio se lleva a cabo durante el mes de diciembre del 2017.

### **1.1.3 Justificación**

La presente investigación se justifica, bajo el marco de relevancia social ya que por medio de esta se observa el grado de satisfacción con respecto a los cuidados en salud que les son brindados a los adultos mayores en el Hogar Carlos María Ulloa.

Este es un grupo de suma importancia en nuestro país ya que el porcentaje del mismo cada día va en aumento, por este motivo es importante analizar por medio de los resultados de ésta investigación cuáles son las herramientas adecuadas para realizar el abordaje correcto a dicha población, el Instituto Nacional de Estadística y Censos menciona que “en el año 2012 en nuestro país, la cifra de adultos mayores era de 316 mil personas y se espera que para el año 2050 la cifra ascienda a más de 1 millón, con este aumento la población adulta mayor será mayor a la de niñas y niños (0-14) después del 2040”<sup>14</sup>, por esta razón es de suma relevancia que los profesionales en Enfermería se encuentren preparados y conozcan a profundidad las necesidades de los adultos mayores para lograr abordar a los usuarios de manera adecuada y brindarles una atención integral, no sólo a nivel físico sino también emocional y espiritual.

Hay que tomar en cuenta las necesidades de los adultos mayores para realizar cambios en la atención que se brinda hoy en día y de esta forma mejorar su calidad de vida, ya que se puede afirmar que los cuidados básicos si están relacionados con la satisfacción de los usuarios, al conocer esta información se debe realizar un cambio en la forma de atender a los usuarios, como profesionales de Enfermería debemos estar anuentes a brindar cuidados y atención de primer nivel para que los adultos mayores no sufran más y se vean beneficiados con estas modificaciones que debemos realizar como profesionales y como sociedad.

## **1.2 REDACCIÓN DEL PROBLEMA CENTRAL**

¿Cuál es el nivel de satisfacción de los adultos mayores en relación con los cuidados básicos de salud que reciben en el Hogar Carlos María Ulloa, en el mes de diciembre del 2017?

## **1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.3.1 Objetivo general**

Determinar el nivel de satisfacción de los adultos mayores con edades de los 65 años a los 90 años en relación con los cuidados integrales en salud que reciben en el Hogar Carlos María Ulloa, desde la perspectiva de la Teorizante de Enfermería de Virginia Henderson, durante el mes de diciembre del 2017.

### **1.3.2 Objetivos específicos**

Caracterizar los aspectos sociodemográficos de los adultos mayores del Hogar Carlos María Ulloa, durante el mes de diciembre del 2017.

Describir los cuidados integrales que se les brindan a los adultos mayores del Hogar Carlos María Ulloa, según los postulados, valores y conceptos de Virginia Henderson, durante el mes de diciembre del 2017.

Conocer el nivel de satisfacción de los adultos mayores con respecto a los cuidados integrales en salud brindados por el personal del Hogar Carlos María Ulloa, desde la perspectiva de Virginia Henderson y sus cuatro metas paradigmas durante el mes de diciembre del 2017.

## **1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES**

### **1.4.1 Alcances de la investigación**

No existen alcances para la presente investigación

### **1.4.2 Limitaciones de la investigación**

- ✓ Limitaciones Físicas por presencia de amputaciones en miembro superior o problemas en articulación de la muñeca por parte de los participantes.
- ✓ Alteración en la cantidad de encuestas aplicadas, ya que no todos los adultos mayores contaban con condiciones cognitivas ideales para participar en la investigación.
- ✓ Limitaciones educativas, ya que algunos de los participantes no sabían leer.
- ✓ Defunciones de sujetos participantes de la investigación.
- ✓ Ausencia de participantes por traslado a centros médicos.

## **CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO**

### **2.1 Satisfacción del adulto mayor**

La Organización Mundial de la Salud menciona que los índices de personas adultas mayores son cada vez más altos.

“Entre 2000 y 2050, la proporción de los habitantes del planeta mayores de 60 años se duplicará, pasando del 11% al 22%. En números absolutos, este grupo de edad pasará de 605 millones a 2000 millones en el transcurso de medio siglo.”<sup>15</sup>

Pérez<sup>16</sup> et al, realiza una investigación en la ciudad de la Habana, uno de los indicadores de la salud el cual mide la calidad de los servicios brindados y al cual cada vez más se le debe dar mayor importancia es a la satisfacción del usuario con la atención recibida.

### **2.1.1 Definición de satisfacción**

La satisfacción puede definirse como "la medida en que la atención sanitaria y el estado de salud resultante cumplen con las expectativas del usuario"<sup>16</sup>

La satisfacción del usuario es un concepto que va de la mano con la calidad en la atención médica, Pérez et al menciona que esta se da cuando se realizan actividades con el fin de garantizar los servicios de salud accesibles y equitativos con profesionales sumamente calificados y teniendo en cuenta los recursos disponibles para lograr la satisfacción del usuario con la atención recibida.

Los autores mencionan que, si se quiere ofrecer servicios de mayor calidad y crear instituciones de excelencia, entonces, la evaluación de la satisfacción en los usuarios, familiares y proveedores se convierte en una tarea permanente y dinámica que aporta datos de cómo estamos y que falta para llegar a cumplir las expectativas de unos y de otros.

### **2.1.2 Características de la satisfacción**

La satisfacción se logra mediante un factor esencial como lo es la motivación, según Abraham Maslow, el cual propone la Teoría de la Motivación Humana, la cual trata de una jerarquía de necesidades y factores que motivan a las personas.

Quintero<sup>17</sup> menciona que a medida que la persona va satisfaciendo sus necesidades surgen otras que cambian o modifican el comportamiento mismo; considerando que solo cuando una necesidad está razonablemente satisfecha, surge una nueva necesidad.

Las cinco categorías de necesidades son: fisiológicas, de seguridad, de amor, pertenencia y estima, donde las fisiológicas son las del más bajo nivel. Quintero<sup>17</sup> menciona que las necesidades fisiológicas son de origen biológico y refieren a la supervivencia del hombre, se consideran básicas como: necesidad de respirar, de alimentación, de beber agua, de dormir, de comer, de sexo, de refugio. Las necesidades de seguridad se orientan a la seguridad personal, el orden, la estabilidad y la protección. Aquí se encuentra la seguridad física, de empleo, de ingresos y recursos, familiar de salud y contra el crimen de la propiedad personal. Las necesidades de amor, afecto y pertenencia se presentan continuamente en la vida diaria, cuando el ser humano muestra deseos de casarse, de tener una familia, de ser parte de la comunidad, ser miembro de una iglesia o asistir a un club social.

A su vez Quintero<sup>17</sup> expone que cuando las tres primeras están medianamente satisfechas surgen las necesidades de estima las cuales se refieren a la autoestima, el reconocimiento hacia la persona, el logro particular y el respeto hacia otros, al satisfacer estas necesidades las personas tienden a sentirse seguras y valiosas dentro de la sociedad, cuando estas necesidades no se ven satisfechas las personas se sienten inferiores.

Por último, las necesidades de autorrealización que responden a las necesidades de una persona para ser y hacer lo que esa persona nació para hacer, es decir este es el cumplimiento del potencial personal a través de una actividad específica, si todas las necesidades descritas anteriormente se encuentran satisfechas, la persona podrá gozar en plenitud de todos los aspectos de su vida, a su vez la satisfacción también se podrá lograr

con una atención de calidad por parte del personal del hogar de dónde reside el adulto mayor, todas las necesidades deben ser abordadas por el personal del Hogar para así mantener en óptimas condiciones a los adultos mayores.

### **2.1.3 Elementos de la satisfacción**

Es importante comprender los elementos de la satisfacción para lograr conocer cómo los usuarios definen y observan el desempeño de los servicios. Estos se logran solamente a través de la comprensión de los mismos, según los autores Ávila y García <sup>18</sup> estos elementos serían los siguientes:

**Disponibilidad:** grado con que un servicio de salud se encuentra disponible, siempre que los usuarios lo necesiten.

**Accesibilidad:** grado con el que el usuario espera que lo atiendan en el momento que lo necesita.

**Cortesía:** grado con que el proveedor de servicio de salud demuestra una actitud amable con el usuario siendo capaz de reconocer y comprender sus sentimientos.

**Agilidad:** grado con el que el proveedor de servicio de salud satisface rápidamente la solicitud de los usuarios.

**Confianza:** grado con que el proveedor de servicio de salud demuestra poseer las habilidades para prestar el servicio prometido, de manera precisa y confiable, este es percibido así por el usuario.

**Competencia:** grado con que el proveedor de servicio de salud demuestra poseer las habilidades y los conocimientos necesarios para prestar atención al usuario.

Comunicación: grado con que el proveedor de servicio de salud se comunica con sus usuarios a través de un lenguaje simple, claro y de fácil entendimiento.

#### **2.1.4 Tipos de satisfacción**

Esta investigación se enfoca en la satisfacción con relación a los cuidados de la salud, sin embargo, es importante conocer que existen otros tipos de satisfacción las cuales se clasifican según los autores Ramírez y Lee<sup>19</sup> en:

Satisfacción vital: esta corresponde a la evaluación personal que cada uno hace de sus condiciones particulares, comparada con un referente externo o con sus propias aspiraciones.

Satisfacción personal: según Ramírez y Lee corresponde a “la sensación de alegría, paz y gozo por haber cumplido ciertos objetivos. Implica sentirse útil, aprender a disfrutar la vida en toda circunstancia y lograr la autorrealización personal<sup>19</sup>”.

Satisfacción laboral: corresponde según Abrajan<sup>20</sup> et al a la “interacción entre el personal y el ambiente donde se labora, es la concordancia entre la persona y el puesto que desempeña”.

Satisfacción de información: según el autor Calva la satisfacción de información se entiende como “el restablecimiento del equilibrio del sujeto con su medio circundante, a partir de la desaparición de las carencias de conocimiento e información que tenía sobre un hecho, objeto o fenómeno y que fue lo que provocó una necesidad de información<sup>21</sup>”.

#### **2.1.5 Medición de la satisfacción**

García<sup>4</sup> menciona que para medir la satisfacción en el adulto mayor se debe realizar bajo una evaluación de tres dimensiones las cuales serían:

Evaluación de la satisfacción de los cuidados con calidez, la cual menciona que los usuarios se sienten contentos y a gusto con el trato que le proporciona el personal de enfermería si este le saluda de forma amable, si se le habla por su nombre, y si se los trata con respeto.

Evaluación de la satisfacción de la continuidad de los cuidados, los adultos mayores refieren que el profesional de enfermería siempre brinda los cuidados y tratamiento durante las 24 horas del día, actividades que considera de responsabilidad y continuidad para restablecer su salud.

Evaluación de la satisfacción de los cuidados libres de riesgo, en lo que respecta a esta dimensión el personal de enfermería debe procurar ofrecerles a los usuarios las condiciones necesarias que guardan su intimidad y pudor.

“La satisfacción de los pacientes es uno de los resultados humanísticos, considerada por Donabedian como la aprobación final de la calidad de la atención y refleja la habilidad del proveedor para complementar las necesidades de los pacientes, usuarios. En este sentido, se considera que los pacientes satisfechos continuarán usando los servicios de salud, mantendrán vínculos específicos con los proveedores, cumplirán con los regímenes de cuidado y cooperarán con el aporte de información indispensable para los agentes de salud

16

Según González <sup>22</sup> se puede evaluar la satisfacción de los clientes de dos maneras, ya sea de forma directa o indirecta, con la medición directa se obtiene la percepción del cliente acerca del cumplimiento de sus requisitos por parte de la organización, los datos se obtienen de manera directa por medio de la opinión del cliente y para ello se utilizan instrumentos de recolección de información, en los cuales se utilizan escalas que contienen como respuestas: muy satisfecho, satisfecho, poco satisfecho e insatisfecho.

González <sup>22</sup> plantea que a través de la medición indirecta se consigue información relacionada con el cumplimiento de los requisitos del cliente, sin preguntarle de forma directa, sino por medio de datos existentes en la propia organización. Ejemplos de este tipo de indicadores podrían ser quejas o reclamaciones recibidas, indicadores comerciales o rechazos. Estos indicadores se pueden manifestar por medio de gestos no verbales que reflejan satisfacción o insatisfacción entre ellos, como una sonrisa, movimientos entusiastas, actitudes positivas o negativas, pérdida de interés, entre otros.

Es importante realizar un análisis de la satisfacción de los usuarios para conocer por medio de estos si el cliente se encuentra o no satisfecho con la atención recibida por el personal.

#### **2.1.5.1 Medición de los niveles de la satisfacción**

Thompson <sup>23</sup> menciona que posterior a recibir un producto o un servicio el usuario experimentará uno de estos tres niveles de satisfacción:

Satisfacción: Se produce cuando el desempeño percibido del producto coincide con las expectativas del cliente.

Complacencia: Se produce cuando el desempeño percibido excede a las expectativas del cliente.

Insatisfacción: Se produce cuando el desempeño percibido del producto no alcanza las expectativas del cliente.

### **2.1.6 Beneficios de la satisfacción del usuario**

Los beneficios que le otorga a una empresa tener a los clientes satisfechos son múltiples. Algunas de estas según el autor Toniut<sup>24</sup> son: la satisfacción de los clientes multiplica la comunicación positiva que realizan estos hacia otros “potenciales” clientes, mejora el clima laboral reinante en la organización, creando un clima de armonía entre los compañeros de trabajo, mejora los indicadores económicos de desempeño de la organización al sumar clientes y poder venderles más a los satisfechos. Existe una diferencia marcada entre la competencia y la organización ya que no se basa la misma en factores eminentemente comparativos sino en una ventaja competitiva.

### **2.1.7 Calidad de vida**

La calidad de vida se define según Olivares<sup>25</sup> et al “cómo un estado de bienestar físico, social, emocional, espiritual, intelectual y ocupacional que le permite al individuo satisfacer apropiadamente sus necesidades individuales y colectivas”<sup>25</sup>.

Olivares et al menciona que la OMS define la calidad de vida como “la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno”<sup>25</sup>.

El concepto de calidad de vida es relativo, como son los otros como por ejemplo bienestar, felicidad, es evidente que hay muchos condicionamientos que influyen en este aspecto, ya sean físicos, psíquicos, sociales, espirituales, culturales, filosóficos etc., y todos estos tienen que ver con la valoración que la persona haga sobre sí mismo.

La calidad de vida ha sido estudiada según Olivares <sup>25</sup> et al bajo diversas disciplinas, socialmente esta tiene que ver con una capacidad adquisitiva que permita vivir con las necesidades básicas cubiertas además de disfrutar de una buena salud física-psíquica y de una relación social satisfactoria.

El estudio de la calidad de vida en el adulto mayor debe incluir aspectos relacionados con esta etapa del ciclo vital, en la cual el usuario no solo se enfrenta al envejecimiento cronológico sino también al envejecimiento funcional, dado este último por la disminución de las capacidades físicas, psíquicas y sociales para el desempeño de las actividades de la vida diaria

La calidad de vida involucra una serie de aspectos los cuales deben cumplirse para mejorar el nivel de satisfacción de los adultos mayores, en el contexto médico es donde alcanza su mayor magnitud, ya que la vejez implica necesariamente apoyo social y familiar, ya que en distintos grados la familia participa en la acción de cuidar.

Esta también tiene un enfoque social y económico, según Olivares <sup>25</sup> et al pues la vida humana requiere determinadas condiciones de orden social y económico, por ser estas fundamentales para el desarrollo como seres humanos y poder satisfacer sus necesidades de tipo material, aunque la calidad de vida no se puede enfocar solo a las necesidades socioeconómicas, estas son fundamentales para el bienestar del ser humano y tienen que ver con el modo de vida de las personas.

De una forma u otra los factores sociales e individuales relacionados con el nivel de vida, son los que determinan la calidad de vida de este grupo poblacional y mejorará en medida que ellos como un todo funcionen y se integren. La salud y la satisfacción juegan un papel primordial donde se pueda lograr una calidad de vida ajustada a la esperanza de vida.

## **2.2 Persona adulta mayor**

Según la Ley Integral de la Persona Adulta Mayor N 7935 de la República de Costa Rica se define la persona adulta mayor como” toda persona de sesenta y cinco años o más” <sup>26</sup>.

### **2.2.1 Derechos de las personas adultas mayores**

La persona a medida que envejece debe seguir disfrutando de una ayuda plena, independiente y autónoma, con salud, seguridad, integración y participación activa en los sectores económicos, sociales, culturales y políticos.

Costa Rica forma parte de la Convención Interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas adultas mayores, como lo son la igualdad y la no discriminación por razones de edad, derecho a la vida y a la dignidad en la vejez, acceso a la justicia, derecho a la independencia y la autonomía; a la participación, a la seguridad, derecho a no ser sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes y derecho a la propiedad y a la vivienda.

A su vez el país cuenta con la Ley Integral de la Persona Adulta Mayor <sup>26</sup> N 7935, esta ley tiene como objetivos:

- a) Garantizar a las personas adultas mayores igualdades de oportunidades y vida digna en todos los ámbitos <sup>26</sup>.
- b) Garantizar la participación de las personas adultas mayores en la formulación y aplicación de las políticas que las afecten <sup>26</sup>.
- c) Promover la permanencia de las personas adultas mayores en su núcleo familiar y comunitario <sup>26</sup>.
- d) Propiciar formas de organización y participación de las personas adultas mayores, que le permitan al país aprovechar la experiencia y el conocimiento de esta población <sup>26</sup>.

- e) Impulsar la atención integral e interinstitucional de las personas adultas mayores por parte de las entidades públicas y privadas, y velar por el funcionamiento adecuado de los programas y servicios, destinados a esta población <sup>26</sup>.
- f) Garantizar la protección y la seguridad social de las personas adultas mayores <sup>26</sup>.

Dentro de la ley mencionada anteriormente se mencionan los derechos para mejorar la calidad de vida, derechos laborales, derechos residentes o usuarios de establecimientos privados y derecho a la integridad y a la imagen de la población adulta mayor, dentro de esta investigación se destacan:

### **Derechos para mejorar la calidad de vida**

Toda persona adulta mayor tendrá derecho a una mejor calidad de vida, mediante la creación y ejecución de programas que promuevan: <sup>26</sup> Acceso a la educación y preparación para la jubilación, participación en actividades recreativas, culturales y deportivas, vivienda digna, acceso a un hogar sustituto u otras alternativas de atención, atención hospitalaria, pensión que le ayude a satisfacer sus necesidades fundamentales, asistencia social, participación en el proceso productivo del país, protección jurídica y psicosocial y unión con otros miembros de su grupo etario.

### **Derechos laborales**

Las personas adultas mayores disfrutarán de los siguientes derechos laborales: <sup>26</sup> Ser seleccionadas para ocupar cualquier puesto, siempre que sus cualidades y capacidades las califiquen para desempeñarlo, no podrán ser discriminadas por razón de su edad, contar con los horarios laborales y los planes vacacionales adecuados a sus necesidades y disfrutar de los mismos derechos que los otros trabajadores. No serán explotadas física, mental ni económicamente.

## **Derecho a la integridad**

Las personas adultas mayores tendrán derecho a <sup>26</sup> que se respete su integridad física, psíquica y moral. Este derecho comprende la protección de su imagen, autonomía, pensamiento, dignidad y valores.

## **Derecho a la imagen**

En este derecho <sup>26</sup> se prohíbe publicar, reproducir, exponer, vender o utilizar, en cualquier forma, imágenes o fotografías de personas adultas mayores para ilustrar informaciones referentes a acciones u omisiones que se les atribuyan, sean de carácter delictivo, contravenciones o riñan con la moral o las buenas costumbres.

Por medio del CONAPAM ente rector en materia de envejecimiento y vejez en Costa Rica, se trabaja para vigilar que esta población tenga una vida digna y plena llena de satisfacción, en caso de maltrato o irrespeto a los derechos de este grupo de la población se debe recurrir a este ente para que se lleve a cabo el correcto estudio del caso y se logre un abordaje correcto del mismo, para garantizar el bienestar de las personas adultas mayores.

### **2.2.2 Envejecimiento**

“Debido al aumento de la esperanza de vida y a 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. 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” <sup>15</sup>.

A lo largo de los años se han postulado diversas teorías del proceso de envejecimiento, los autores Marín P, Homero G, Carrasco M<sup>27</sup> dividen este proceso dos grandes factores como lo es el intrínseco o no modificable, dentro del cual encierra el factor genético como el principal, factores relacionados con la etnia, sexo, historia familiar, inteligencia y personalidad. Dentro de los factores extrínsecos mencionan principalmente la calidad del ambiente físico, enfermedades, nutrición, ejercicio físico, educación, relaciones sociales, vivienda, condiciones sanitarias y calidad de los sistemas de atención en salud, trabajo, estado marital, estrés, y por último los accidentes.

### **2.2.2.1 Características del envejecimiento**

“Universal: propio de todos los seres vivos

Continuo e irreversible: desde que comienza no se detiene sino hasta la muerte

Heterogéneo e individual: a medida que las personas envejecen, se van haciendo cada vez más diferentes unas de otras.

Deletéreo: lleva a una progresiva pérdida de función.

Intrínseco: determinado al menos por factores genéticos”<sup>27</sup>

### **2.2.2.2 Tipos de envejecimiento**

El proceso de envejecer no es solamente el conjunto de cambios físicos que le ocurren a las personas, sino un cambio en diversos aspectos, como emocionales, cognitivos y sociales que provocan la necesidad de realizar cambios y de adaptarse a los mismos, según nuevas capacidades y necesidades que se presentan, como en otras etapas de la vida.

El envejecimiento se puede considerar desde diferentes puntos de vista:

Envejecimiento cronológico: Guevara<sup>28</sup> menciona que corresponde al tiempo transcurrido desde el nacimiento. La edad cronológica y el proceso de envejecimiento son fenómenos paralelos, mas no relacionados. Es decir, no es la edad sino el cómo se vive lo que contribuye a la casualidad del proceso.

Envejecimiento biológico: según Guevara<sup>28</sup> corresponde a órganos y funciones corporales exclusivamente.

Envejecimiento psíquico: el autor Guevara<sup>28</sup> menciona que este corresponde a la esfera cognoscitiva que afecta la forma de pensar, las capacidades y el área psicoafectiva, incidiendo en la personalidad el afecto es el resultado del duelo y la jubilación, que requieren un grado de ajuste a estos cambios trascendentales.

Envejecimiento social: Guevara<sup>28</sup> menciona que comprende papeles que supuestamente deben desempeñarse en la sociedad.

Envejecimiento Fenomenológico: Guevara<sup>28</sup> sugiere que este corresponde a mecanismos de adaptación que conducen a un envejecimiento exitoso.

Envejecimiento Funcional: esta muestra según Guevara<sup>28</sup> que el envejecimiento funcional conlleva la integración de los elementos biológicos, psicológicos y sociales. Es un proceso en el que actúan todos los elementos de la vida de la persona y los mismos inciden en su capacidad de adaptación a los cambios propios de su existencia.

### **2.2.2.3 Etapas de la vejez**

Los autores Hernández y Jiménez<sup>29</sup> la vejez a su vez, se puede clasificar en tres etapas que ayudan a comprender por cual etapa está pasando la persona y de esta forma brindar los cuidados requeridos.

Primera etapa: esta etapa corresponde a la etapa de la jubilación, en donde según los autores Hernández y Jiménez<sup>29</sup> la persona se separa del trabajo y de la posición que tenía para ahora construir algo nuevo y comprometerse con otras actividades. Se le conoce también como periodo preclínico, cuando la persona sufrirá cambios de tipo fisiológico en su organismo; esta es la etapa de prevención de los trastornos de la vejez

Segunda etapa: en esta etapa según los autores mencionados anteriormente<sup>29</sup> la persona se da cuenta que también deberá retirarse de las nuevas tareas, ya que no las puede cumplir a cabalidad. En esta etapa se presentan la mayoría de enfermedades propias de la vejez, cuyos padecimientos pueden modificarse con tratamientos adecuados.

Tercera etapa: los autores Hernández y Jiménez<sup>29</sup> indican que en esta etapa posiblemente se debe aceptar la enfermedad y soportar hasta la muerte, sin embargo, se puede intentar detenerla en su progreso o bien con un proceso de rehabilitación.

En la primera etapa de la vejez es cuando se comienzan a observar cambios a nivel corporal en los adultos mayores, es hasta en la segunda etapa donde se presentan síntomas a causa de estos cambios físicos y fisiológicos. Según Hernández y Jiménez<sup>29</sup> los principales cambios por los que se atraviesa conforme avanza este proceso se encuentran a nivel osteomuscular con una pérdida de la densidad ósea y pérdida de la fuerza y tamaño muscular. A nivel cardiovascular con una reducción del flujo sanguíneo cerebral, disminución del gasto cardíaco, aumento de la presión arterial.

Entre otros cambios descritos por Hernández y Jiménez<sup>29</sup> se mencionan a nivel endocrino: la disminución de la secreción y sensibilidad a la insulina. A nivel respiratorio se presenta una disminución del incremento gaseoso pulmonar. A nivel urinario disfunción uretral, pérdida de control de esfínteres y a nivel de sentidos hay presencia de dificultad para deglutir, disminución de la capacidad visual y auditiva.

Por motivo de la cantidad de cambios que se presentan en las personas adultas mayores, los cuales influyen en su calidad de vida y satisfacción es de suma importancia brindarles los cuidados de salud necesarios para retrasar el deterioro físico, emocional, social y psicológico de manera que se pueda controlar de manera temprana, cada uno de estos.

#### **2.2.3.4 Aspecto físico del envejecimiento**

La OMS<sup>15</sup> menciona que entre las afecciones más comunes en la vejez se encuentran la pérdida de audición, cataratas y errores de refracción, dolores de espalda y cuello y osteoartritis, neumopatías obstructivas crónicas, diabetes, depresión y demencia.

#### **Enfermedades Crónicas No Transmisibles**

La OMS define que este tipo de enfermedades, tienden a ser de larga duración y resultan de la combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y conductuales.

“Los principales tipos de enfermedades no transmisibles son las enfermedades cardiovasculares (como los ataques cardíacos y los accidentes cerebrovasculares), el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas (como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el asma) y la diabetes. Las ENT afectan desproporcionadamente a los países de ingresos bajos y medios, donde se registran más del 75% (31 millones) de las muertes por ENT”.<sup>15</sup>

Características de las ECNT por Barrios<sup>30</sup> et al:

Ausencia de microorganismo causal.

Factores de riesgo múltiples.

Latencia prolongada.

Larga duración con períodos de remisión y recurrencia.

Importancia de factores del estilo de vida y del ambiente físico y social

Consecuencias a largo plazo (minusvalías físicas, mentales).

#### **Diabetes Mellitus**

El envejecimiento de acuerdo con los autores Marín P, Homero G, Carrasco M<sup>27</sup> está asociado a un mayor riesgo de Diabetes Mellitus (DM) el cual obedece a múltiples causas, entre las que más destaca una disminución en la función de la célula Beta del páncreas y aumento de resistencia a la insulina.

El proceso de envejecimiento provoca un aumento de la glicemia en ayunas de 2mg/dl por década, se le debe sumar la mayor frecuencia de obesidad, sedentarismo y pérdida de masa muscular a este grupo de edad.

“Las personas mayores con DM tienen mayor riesgo de muerte prematura, discapacidad funcional y comorbilidades como HTA, enfermedades cardiovasculares, cardiopatía coronaria y ACV. Tienen mayor riesgo de síndromes geriátricos como polifarmacia, depresión, deterioro cognitivo, incontinencia urinaria, caídas y dolor crónico, esta patología aumenta la morbimortalidad y la calidad de vida”.<sup>27</sup>

Grossman S; Porth C<sup>31</sup> definen la Diabetes Mellitus como un trastorno del metabolismo de los carbohidratos, las grasas y las proteínas, que deriva de anomalías de la síntesis o la liberación de insulina en la célula B o de la incapacidad de los tejidos para utilizar insulina.

#### Tipos de Diabetes Mellitus

##### Diabetes Mellitus Tipo 1

Marín P, Homero G, Carrasco M.<sup>27</sup> manifiestan que de un 5-10% de adultos mayores son diabéticos tipo 1, este tipo requiere manejo con insulina y tiene predisposición a presentar Cetoacidosis.

“La diabetes tipo 1 se debe a la pérdida de la función de las células B y a una insuficiencia absoluta de insulina”.<sup>31</sup>

##### Diabetes Mellitus Tipo 2

“Es el resultado de la capacidad limitada de los tejidos para responder a la insulina, que se acompaña de una falta relativa de insulina o de anomalías para la liberación de la hormona en relación con las concentraciones de glucosa en la sangre”.<sup>31</sup>

Marín P, Homero G, Carrasco M.<sup>27</sup> mencionan que esta es la forma más frecuente la cual se manifiesta en un 90 a 95%, en este tipo rara vez se presenta Cetoacidosis y cuando se presenta se asocia a la presencia de otra enfermedad que lo desencadena.

El riesgo de presentar DM aumenta con la edad, sobrepeso y sedentarismo, se manifiesta más frecuentemente en mujeres que presentan antecedentes de diabetes gestacional, hipertensos, dislipidemicos y predisposición genética.

### Manifestaciones Clínicas

La DM puede tener un inicio rápido o insidioso. En la diabetes tipo 1 los signos y síntomas con frecuencia se desarrollan en forma súbita. La diabetes tipo 2 suele desarrollarse con mayor lentitud.

En la población adulta mayor hay una serie de cambios en los signos y síntomas que se presentan en la población en general.

“El aumento de la osmolaridad que en jóvenes lleva a la polidipsia y en ancianos a la deshidratación, y puede manifestarse como confusión y delirium. La glucosuria que en jóvenes se manifiesta por poliuria, en los mayores puede ser causa de incontinencia urinaria aguda. El déficit de insulina que en jóvenes puede manifestarse por polifagia, en personas mayores puede hacerlo como baja de peso y anorexia.”<sup>27</sup>

### Tratamiento

El tratamiento para esta patología se brinda mediante los siguientes fármacos; sulfonilureas, biguanidas-Metformina, metiglinidas, tiazolidinedionas, insulina.

## Hipertensión Arterial

La hipertensión arterial se define según Marin et al como el “estado donde la presión sistólica o diastólica están sobre 139 u 89 mmHg, respectivamente, con un estado previo de riesgo con  $> 119$  mmHg sistólica o  $> 79$  mmHg diastólica. No se establecen criterios diagnósticos diferenciados por edad del paciente, por lo cual los objetivos terapéuticos serán los mismos a pesar de la diferencia de edad”<sup>27</sup>

### Manifestaciones Clínicas

En la población adulta mayor, una gran parte son asintomáticos y un pequeño porcentaje puede llegar a presentar los síntomas generales de mareos, cefalea, y palpitaciones. El daño a un órgano puede ser la presentación inicial de la enfermedad.

### Tratamiento

Marín P, Homero G, Carrasco M<sup>27</sup>. El tratamiento de la hipertensión es conocido por su efecto beneficioso, el cual puede tener un impacto en la calidad de vida de los adultos mayores, el objetivo terapéutico en un primer momento sería un efecto intermedio  $<160$ mmHg en los pacientes que no presenten daño en órganos blanco, para ir aumentando la exigencia terapéutica paulatinamente hasta obtener una presión sistólica  $< 140$ mmHg y diastólica  $<90$  mmHg.

### Tratamiento No Farmacológico

Se pueden seguir una serie de recomendaciones las cuales ayudan al usuario como sería, mantenerse en su peso ideal, lograr una disminución del consumo de sal a la hora de preparar alimentos, y un consumo diario de frutas, vegetales y disminuir el consumo de grasa animal.

## Tratamiento Farmacológico

Este se brinda por medio de fármacos diuréticos, bloqueadores de los canales de calcio, B-bloqueadores, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, antagonistas del receptor de angiotensina y antagonistas del receptor- $\alpha$

## Dislipidemias

“Trastorno metabólico caracterizado por una alteración de los niveles de lípidos en la sangre. Constituye junto a la diabetes mellitus y a la hipertensión arterial, un factor de riesgo independiente para enfermedad cardiovascular. La causa más frecuente de dislipidemia en diabéticos es el mal control glucémico. La Hipetrigliceridemia al mismo tiempo impide un buen control glucémico.”<sup>30</sup>

## Clasificación

Hipercolesterolemia aislada: con valores aumentados de colesterol total, con elevación de LDL.

Hipetrigliceridemia aislada: valores aumentados de triglicéridos (TG).

Dislipidemia mixta: con valores aumentados de colesterol LDL y Triglicéridos.

HDL Bajo: reducción del HDL (hombres < de 40 mg/dl) y mujeres < de 50 mg/dl, aislada o en asociación con aumento de LDL o TG.

## Tratamiento No farmacológico

Se puede llevar a cabo por medio del abandono del consumo de tabaco si el paciente lo está usando, control de peso por medio de la actividad física, mantener una dieta balanceada, restringir al máximo el consumo de grasas saturadas, para mantener un buen control metabólico.

## **Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica**

“Enfermedad prevenible y tratable, caracterizada por una limitación al flujo aéreo que no es completamente reversible. Esta limitación del flujo aéreo es por lo general progresiva y asociada con una respuesta anormal inflamatoria de los pulmones a partículas nocivas o gases, principalmente causados por el humo de cigarrillo”.<sup>30</sup>

### Signos y síntomas

Los síntomas en un paciente con EPOC son diversos y se pueden ver influenciados por el nivel de evolución de la enfermedad los autores Barrios A, Barán M, Cabello A, Cañete F<sup>30</sup> citan algunos como:

Tos persistente de predominio matutino y expectoración de cuantía variable son los síntomas más frecuentes en los primeros estadios precediendo a menudo a la obstrucción de las vías aéreas.

Disnea, sensación desagradable y consciente de tener que respirar, es la principal queja y lo que condiciona más la calidad de vida del individuo con EPOC. Como la enfermedad es progresiva la disnea también aparece con esfuerzos cada vez de menor intensidad hasta llegar a la disnea de reposo en las fases más avanzadas. En algunos casos se produce nocturna, sobre todo si existe síndrome de apnea durante el sueño, sobrepeso, o comorbilidad cardíaca, impactando notablemente en la calidad del sueño y por ende en la calidad de vida durante el día.

A medida que la enfermedad progresa puede aparecer sensación de opresión torácica o sibilancias audibles y en muchos casos síntomas sistémicos como pérdida de peso, (lo cual representa un signo de mal pronóstico), disfunción muscular, fragilidad ósea y alteraciones psiquiátricas, fundamentalmente depresión.

## Tratamiento

La EPOC es una enfermedad crónica, lo que quiere decir que no se puede curar, y además produce sintomatología que se incrementa a medida que progresa.

Los objetivos del tratamiento según Barrios A, Barán M, Cabello A, Cañete F<sup>30</sup> serían; mejorar la calidad de vida, disminuir las agudizaciones, disminuir la progresión de la enfermedad, disminuir la mortalidad.

## Tratamiento Farmacológico

Este se brinda mediante fármacos betamiméticos y anticolinérgicos

Por medio del conocimiento de las patologías más comunes en el adulto mayor se logra brindar un cuidado óptimo para esta población donde se maneja el conocimiento de cada una de sus patologías y los medios que se deben seguir para que estas no se vuelvan críticas.

## **2.3 Cuidados integrales en salud**

Los cuidados básicos como vestirse, asearse, comer o ir al baño son actividades de la vida diaria, cotidianas y habituales, que las personas ejecutan de modo independiente, sabiendo cómo hacerlo y las posibles consecuencias de no hacerlo de forma correcta, en otras palabras, los cuidados básicos forman parte de un conocimiento tácito que se transmite de generación en generación.

### **2.3.1 Definición de salud**

La salud según la OMS citado por Guevara se define como “completo bienestar físico, mental y social”<sup>28</sup> pero es más que la ausencia de enfermedad. Guevara argumenta que la salud corresponde a un “estado de integridad y bienestar en el que las personas pueden

trabajar juntas para satisfacer sus necesidades de una manera autosuficiente y responsable”  
28.

Orellana<sup>32</sup> et al, cita el concepto de salud como el estado de salud de las personas que va más allá de un déficit, sino que se refiere al mantenimiento de la capacidad funcional. Por lo que cobra importancia disponer de servicios sociales y de salud destinados a promover un envejecimiento sano y prevenir la ocurrencia de problemas que pudieran afectar la capacidad de los individuos para desempeñarse por sí solos.

### **2.3.2 Definición de cuidado**

Se encuentran varios significados de cuidar uno de ellos según la real academia española, la cual lo define como, poner diligencia, atención y solicitud en la ejecución de algo. Asistir, guardar, conservar. Cuidar de un enfermo. Discurrir, pensar.

Barrera<sup>8</sup> et al menciona que en términos generales la definición de cuidar se asocia a situaciones de enfermedad, fragilidad, vulnerabilidad y abandono, a carencias, a necesidades de apoyo y otras similares, especialmente cuando se hace referencia a personas adultas mayores, lo cual puede ajustarse a la realidad, pero no es la única visión.

“Cuidar adultos mayores implica la ejecución planificada de acciones de promoción, fomento, mantenimiento y protección de la salud, cuyo propósito último es estimular la autonomía, la independencia y mejorar la salud y la calidad de vida de los mayores en sus hogares, comunidades, centros hospitalarios y de larga estancia, y la de sus familias”<sup>8</sup>.

Velandia<sup>33</sup> et al define el cuidado como “la acción encaminada a hacer por alguien lo que no puede hacer solo, con respecto a sus necesidades básicas, la explicación para mejorar su salud a través de la enseñanza del desconocido, la facilitación de la expresión de sentimientos, la intención de mejorar la calidad de vida del enfermo y su familia ante la nueva experiencia que debe afrontar”

El objetivo del profesional de enfermería debe ser velar por el cuidado de los adultos mayores ya sean sanos o enfermos, sus familias y a las comunidades, sin dejar de fomentar en los mismos la independencia, el cuidado surge cuando la existencia de otro adquiere importancia para mí, en consecuencia, me dispongo a participar de su existencia.

Barrera<sup>8</sup> et al menciona que las enfermeras y enfermeros, mediante su preparación profesional, son los que han profesionalizado el arte del cuidado de la vida de las personas, convirtiendo al cuidado en la base conceptual de la profesión.

Mena<sup>34</sup> et al mencionan que según Kitson et al definen los cuidados básicos de enfermería como cuidados que requiere cualquier persona, sea cual sea su diagnóstico médico y complementando el tratamiento médico prescrito, teniendo en cuenta que estos cuidados son aplicables en cualquier medio como lo es el hogar, el hospital, la escuela etc. Por lo tanto, al aplicar los cuidados de enfermería se puede abordar al usuario sano o enfermo, en la ejecución de actividades que contribuyen a la salud o al restablecimiento de la misma, teniendo en cuenta que siempre se debe dirigir a la persona al máximo grado de independencia posible.

### **2.3.3 Tipos de cuidados**

Podemos encontrar diferentes tipos de cuidado entre los cuales el autor Coto<sup>35</sup> et al menciona los siguientes:

Autocuidado: es el cuidado que se realiza para satisfacer los propios requisitos para el mantenimiento de la vida y de la salud<sup>35</sup>.

Cuidado dependiente: es el cuidado que se brinda a las personas que dependen de otras<sup>35</sup>.

Cuidado de enfermería: este es brindado por los proveedores de salud legítimamente autorizados<sup>35</sup>.

Los cuidados de enfermería proporcionan seguridad a los pacientes y sus familiares, estos aseguran una calidad asistencial en los procedimientos derivados de la patología y son responsabilidad de los profesionales de enfermería, los cuidados de enfermería pueden clasificarse en cuidados directos y cuidados indirectos según Mena<sup>34</sup>.

Los cuidados indirectos según Mena<sup>34</sup> son aquellos que se relacionan con el entorno del paciente y con cuestiones organizativas como lo son la comunicación con otras unidades, gestión de traslados, relaciones con la atención primaria de salud, actividades multidisciplinarias, sesiones clínicas etc.

Los cuidados directos según Mena<sup>34</sup> son aquellos que se realizan directamente sobre los pacientes y a su vez se dividen en:

Cuidados técnicos, los cuales se asocian a enfermedades que motivan el ingreso y su tratamiento, e implican la realización de procedimientos instrumentales<sup>34</sup>

Cuidados específicos relacionados con la hospitalización, estos son responsabilidad de los servicios de enfermería y están orientados hacia la seguridad de las personas y se relacionan con la pérdida de autonomía, requieren de procedimientos y técnicas específicas dirigidas a la cobertura de los cuidados básicos y la prevención de efectos adversos como lo serían úlceras por presión, caídas o adherencia al tratamiento<sup>34</sup>

#### **2.3.4 Rol del profesional de Enfermería**

Mena<sup>34</sup> menciona que la American Nurses Association define la enfermería como la protección, el fomento y la optimización del estado de salud y las capacidades del individuo, la prevención de la enfermedad y las lesiones, el alivio del sufrimiento a través del diagnóstico y el tratamiento de las respuestas humanas y la defensa de la asistencia a los individuos, las familias, las comunidades y las poblaciones.

La política de ANA identifica seis rasgos fundamentales de la enfermería profesional según Mena<sup>34</sup>.

Creación de una relación humanitaria que potencie la salud y su recuperación.

Atención al abanico de experiencias y respuestas humanas a la salud y la enfermedad en el entorno físico-social.

Integración de datos objetivos con conocimientos adquiridos mediante el reconocimiento de la experiencia subjetiva de un paciente o un grupo.

Aplicación de datos científicos a los procesos diagnósticos y terapéuticos, mediante la utilización de enjuiciamiento y pensamiento crítico.

Profundización de los conocimientos profesionales de enfermería por medio de la educación continuada.

Influencia en las políticas sociales y de salud pública a favor de la justicia social.

Cuando hablamos del proceso de cuidar se pueden identificar una secuencia de acciones que se podrían señalar cuando comienzan, pero cuyo fin no se dará hasta que concluya el proceso de la vida misma, los seres humanos llevamos a cabo, para nosotros mismos y para los demás un proceso de cuidar que se prolonga desde el nacimiento hasta la muerte y que esta continúa en variación. Pero según Mena<sup>34</sup>, el proceso de cuidar como acción profesional queda vinculada a las enfermeras exigiéndoles un compromiso que va más allá de la mera realización de una serie de acciones de cuidados aprendidas como parte de las costumbres culturales de un grupo humano y sin más base que la tradición.

El profesional de enfermería, responsabilizado del proceso de cuidar, debe estar capacitado para llevar a cabo una serie de actividades las cuales según Mena<sup>34</sup> serían: identificar la

necesidad del cuidado, identificar el tipo de cuidados requeridos, identificar la capacidad del sujeto para llevar a cabo dicho cuidado, identificar la manera en que podemos satisfacer dicho cuidado, determinar la delegación de acciones, considerar el carácter ético que tiene el proceso de cuidar, ejecutar las acciones concretas de cuidado y evaluar los resultados.

El proceso exige una secuencia de acciones encadenadas, cohesionadas e interdependientes según Mena<sup>34</sup> las cuales responden a un fin y que no tendrán una final, el fin es conseguir el máximo nivel de bienestar de las personas que cuidamos y además es sin final, porque hasta el último momento de nuestra vida los seres humanos necesitamos cuidados.

## **2.4 Teorizante de Enfermería: Virginia Henderson**

Virginia Henderson nace en 1897 en Kansas City y muere en marzo de 1996. Fue en 1921 cuando se gradúa como enfermera en la escuela del ejército, y al año siguiente inicia su trayectoria como docente que completa con la investigación, y que no abandona hasta su muerte.

Los meta paradigmas son componentes los cuales se encuentran interrelacionados, por lo que si uno de estos falla, todo el proceso se podría ver alterado, por lo que las personas necesitan mantener una red familiar de apoyo sólida para lograr un estado óptimo de vida, el entorno es un elemento el cual puede beneficiar o perjudicar la salud de la persona, y la enfermería es vista como un medio de ayuda holístico el cual se le brinda a cualquier usuario que la necesite manteniendo de esta manera la salud y calidad de vida de las personas adultas mayores.

Virginia Henderson dentro de su meta paradigma aborda cuatro elementos: salud, entorno, persona y enfermería. Como lo plantea Bellido<sup>36</sup> et al, respecto a estos, Henderson aporta que la persona es un ser integral, una unidad con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí, estableciendo que la persona y la familia forman una unidad.

Además, respecto al entorno Bellido<sup>36</sup> et al citan que Henderson lo concibe como el conjunto de factores y condiciones externas, entre ellas las relaciones con la familia y la comunidad, determinando que las condiciones del entorno son dinámicas y pueden afectar a la salud y al desarrollo. A pesar de que las personas maduras pueden ejercer control sobre el entorno, la enfermedad puede obstaculizar dicho control.

Asimismo, Henderson establece que la función específica de la enfermera es “ayudar a la persona, enferma o sana, a la realización de actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila) que realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o los conocimientos necesarios, y a hacerlo de tal manera que le ayude a ganar la independencia lo más rápidamente posible”<sup>36</sup>.

Según Virginia Henderson “la enfermera debe meterse en la piel de cada uno de sus pacientes a fin de conocer qué ayuda necesitan”

Henderson según Raile y Marriner<sup>37</sup> identifica tres niveles de relación enfermera-paciente en los que la enfermera actúa como sigue: sustituta del paciente, colaboradora del paciente, compañera del paciente.

Continuando con los metaparadigmas Henderson define la salud como “El máximo grado de independencia que permite la mejor calidad de vida, un estado en el cual la persona puede trabajar, desarrollarse y alcanzar el potencial más alto de satisfacción en la vida, satisface las 14 necesidades básicas”<sup>37</sup>.

Según Raile y Marriner las 14 necesidades de Henderson son:

“1) respirar normalmente, 2) comer y beber adecuadamente, 3) eliminar los desechos corporales, 4) moverse y mantener posturas deseables, 5) dormir y descansar, 6) seleccionar ropas adecuadas; vestirse y desvestirse, 7) mantener la temperatura corporal en un intervalo normal ajustando la ropa y modificando el entorno, 8) mantener el cuerpo limpio y bien

cuidado y proteger la piel, 9) evitar los peligros del entorno y evitar lesionar a otros

10) Comunicarse con los demás para expresar las propias emociones, necesidades, miedos y opiniones, 11) rendir culto según la propia fe, 12) trabajar de tal manera que se experimente una sensación de logro, 13) jugar o participar en diversas formas de ocio y 14) aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que lleva al desarrollo y salud normales, y utilizar las instalaciones sanitarias disponibles”<sup>37</sup>.

De manera regular las necesidades están satisfechas por la persona cuando esta tiene el conocimiento, la fuerza y la voluntad para cubrirlas, pero cuando sucede algún acontecimiento que hace que este falte o falle en la persona, una o más necesidades no se ven satisfechas, por lo cual surgen problemas de salud, entonces es en este momento cuando el profesional de enfermería tiene que ayudar a suplir a la persona en sus necesidades, esta situación de dependencia puede ser de tipo físico, psicológico y sociológico.

Los autores Bonill y Amezcua<sup>38</sup> mencionan que Virginia Henderson parte de una serie de postulados que representan el “cómo hacer” del modelo en los que mencionan los siguientes:

La persona es un todo completo con 14 necesidades básicas

La persona quiere la independencia y se esfuerza por prolongarla

Cuando una necesidad no está satisfecha la persona no es un todo

A su vez Henderson plantea también una serie de valores que representan según Bonill y Amezcua<sup>38</sup> el “por qué hacer” del modelo. Estas son creencias sobre la naturaleza del ser humano y la meta final de la profesión enfermera, en las cuales mencionan que la enfermera tiene una función propia, aunque comparta actividades con otros profesionales, cuando la enfermera asume el papel del médico delega en otros su propia función.

Hay una serie de elementos mencionados por Bonill y Amezcua<sup>38</sup> acerca del modelo de Virginia Henderson los cuales representan el “qué hacer”, los mismos constituyen el núcleo y confieren sentido a las intervenciones de las enfermeras.

Objetivo de los cuidados: Ayudar a la persona a satisfacer sus Necesidades Básicas.

Usuario del servicio: Persona que presenta un déficit, real o potencial, en la satisfacción de sus necesidades básicas o que, aún sin presentarlo, tiene un potencial a desarrollar.

Papel de la enfermera: Ayudar a la persona a recuperar o mantener su independencia (“hacer con”), desarrollando con ella la fuerza, voluntad, conocimientos, o supliéndola en aquello que no pueda realizar por sí misma (“hacer por”).

Fuente de Dificultad/Área de Dependencia: Impedimento mayor en la satisfacción de una o varias necesidades. Aspectos que limitan el desarrollo de potencial. Se define como la falta de Fuerza, Conocimientos o Voluntad de la persona para satisfacer sus Necesidades Básicas.

Consecuencias de la intervención: satisfacción de las 14 Necesidades Básicas a través de la suplencia o ayuda.

Bonill y Amezcua<sup>38</sup> comentan una serie de conceptos específicos del modelo de Virginia Henderson como lo son las necesidades básicas, las cuales para la teorizante no tienen un significado de carencia o problema, sino de requisito, cada necesidad está implicada en las diferentes dimensiones de la persona, ya sea biológica, psicológica, sociocultural y espiritual, aunque algunas podrían considerarse esenciales para la supervivencia e indispensables para mantener la integridad, las necesidades básicas pueden dividirse en universales, las cuales son comunes y esenciales para todos y las específicas, estas se manifiestan de manera distinta en cada persona.

En relación con los cuidados básicos, estos se derivan del concepto de necesidades básicas

y se refieren al conjunto de intervenciones terapéuticas, reflexionadas, basadas en el juicio profesional y dirigido a satisfacer las necesidades básicas del individuo.

Los conceptos anteriores se menciona la independencia, estado en que la persona es capaz de satisfacer por si misma sus necesidades, la misma presenta manifestaciones las cuales son conductas o indicadores que se presentan para suplir las necesidades básicas.

La autonomía es parte de los conceptos descritos por los autores, esta se define como una capacidad física e intelectual de la persona que le permite por sus propios medio satisfacer sus necesidades, al contrario de este concepto se maneja la dependencia la cual se manifiesta por varios factores como lo son ausencia de fuerza, conocimientos o voluntad, en estas situaciones el individuo necesita a otra persona para que la misma le ayude o le enseñe lo que debe hacer para satisfacer sus necesidades, estas a su vez serían manifestaciones de la dependencia.

La atención a la salud de las personas adultos mayores es actualmente un ámbito dinámico y cambiante, tanto con respecto a las necesidades de los usuarios como en los requerimientos profesionales necesarios para brindar respuestas adecuadas en un medio que continuamente con respecto a acontecimientos científicos, legales, sanitarios y familiares.

La enfermería forma parte fundamental del equipo multidisciplinar en su accionar en la atención gerontológica y en las comunidades, el personal de enfermería es el líder indiscutible del equipo, ya que este es el único profesional preparado y entrenado para trabajar según un plan de cuidados integrales, enfocado en personas según Vernet<sup>39</sup> los modelos de enfermería nos aportan el sistema de valores desde el cual la enfermera afronta su rol, evalúa los problemas de salud y planifica sus objetivos específicos, desde el rol autónomo y desde el rol de colaboración con otros profesionales de salud, el modelo de Henderson, sus valores y postulados se adaptan muy especialmente a la atención gerontológica y lo hacen comprensible y compatible con los objetivos interdisciplinarios, reforzando el rol de liderazgo de la enfermera dentro del equipo de atención.

Al ser la persona un ser integral, una unidad con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí como menciona Bellido<sup>36</sup> et al, el

personal de Enfermería debe encontrarse capacitado para brindar una atención donde se aborden todos los componentes por igual, logrando un equilibrio en la atención del usuario, manejando las condiciones del entorno, ya que este conjunto de factores y condiciones externas son dinámicas afectan la salud y el desarrollo.

### **CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO**

### **3.1 ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN**

El enfoque que se realiza en esta investigación es de tipo cuantitativo, ya que es lo objetivo posible, de acuerdo con Hernández <sup>40</sup> et al, el investigador no debe influir en los resultados del estudio, a su vez se utiliza un procedimiento estandarizado y aceptado por una comunidad científica, los datos recaudados son producto de mediciones que se representan mediante números o cantidades y estos se deben analizar por medio de métodos estadísticos, gracias a los cuáles se llevarán a cabo las conclusiones.

### **3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN**

Las características de esta investigación son de alcance descriptivo, ya que de acuerdo con Hernandez <sup>40</sup> et a la investigación busca medir con precisión la satisfacción de la persona adulta mayor relacionada a los cuidados básicos en salud que se brindan en el Hogar Carlos María Ulloa.

A su vez el tipo de diseño no experimental de acuerdo con Toro J, Parra R <sup>41</sup> se realiza sin manipular las variables, en este tipo de diseño se observan los fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos. La investigación transeccional o transversal recolecta datos en un solo momento, en un tiempo único, su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado.

### 3.3 UNIDADES DE ANÁLISIS U OBJETOS DE ESTUDIO

Adultos mayores de 65 años en adelante, tanto hombres como mujeres, los cuales residen en el Hogar Carlos María Ulloa.

#### 3.3.1 Población

Para la presente investigación se cuenta con una población de  $N= 222$ , del cual se extrae una muestra de  $n= 141$  calculada con el software STATS, bajo los criterios de un máximo de error aceptable de 5% y un nivel de confiabilidad deseado de 95%. Para ello, se tomarán en cuenta a los adultos mayores entre los 65 y 90 años del Hogar Carlos María Ulloa que se encuentren en condiciones cognitivas para realizar la encuesta.

#### 3.3.2 Muestra

La muestra es de 141 individuos del Hogar Carlos María Ulloa.

#### 3.3.3 Criterios de inclusión y exclusión

*Tabla N 1*

*Criterios de inclusión y exclusión de los adultos mayores del Hogar Carlos María Ulloa, diciembre, 2017.*

<b>Criterios de inclusión</b>	<b>Criterios de exclusión</b>
Adultos mayores del Hogar Carlos María Ulloa de 65 a 95 años	Adultos mayores del Hogar Carlos María Ulloa, que no puedan comunicarse mediante forma verbal.
Adultos mayores del Hogar Carlos María Ulloa de 65 a 95 años	Adultos mayores con enfermedades como Alzheimer, demencia.

Fuente: Elaboración propia, 2017

## **3.4 INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN**

### **3.4.1 Validez del cuestionario**

Aplicación de plan piloto a 11 personas con características similares a la población en estudio para brindar validez del instrumento de elaboración propia.

### **3.4.2 Confiabilidad el cuestionario**

El instrumento utilizado tiene un alfa de Cronbach de 0.85 según el programa STATA.

## **3.5. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

La investigación es de diseño no experimental de acuerdo con Toro J, Parra R <sup>41</sup> ya que esta se realiza sin manipular las variables, en este tipo de diseño se observan los fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos. La investigación transeccional o transversal recolecta datos en un solo momento, en un tiempo único, su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado.

## **3.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES**



Objetivo Especifico	Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensión	Indicadores	Instrumento
<p>Caracterizar los aspectos sociodemográficos de los adultos mayores del Hogar Carlos María Ulloa, durante el mes de diciembre del 2017.</p>	<p>Aspectos sociodemográficos</p>	<p>Aspectos sociodemográficos</p> <p>Conjunto de características biológicas, socioeconómicas y culturales, las cuales pueden ser medibles</p>	<p>Son las condiciones en las que una persona nace, crece, vive, trabaja y envejece que influyen de manera directa en el proceso de envejecimiento.</p>	<p>Social</p> <p>Demográfica</p> <p>Biológico</p>	<p>Nacionalidad Estado civil Número de hijos Escolaridad Religión Pensión Monetaria</p> <p>Sexo, Edad</p> <p>Historia Clínica Patologías actuales Tratamiento Farmacológico</p>	<p>2,4,5,6,7,8</p> <p>1,3</p> <p>1,9,22,25</p>

Objetivo Especifico	Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensión	Indicadores	Instrumento
<p>Describir los cuidados integrales en salud, que se le brindan a los adultos mayores del Hogar Carlos María Ulloa, según los postulados, valores y conceptos de Virginia Henderson, durante diciembre, 2017.</p>	<p>Cuidados integrales que se le brindan a los adultos mayores.</p>	<p>Poner diligencia, atención y solicitud en la ejecución de algo. Asistir, guardar, conservar. Cuidar de un enfermo. Discurrir, pensar.</p>	<p>Son las acciones que toda persona realiza a lo largo de su vida, en muchas ocasiones sin darse cuenta.</p>	<p>Cuidados de Enfermería</p>	<p>1 Respirar normalmente  2 Comer y beber adecuadamente  3 Eliminar por todas las vías corporales  4 Moverse y mantener posturas adecuadas  5 Dormir y descansar  6 Escoger ropa adecuada  7 Mantener la temperatura corporal  8 Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel  9 Evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas  10 Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones  11. Vivir de acuerdo con las propias creencias y valores  12. Ocuparse en</p>	<p>10,11,22,23,27, 35,36,</p>

					algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal 13 Participar en actividades recreativas 14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles	
--	--	--	--	--	--	--

Objetivo Especifico	Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensión	Indicadores	Instrumento
Conocer el nivel de satisfacción de los adultos mayores en relación a los cuidados integrales en salud brindados por el personal del Hogar Carlos María Ulloa, desde la perspectiva de Virginia Henderson y sus cuatro meta paradigmas durante diciembre, 2017	Satisfacción de los adultos mayores	“medida en que la atención sanitaria y el estado de salud resultante cumplen con las expectativas del usuario” <sup>16</sup>	Es el resultado idóneo de la atención brindada.	Calidez de los cuidados	Saludo de forma amable Saludo por medio del nombre Estancia agradable Respeto	12,29,31,33,37
				Continuidad de los cuidados	Cuidado las 24 horas Administración de tratamiento las 24 horas	14,15,19
				Cuidados libres de riesgo	Resguardar la intimidad y pudor Seguridad al ser atendido Brindar educación con respecto a la patología y tratamiento	13,22,26,32,33,34

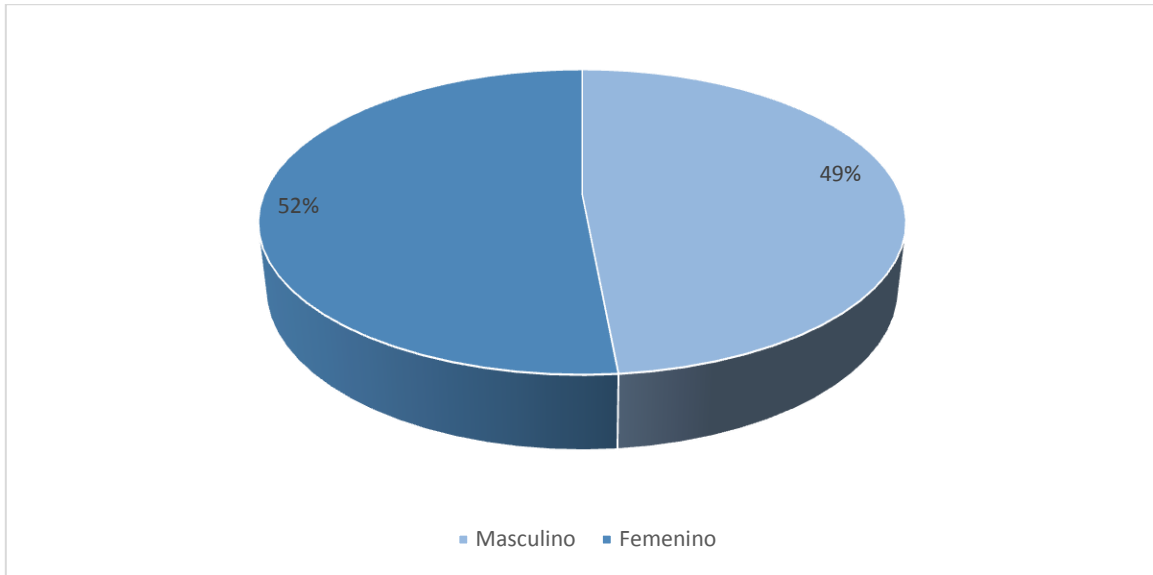
### **3.7 PLAN PILOTO**

El plan piloto en esta investigación se realizó con una muestra de 11 adultos mayores ya que los 3 restantes se encontraban en citas médicas fuera de la institución, motivo por el cual no se logró realizar el 10 % de las muestras.

En el plan piloto administrado a los usuarios se logra observar que el diseño de algunas preguntas con las cuales se pretendía medir el nivel de satisfacción, no era el adecuado por lo cual se realiza un ajuste en el diseño del instrumento, al cambiar el orden de las preguntas para que las mismas siguieran una secuencia lógica, la pregunta número (11), se le agrega la opción “ No recuerdo” ya que muchos de los adultos mayores no recordaban si se les había realizado un exámen físico a la hora de su ingreso, en el enunciado número (18), las opciones de respuesta son cambiadas a si o no al igual que la pregunta número (19), con respecto a la pregunta número (22) y (27) se elimina la opción de justificar sus respuestas, ya que la mayoría de adultos mayores presentaban dificultad a la hora de escribir, por lo que se buscó mantener la facilidad para ellos.

En la pregunta número (28), se agrega la opción no sé, ya que algunos adultos mayores, desconocen el nombre o presencia de las patologías, con respecto a la medición del nivel de satisfacción, se realizan cambios en las preguntas, las cuáles no estaban midiendo en sí el nivel de satisfacción ya que el formato de la pregunta no era el adecuado, en esta sección se agrega una escala de Likert de la pregunta número (31) a la pregunta número (43), para brindar una mayor facilidad a la hora de responder y medir el nivel de satisfacción de los adultos mayores, esta escala cuenta con cuatro dimensiones donde muy insatisfecho cuenta con una puntuación de 1, insatisfecho 2, satisfecho 3 y muy satisfecho 4, a su vez se modifica la cantidad de preguntas y el orden de las mismas.

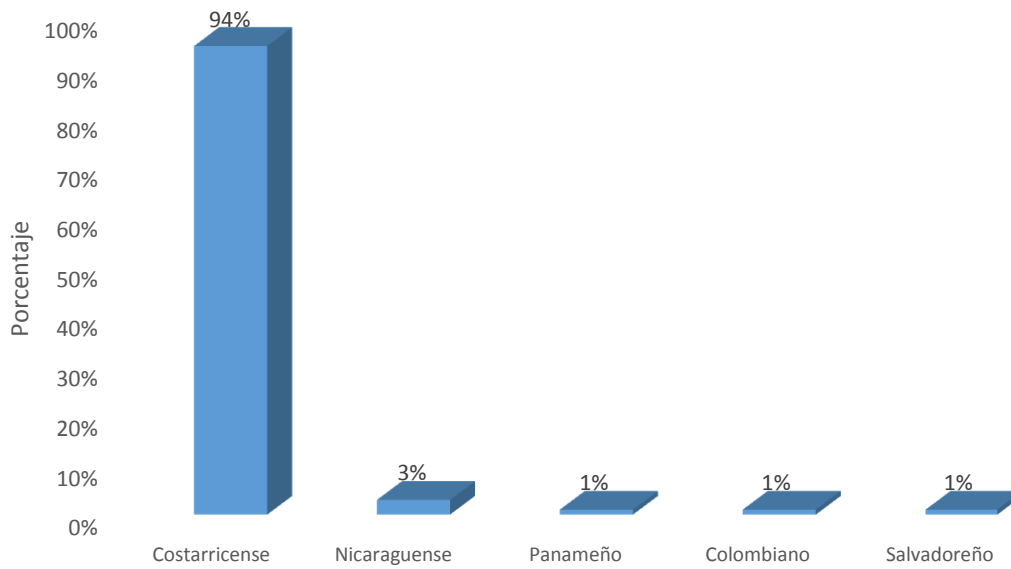
## **CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN DE RESULTADOS**



*Figura N 1*

*Distribución porcentual de adultos mayores, según sexo en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.*

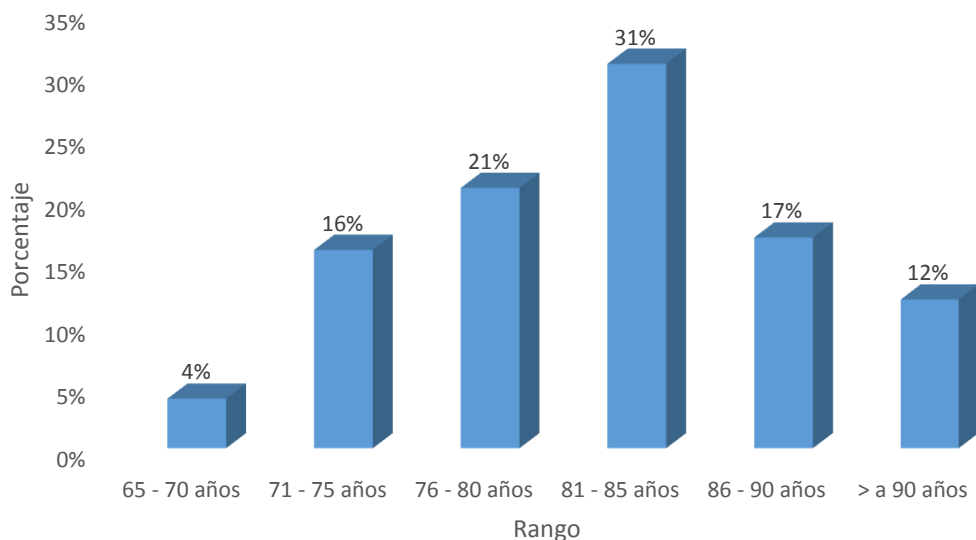
En este caso se puede observar como ambos sexos se dividen en partes casi iguales. Siendo un poco mayor el sexo femenino con una diferencia de tan solo 1%



*Figura N 2*

*Distribución porcentual de adultos mayores, según nacionalidad en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017. Fuente: Elaboración propia 2017.*

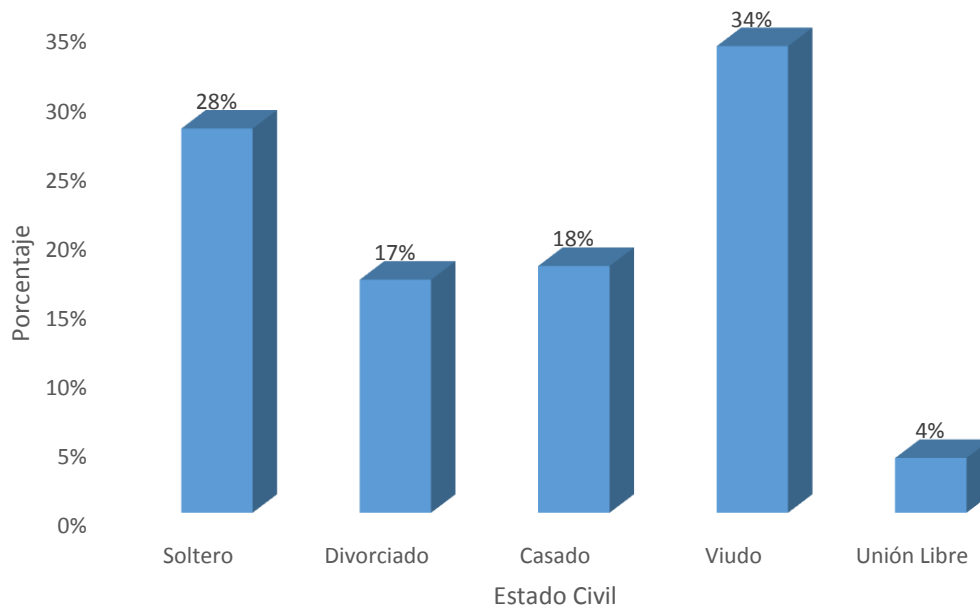
En el caso de la nacionalidad el porcentaje que predomina en el gráfico anterior es de 94% seguido de personas de un 3%



*Figura N 3*

*Distribución porcentual de adultos mayores, según edad en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.*

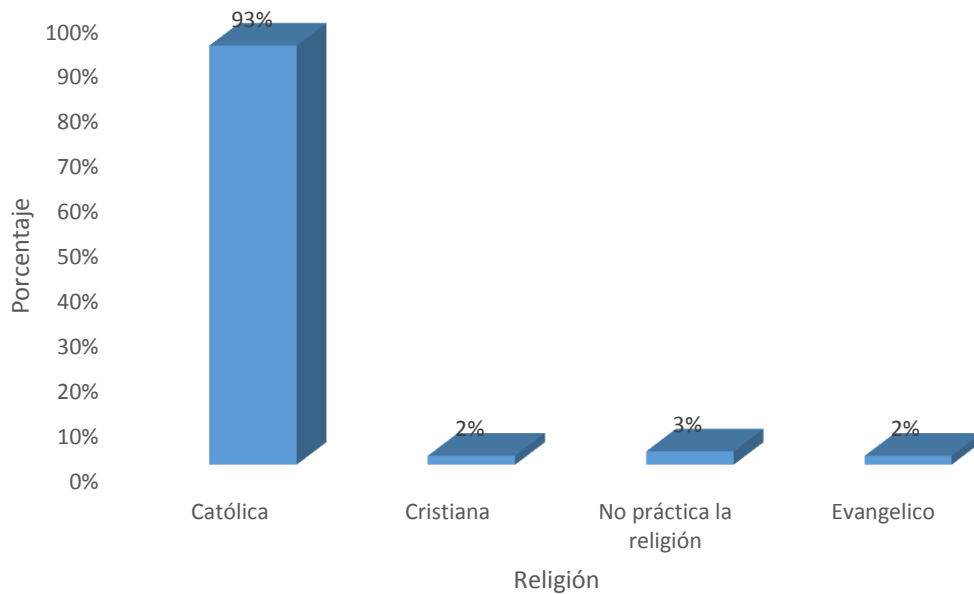
En el caso de la edad se logra observar que los rangos de edades se dividieron en seis categorías, donde la mayor cantidad de 81-85 años, existe una pequeña tendencia de la muestra a rango de edades mayores a los 80 años.



*Figura N 4*

*Distribución porcentual de adultos mayores, según estado civil, en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.*

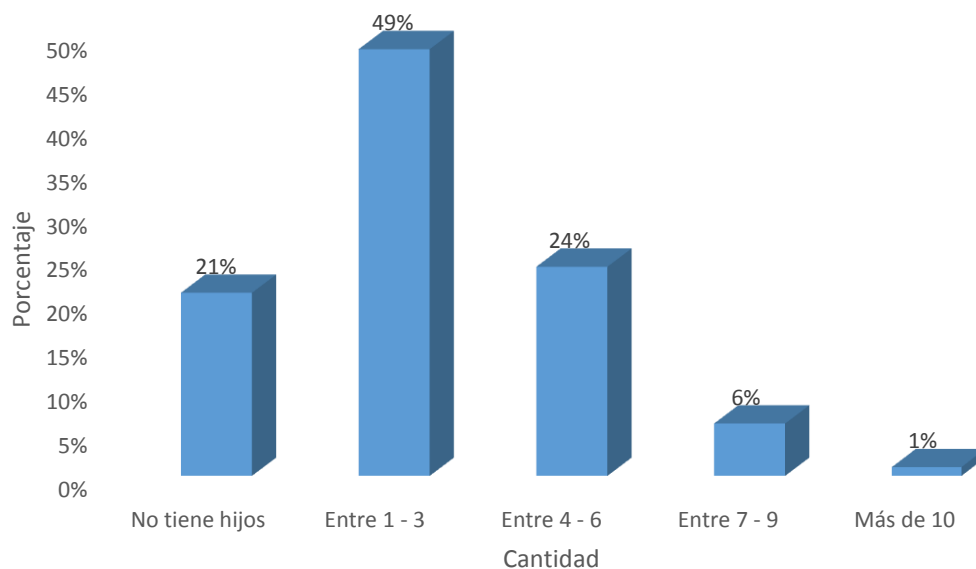
En cuanto al estado civil los dos rangos de mayor impacto son el viudo y soltero ambos suman un 62% siendo el mayor el viudo con un 34%, la unión libre es el rango con menor ocurrencia con tan sólo un 4% entre los rangos de divorciado y unión libre.



*Figura N 5*

*Distribución porcentual de adultos mayores, según religión, en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.*

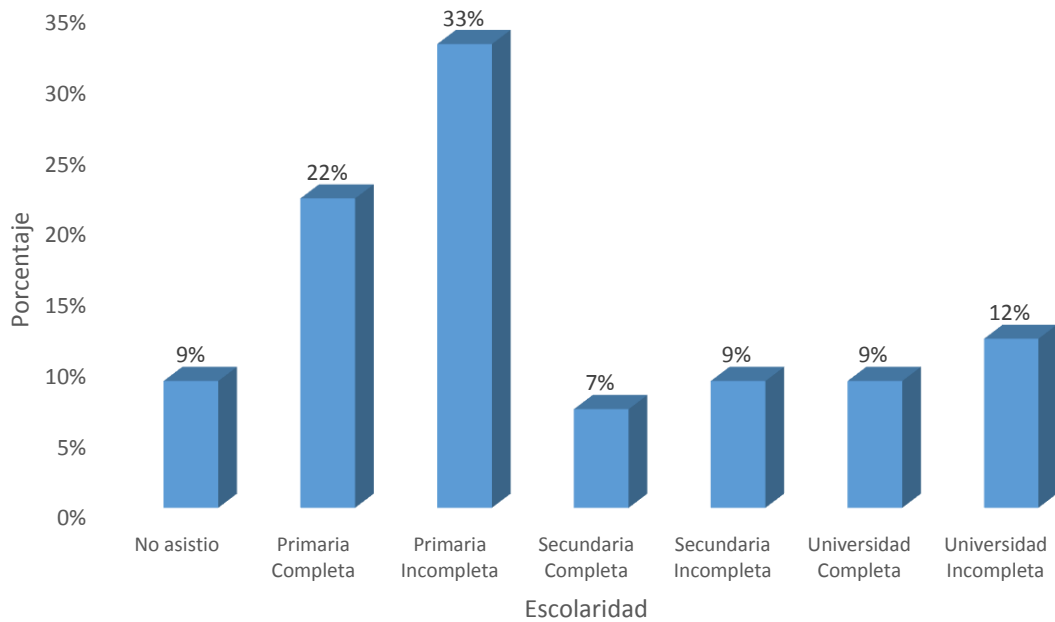
La religión predominante es la católica, entre la religión cristiana y evangélica apenas llegan a un 4% y las personas que no practican la religión es de tan solo un 3%



*Figura N 6*

*Distribución porcentual de adultos mayores, según cantidad de hijos, en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.*

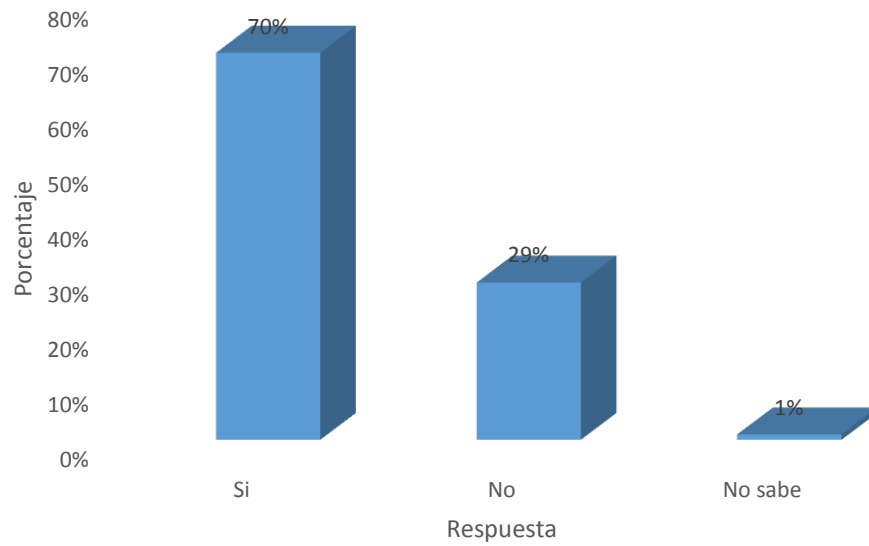
Este gráfico se divide en 5 grupos siendo el de mayor rango de 1-3 hijos con casi la mitad de los datos con un 49%, los otros dos valores de importancia son los que no tienen hijos con un 21% y los que tuvieron entre 4-6 con un 24% respectivamente.



*Figura N 7*

*Distribución porcentual de adultos mayores, según escolaridad, en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.*

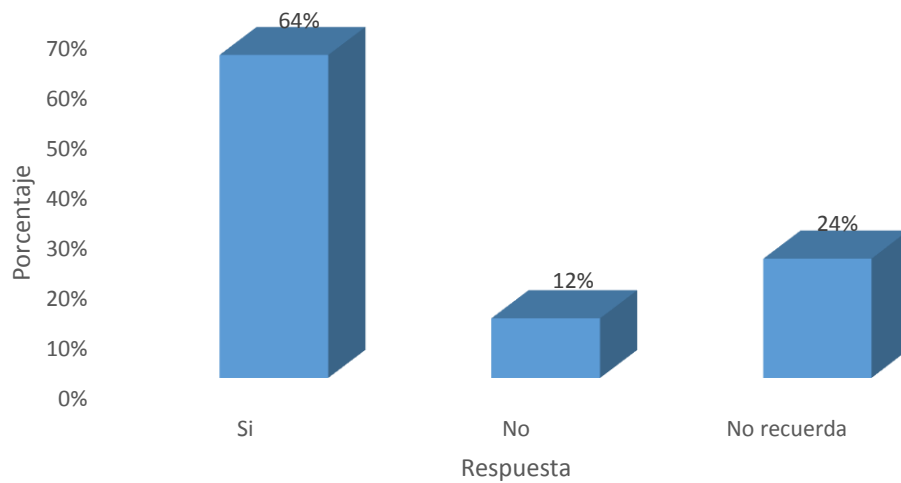
Se afirma que un 9% de las personas encuestadas no tiene ningún tipo de estudio, sin embargo, un 38% si cuenta con algún tipo de estudio, de los cuales solo un 9% logra completar la universidad.



*Figura N 8*

*Distribución porcentual de adultos mayores, según acceso a pensión monetaria, en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.*

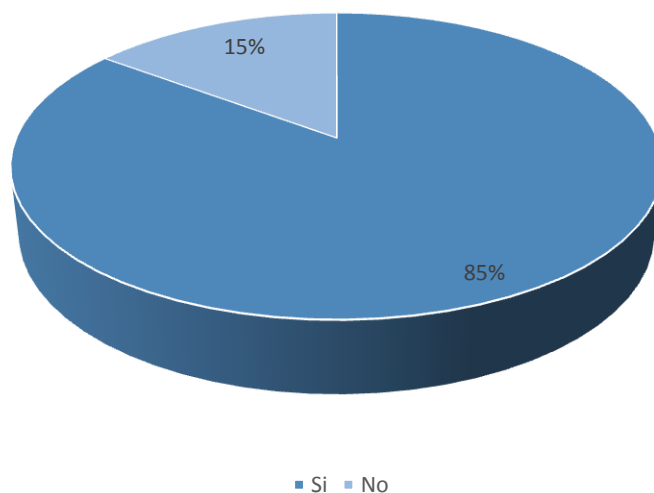
Es un alto porcentaje de adultos mayores los cuales reciben pensión 70%, solo un 1% desconoce acerca del tema.



*Figura N 9*

*Distribución porcentual de adultos mayores, según realización de examen físico en el momento de ingreso, en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.*

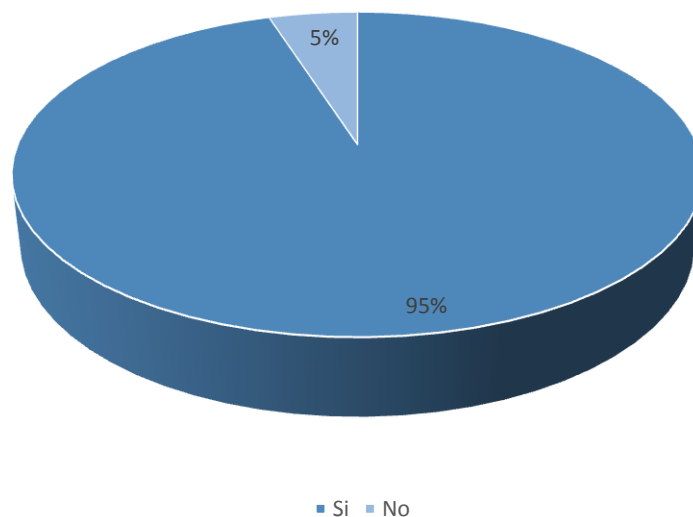
La gran mayoría de las personas afirma que recibieron una revisión general de salud en el momento de su ingreso 64%, sin embargo, llama la atención como un 36% no tiene noción o simplemente no recuerdan.



*Figura N 10*

*Distribución porcentual de adultos mayores, según relación con su familia, en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.*

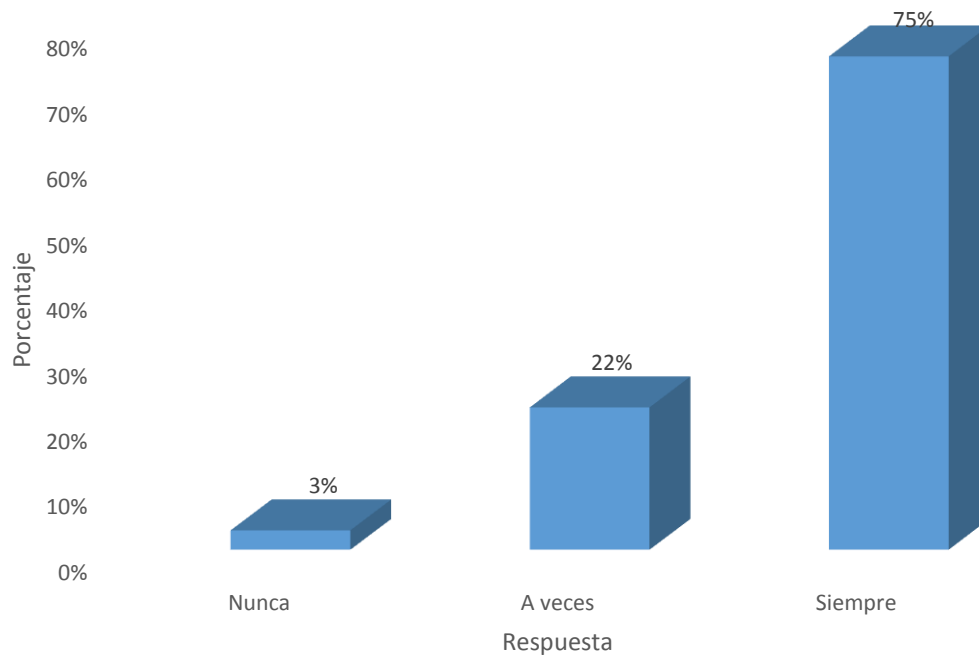
La mayor parte de los casos los adultos mayores si mantienen relación con sus familiares  
85%



*Figura N 11*

*Distribución porcentual de adultos mayores, según relación con otros adultos mayores, en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.*

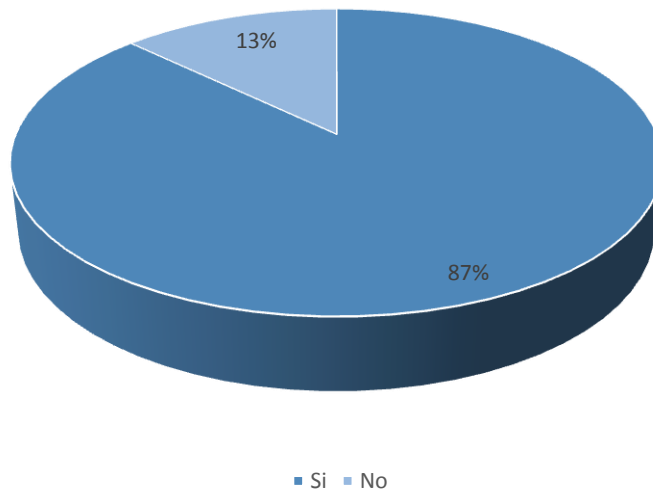
La mayor parte de miembros del hogar mantienen una buena relación entre ellos mismos  
95%



*Figura N 12*

*Distribución porcentual de adultos mayores, según el trato recibido, en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.*

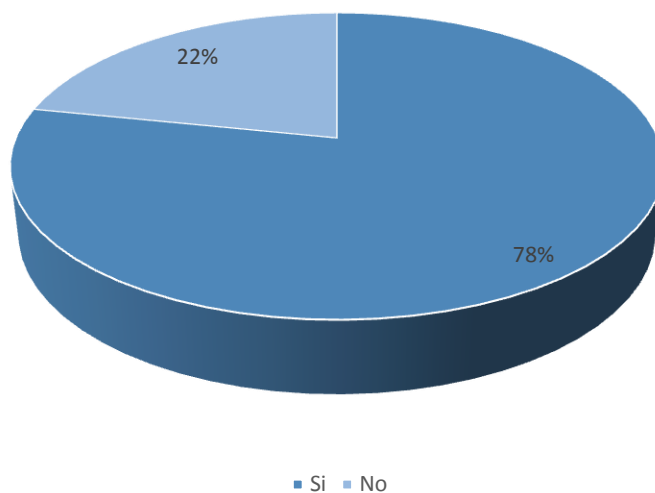
El 75% de los casos se afirma recibir un buen trato y un 25% menciona que a veces o nunca he recibido un buen trato.



*Figura N 13*

*Distribución porcentual de adultos mayores, según confianza en relación enfermera-paciente, en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.*

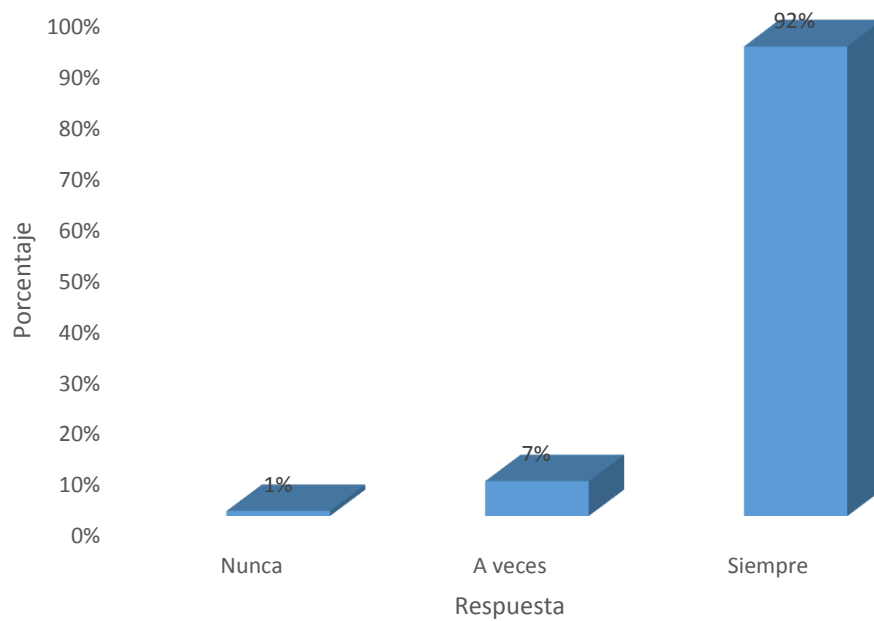
Casi todos los adultos mayores confían en el personal de Enfermería con un 87% de aceptación, el 13% restante no lo hace.



*Figura N 14*

*Distribución porcentual de adultos mayores, según continuidad de los cuidados de Enfermería, en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.*

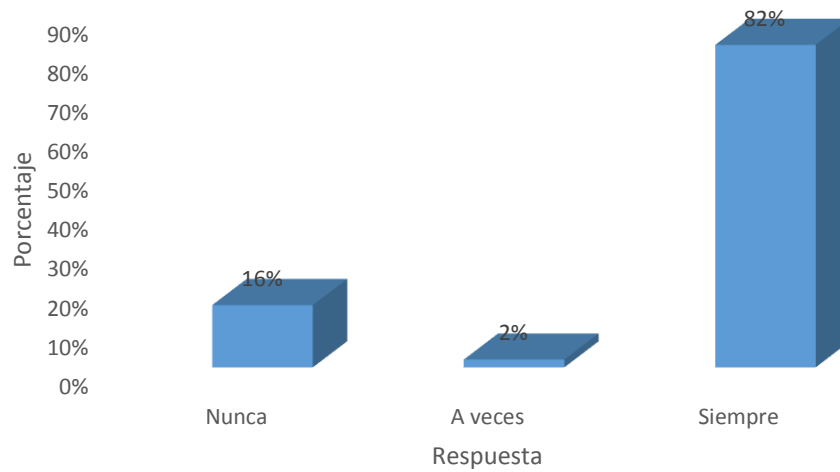
La gran mayoría de los pacientes 78% afirma que tiene atención continua las 24 horas del día



*Figura N 15*

*Distribución porcentual de adultos mayores, según atención en salud en caso de enfermedad, en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.*

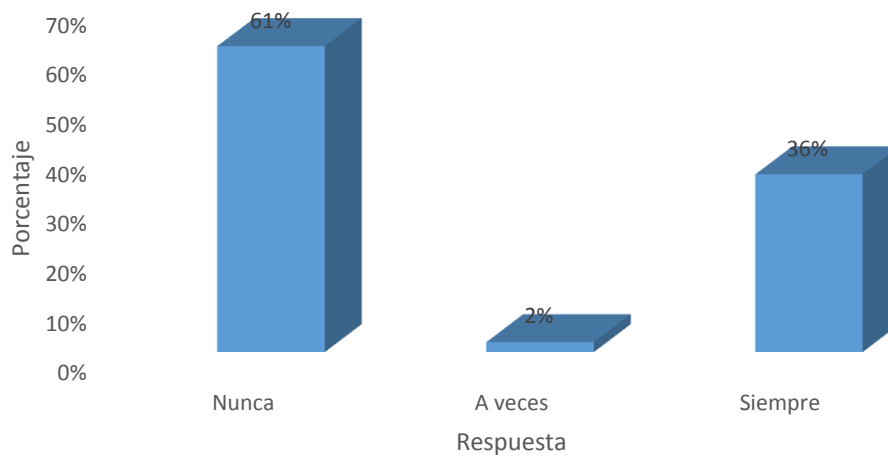
En casi todas las ocasiones los usuarios manifiestan que si tienen atención en salud cada vez que lo requieran con un 92%.



*Figura N 16*

*Distribución porcentual de adultos mayores, según necesidad de asistencia para trasladarse en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.*

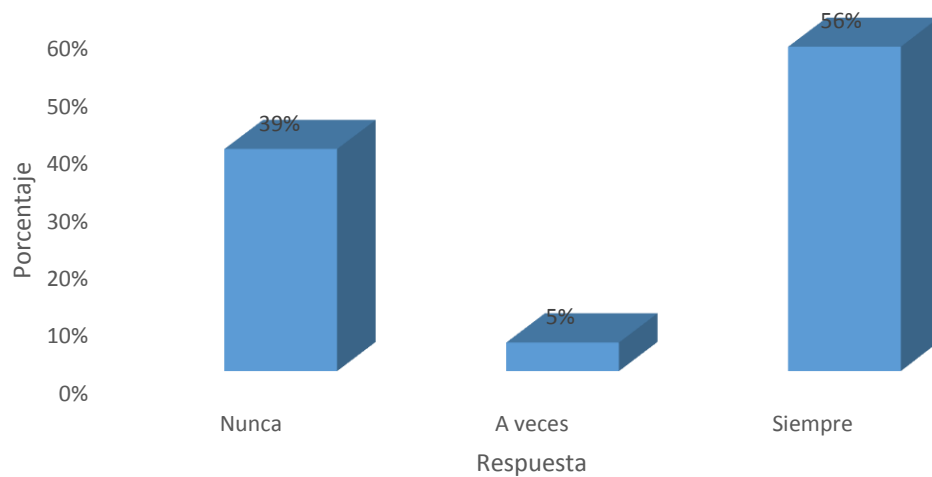
Un alto porcentaje de adultos mayores 82% han necesitado en algún momento de ayuda para trasladarse, a su vez un 16% menciona que nunca ha necesitado este tipo de ayuda.



*Figura N 17*

*Distribución porcentual de adultos mayores, según movilización de forma independiente en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.*

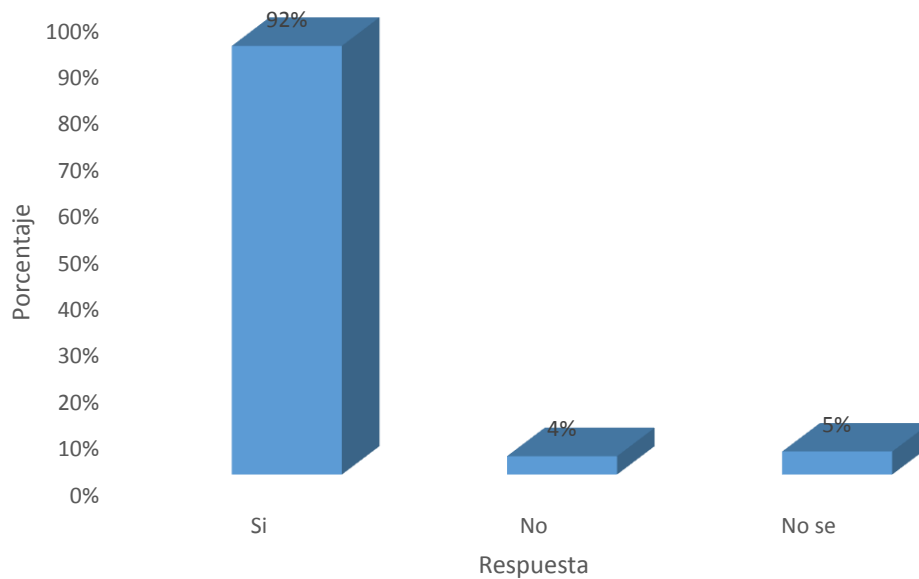
Este gráfico muestra como la movilización es un factor importante en el hogar ya que un 61% de adultos mayores necesita ayuda de algún tipo de accesorio para su movilización.



*Figura N 18*

*Distribución porcentual de adultos mayores, según independencia en actividades de cuidado personal en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.*

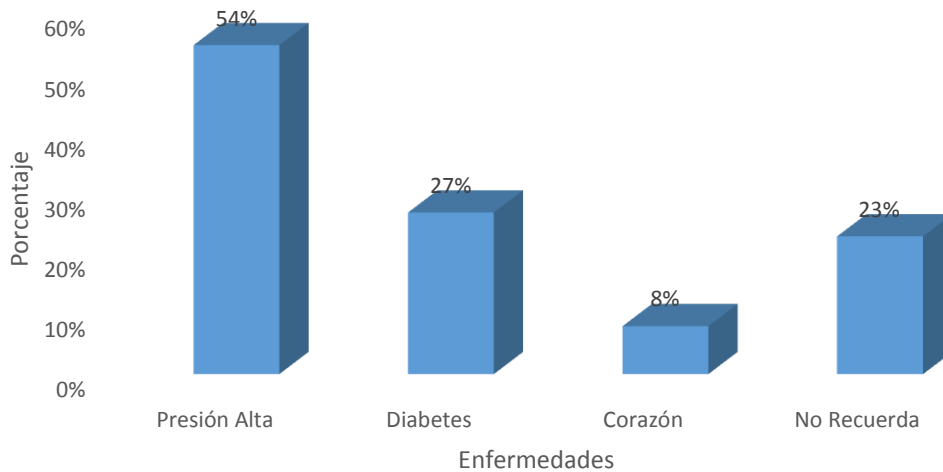
Un 56% de la los adultos mayores menciona que pueden realizar actividades de cuidado personal de forma independiente y un 39% depende de la asistencia de los funcionarios para la misma.



*Figura N 19*

*Distribución porcentual de adultos mayores, según conocimiento de medicamentos consumidos en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.*

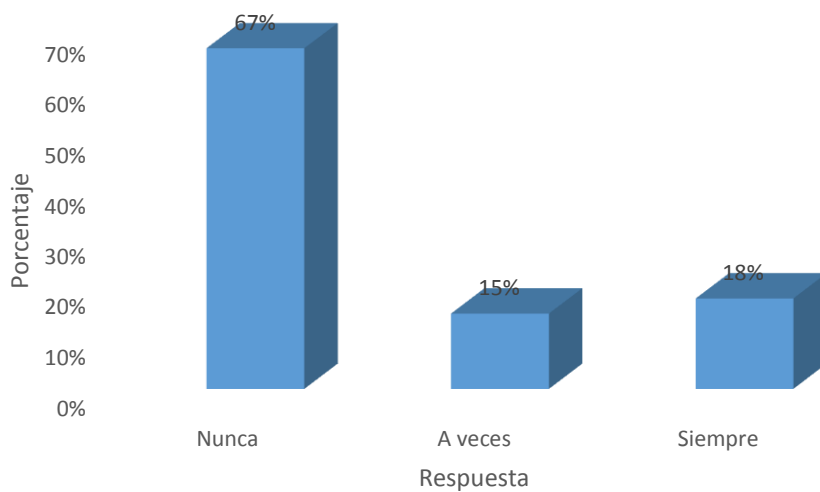
En su mayoría todos los habitantes del hogar ingieren algún tipo de medicamento con un 92%, es importante mencionar que un 5% no tiene noción alguna de la situación.



*Figura N 20*

*Distribución porcentual de adultos mayores, según conocimiento de medicamentos que consumen por patologías, en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.*

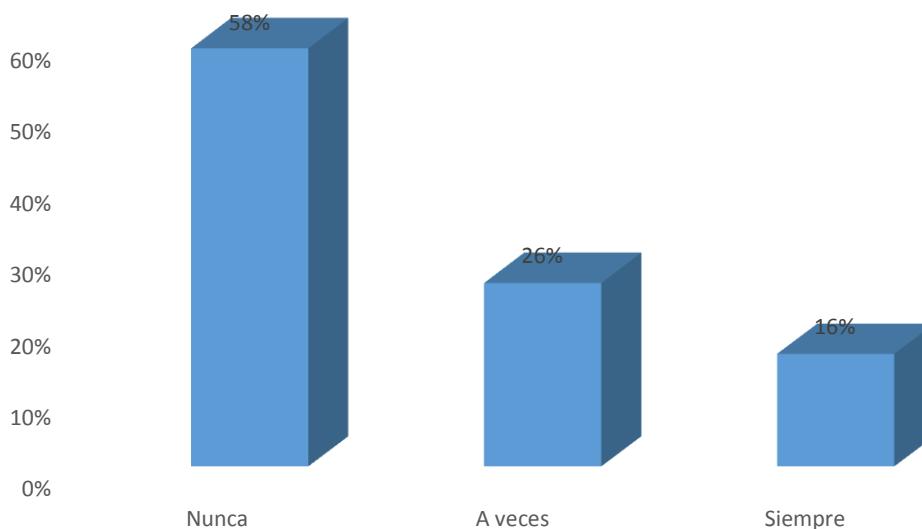
La enfermedad que se presenta mayormente en el hogar es la presión alta ya que la mayor parte de medicamentos se consumen para dicha patología, con un poco más de la mitad 54%, la diabetes y enfermedades cardíacas juntas suman un 35%, siendo la de menor cuantía las enfermedades del corazón que consumen un 8% de los fármacos.



*Figura N 21*

*Distribución porcentual de adultos mayores, según necesidad de asistencia para el consumo de fármacos, en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.*

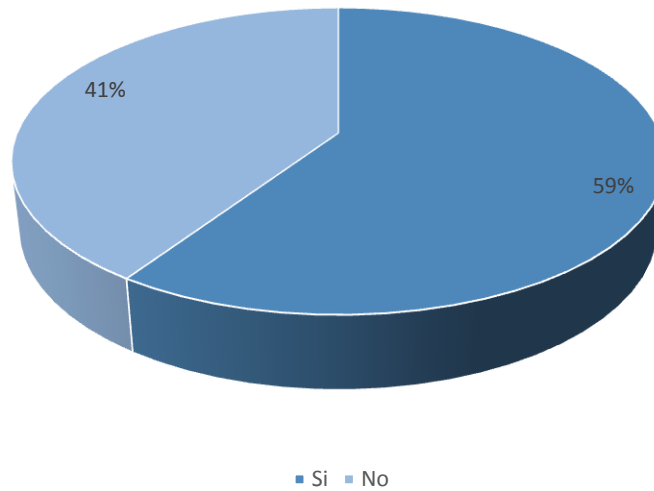
Este gráfico muestra que los usuarios aún tienen en su gran mayoría la capacidad para poder ingerir sus fármacos por medios propios, ya que esta opción equivale a un 67% de los casos y sólo un 33% no tiene noción o afirma que necesita ayuda.



*Figura N 22*

*Distribución porcentual de adultos mayores, según conocimiento de efectos secundarios de fármacos que consumen en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.*

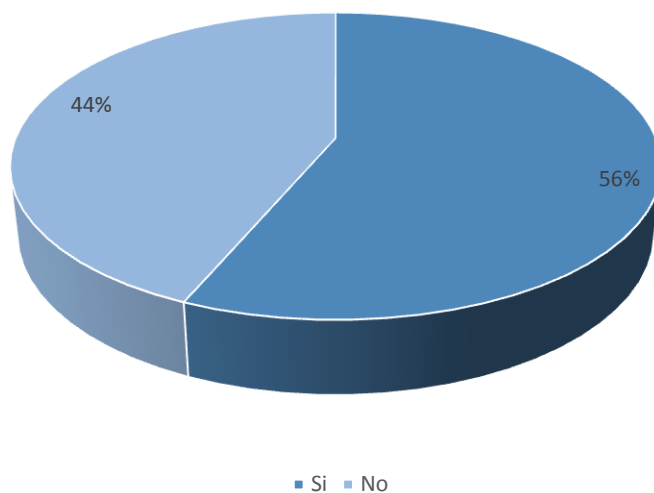
El porcentaje de adultos mayores a los cuales nunca o solo en ocasiones les han explicado los efectos secundarios de los fármacos que consumen, es de un 58%



*Figura N 23*

*Distribución porcentual de adultos mayores, según conocimiento sobre medidas para la prevención de caídas en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.*

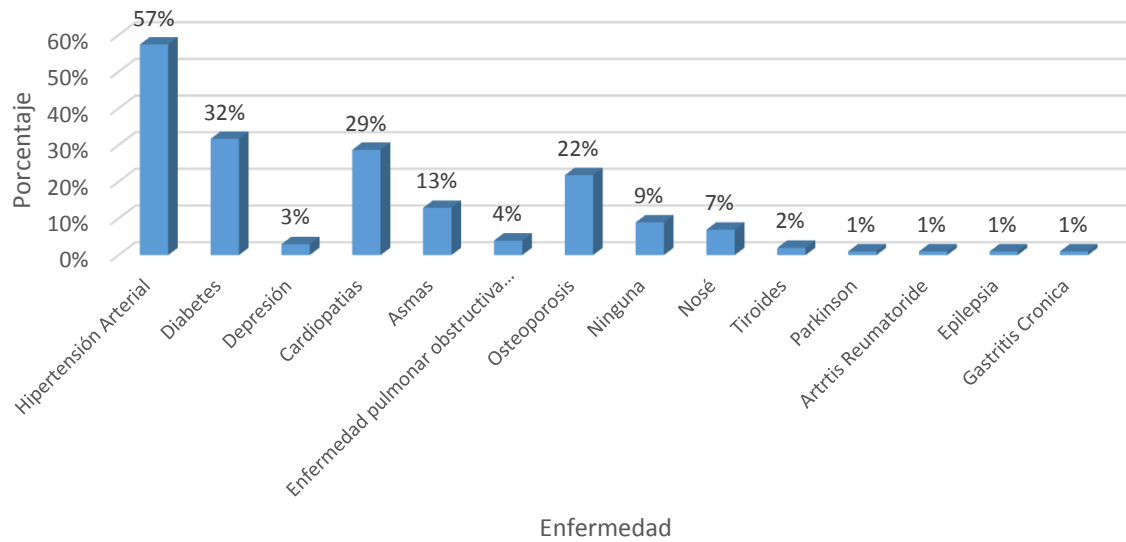
El porcentaje que dice desconocer acerca de medidas de prevención de caídas es significativo con casi la mitad de los casos 41%.



*Figura N 24*

*Distribución porcentual de adultos mayores, según medidas para la prevención de enfermedades en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.*

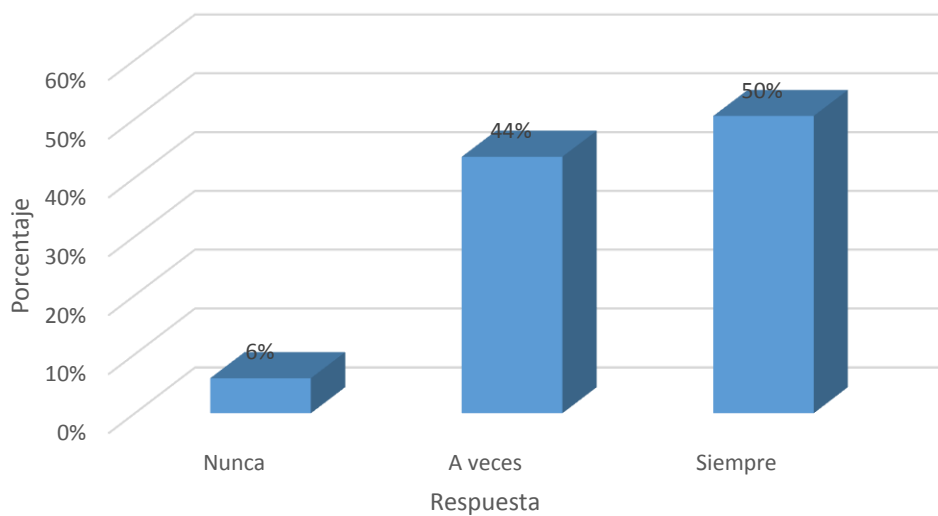
El porcentaje de adultos mayores que no manejan información para la prevención de enfermedades es de un 44%, seguido de los que si conocen esta información con un 56%.



*Figura N 25*

*Distribución porcentual de adultos mayores, según presencia de patologías en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.*

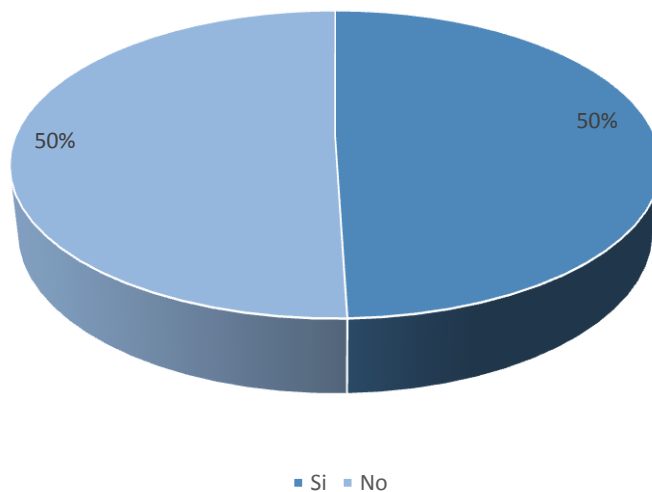
La enfermedad que más se presenta en el hogar es la hipertensión arterial, la cual domina con más de la mitad de los casos un 57%, situación anteriormente observada en el porcentaje de consumo de fármacos para la misma, seguida por un 32% que presentan diabetes y un 29% con presencia de cardiopatías.



*Figura N 26*

*Distribución porcentual de adultos mayores, según necesidades de alimentación e hidratación en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.*

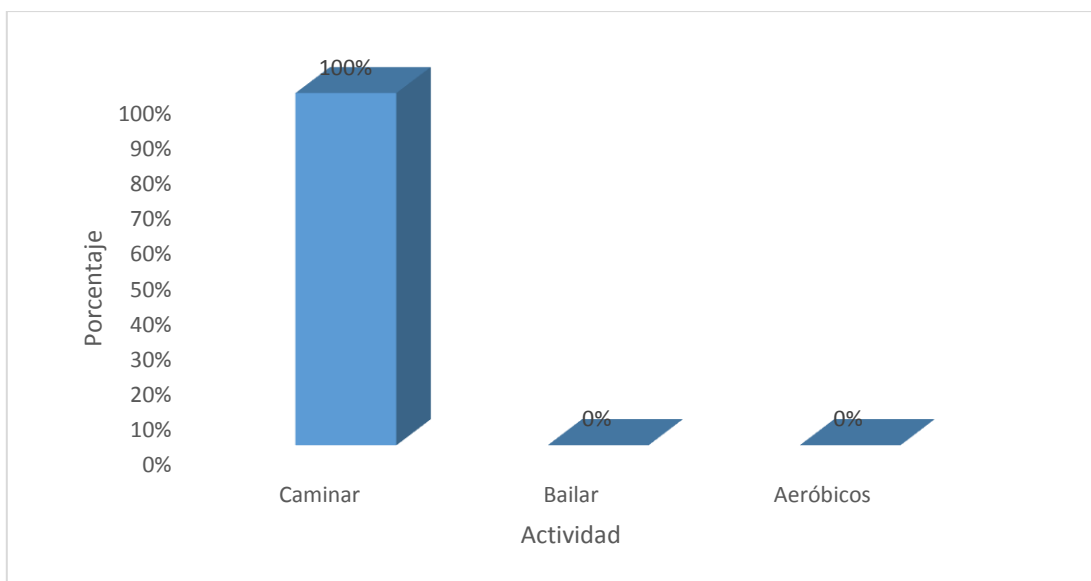
En este caso se logra observar que un poco menos de la mitad 44% menciona que solo a veces se adapta la nutrición e hidratación a sus necesidades y un 6% menciona que nunca sucede.



*Figura N 27*

*Distribución porcentual de adultos mayores, según realización de actividad física en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.*

En el caso de la actividad física se divide en porcentajes iguales la cantidad de adultos mayores que realizan actividad con un 50% y los que no realizan actividad física 50%.



*Figura N 28*

*Distribución porcentual de adultos mayores, según actividades físicas realizadas en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.*

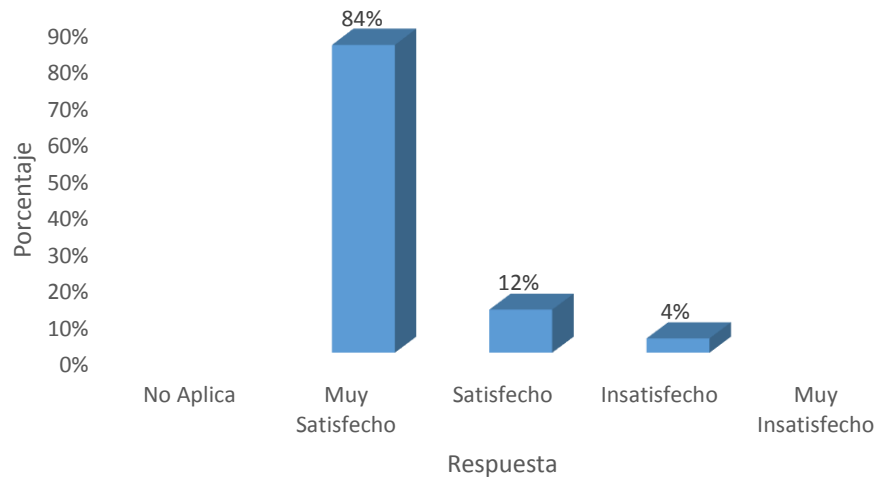
Del 50% de adultos mayores que realizan actividad física un 100% realiza como actividad predilecta caminar en los alrededores de la institución.

*Tabla N 2*

*Distribución de adultos mayores, según nivel de satisfacción con respecto a los cuidados en salud, en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017.*

<b>Acciones</b>	<b>No Aplica</b>	<b>Muy Satisfecho</b>	<b>Satisfecho</b>	<b>Insatisfecho</b>	<b>Muy Insatisfecho</b>	<b>Total</b>
Manera que lo saluda la enfermera		85	12	4		101
Cuando la enfermera se presenta como se siente usted		85	12	4		101
Como se siente cuando la enfermera del hogar se dirige a usted por su nombre		87	13	1		101
Como se siente cuando la enfermera le realiza algún procedimiento	52	41	7	1		101
Como se siente a la estancia que le brinda el enfermero en el hogar		82	14	5		101
Cuando la enfermera le ayuda a bañarse o vestirse como se siente	54	41	4	2		101
Como se siente usted con respecto a las actividades de recreación	2	72	14	10	3	101
Como se siente a como satisfacen sus necesidades espirituales		92	8	1		101
Como se siente con el trato del enfermero en el hogar		88	6	7		101
Que tan satisfecho se encuentra con su vida		76	18	7		101

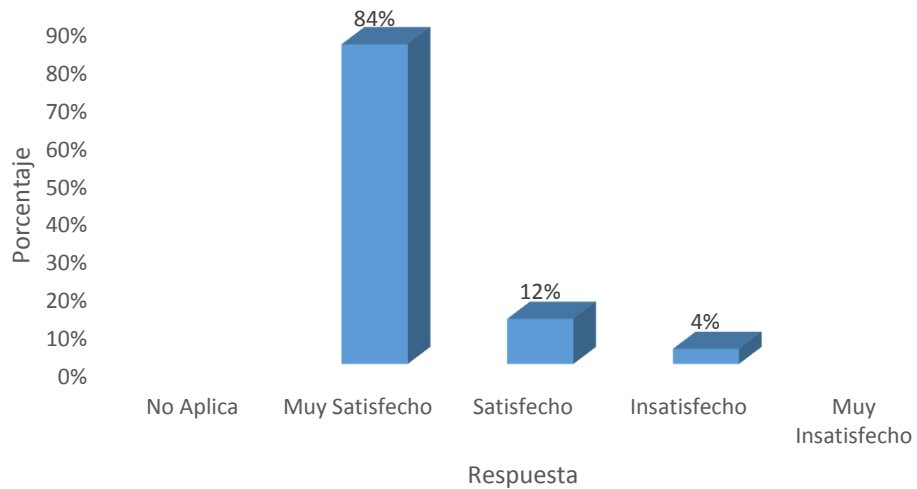
Fuente: Elaboración propia, 2017.



*Figura N 29*

*Distribución porcentual de adultos mayores, según forma en que la Enfermera lo saluda en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.*

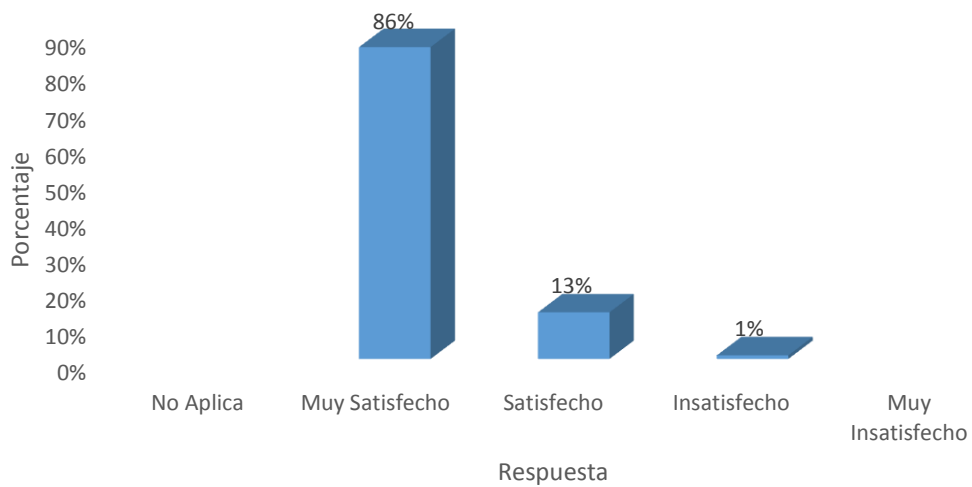
Con respecto a la forma en que la Enfermera saluda un 84% menciona sentirse muy satisfecho y un 4% se encuentra insatisfecho con la misma.



*Figura N 30*

*Distribución porcentual de adultos mayores, según el nivel de satisfacción con respecto a la forma en cómo se presenta la Enfermera en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.*

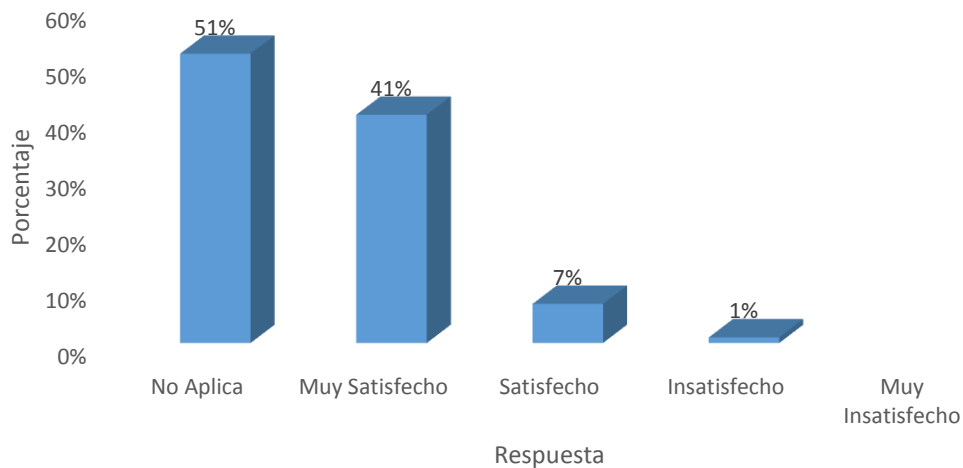
Un porcentaje elevado 84% se encuentra muy satisfecho cuando la Enfermera se presenta de igual forma un 4% se mantiene insatisfecho.



*Figura N 31*

*Distribución porcentual de adultos mayores, según uso del nombre en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.*

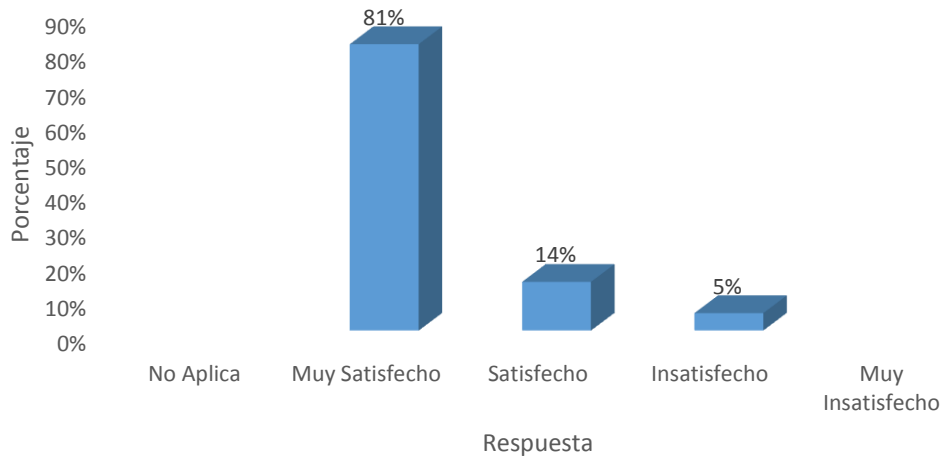
A la hora de referirse al usuario el uso del nombre mantiene un 86% de usuarios muy satisfechos con dicha acción.



*Figura N 32*

*Distribución porcentual de adultos mayores, según nivel de satisfacción con respecto a la realización de un procedimiento por parte de la Enfermera, en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.*

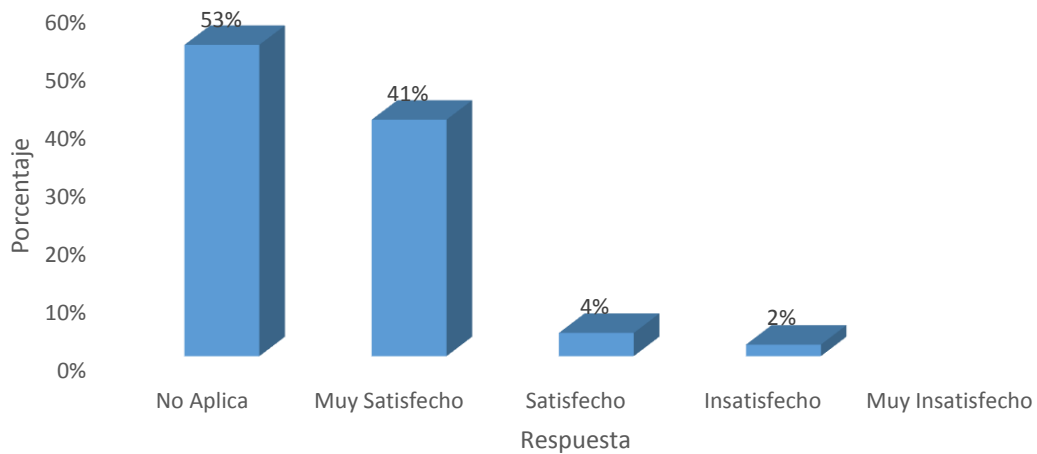
En caso de requerir asistencia por parte del personal de Enfermería un 41% se encuentra muy satisfecho con el procedimiento realizado y un 51% nunca ha necesitado asistencia por parte del personal.



*Figura N 33*

*Distribución porcentual de adultos mayores, según fomento de un ambiente agradable, en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.*

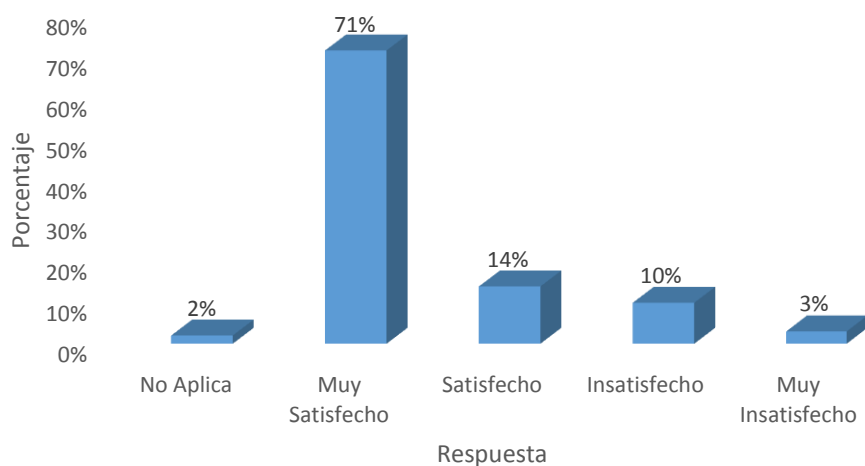
Brindar un ambiente agradable produce un 81% de usuarios muy satisfechos, con los cuidados de Enfermería y un 5% de insatisfacción en la población del hogar.



*Figura N 34*

*Distribución porcentual de adultos mayores, según nivel de satisfacción respecto a la asistencia brindada por parte del personal de Enfermería en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.*

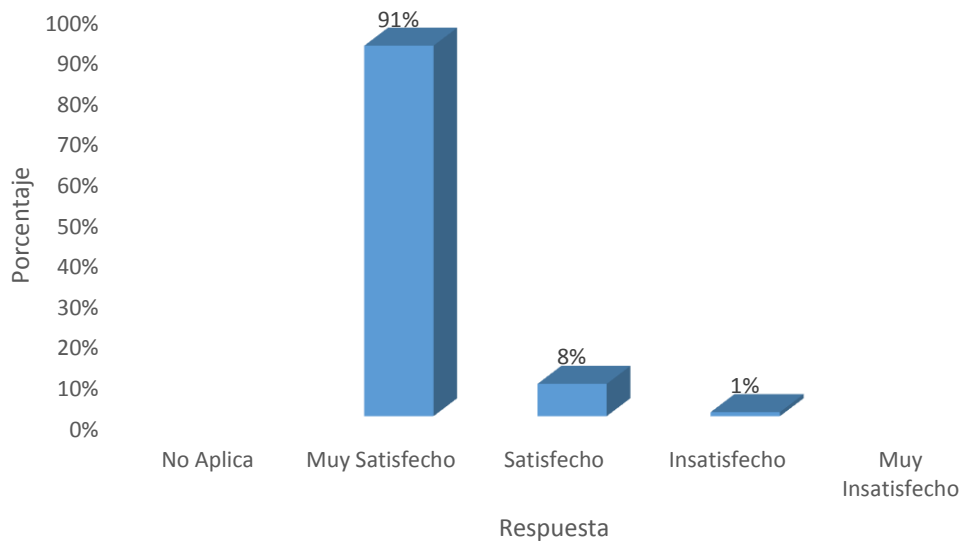
Un 53% nunca ha necesitado asistencia en actividades de cuidado personal y un 41% si lo ha necesitado y se encuentra muy satisfecho.



*Figura N 35*

*Distribución porcentual de adultos mayores, según nivel de satisfacción con respecto a las actividades de recreación en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.*

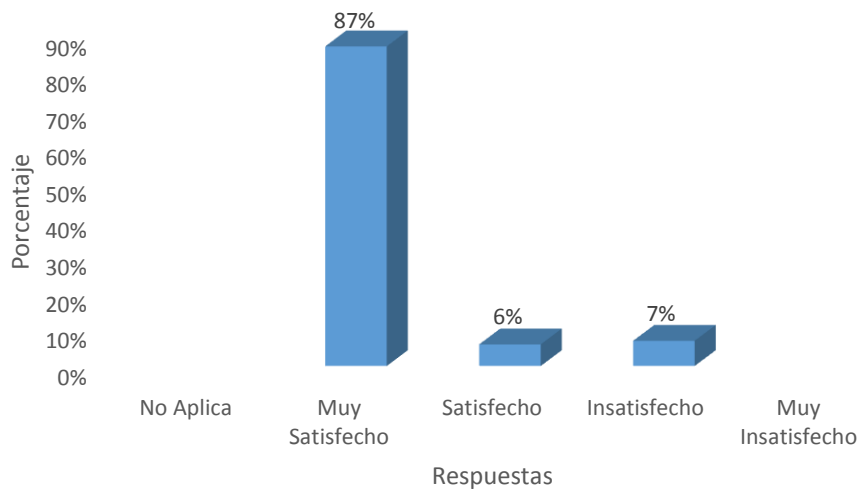
Las actividades de recreación que se llevan a cabo en el hogar mantienen un 71% de usuarios muy satisfechos, un 3% muy insatisfecho y un 2% que no participa en las mismas.



*Figura N 36*

*Distribución porcentual de adultos mayores, según nivel de satisfacción con respecto a las necesidades espirituales, en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.*

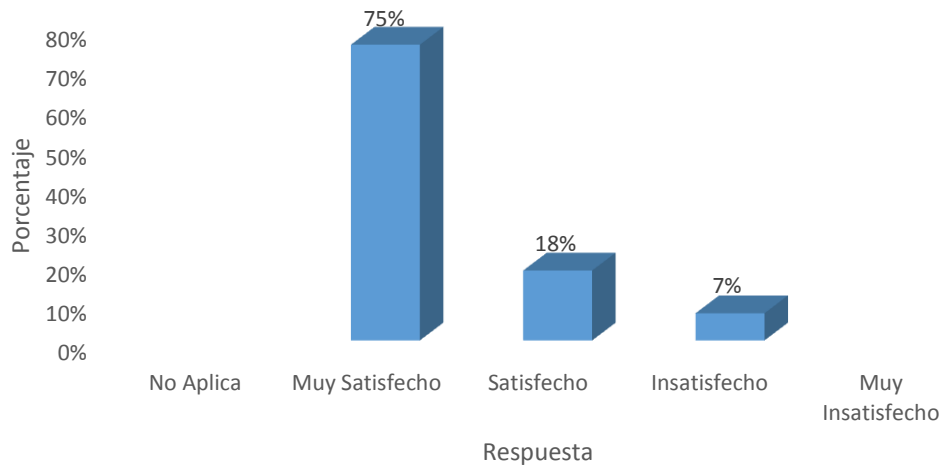
Con respecto a la satisfacción de necesidades espirituales una cifra bastante alta con un 91% se encuentra muy satisfecho con el abordaje.



*Figura N 37*

*Distribución porcentual de adultos mayores, según trato brindado por el personal de Enfermería, en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.*

Un 87% de los adultos mayores se encuentran muy satisfechos por el trato brindado por parte del personal de Enfermería, a su vez un 7% dice encontrarse insatisfecho con el mismo.



*Figura N 38*

*Distribución porcentual de adultos mayores, según nivel de satisfacción con respecto a su vida, en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.*

Con respecto al nivel de satisfacción que manejan los adultos mayores con su propia vida se puede observar que un 75% se encuentra muy satisfecho con la misma y un 7% se encuentra insatisfecho.

## **CAPITULO V: DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS**

## 5.1 DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

La Organización de Naciones Unidas, menciona que el envejecimiento poblacion aumento creciente de la proporción de personas mayores de 60 años, este aumento se da gracias al progresivo incremento de la esperanza de vida. Barrera L, Rubio R, Rubio L, Quintero M, Falque L, Zambrano R<sup>8</sup> et al.

“Se estima que en América Latina y el Caribe, entre los años 2000 y 2025, 57 millones de adultos mayores se van a incorporar a los ya existentes, es decir que del 10% de la población existente en el 2010, dicho grupo poblacional va a representar el 15% en el 2025 y el 25,5% en el 2050.”<sup>8</sup>

Por medio de estas cifras se observa un aumento en la población de personas mayores, esto como consecuencia de los altos porcentajes de esperanza de vida que está alcanzando la población en general, por lo que es necesario estar preparados para brindar una atención integral a este grupo.

Las proyecciones de población a nivel nacional aumenta el número de personas adultas mayores, en consecuencia según Robles<sup>42</sup> a partir del 2015 la tasa de crecimiento de la población de 65 años y más será muy elevada por encima del 4%, ello equivale a que la población se duplique cada 15 años, para el 2025 habrá aproximadamente 600 mil personas adultas mayores de las cuales un 2,3% tendrían más de 80 años lo que equivale a 225 mil personas y en el 2050 se estima un millón 200 mil adultos mayores.

A mitad del 2008 había según Robles<sup>42</sup> 128.460 hombres de 65 años que representaban un 5.6% de la población masculina, con respecto al sexo femenino habían 147.517 que representaban un 6.6% de la población femenina, con respecto a estos datos en el Hogar Carlos María Ulloa, se logra observar el mismo fenómeno dónde el porcentaje de personas adultas mayores es un 1% mayor que el de hombres.

Anteriormente se mencionaba en el informe de estado de la situación de la persona adulta mayor en Costa Rica, llevado a cabo por Robles<sup>42</sup>, muestra que para el año 2025 un 2,3% de la población adulta mayor tendrían más de 80 años lo que equivale a 225 mil personas, en el estudio realizado en la presente investigación se afirma lo mencionado por Robles ya que un 31% de la población se encuentra en edades entre los 80-85 años y un 60% de la misma tienen más de 80 años.

Ya que los participantes son personas longevas se logra evidenciar un alto porcentaje de personas viudas con un 34% del total de la población encuestada, una diferencia significativa entre hombres y mujeres de 65 años y más es el estado conyugal según Robles<sup>42</sup>, ya que las mujeres tienen una esperanza de vida cinco años mayor que la del sexo masculino, por lo que la condición de viudez es más frecuente, en su estudio se logra observar que una de cada cinco mujeres entre las edades de 65 a 69 es viuda, mientras que en los hombres, solo uno de cada veinte se encuentra en dicha condición.

La cantidad de hijos se menciona en el estudio de Robles<sup>42</sup>, la autora comenta que las mujeres de 65 años y más en el 2000 tenían aproximadamente dos hijos más que las mujeres mayores de 35 y menores de 45 años, dado que la fecundidad disminuye día con día, por esto se logra observar un cambio en las redes de apoyo al ser el tamaño de las familias cada vez más pequeño, los adultos mayores del Hogar Carlos María Ulloa en su mayoría tienen entre 1-3 hijos lo que equivale a un 49%, seguidamente el segundo porcentaje más alto equivale a un 24% de adultos mayores que tuvieron entre 4-6 hijos, sólo un pequeño porcentaje de la población de adultos mayores un 6% menciona haber tenido entre 7-9 hijos.

El número de hijos en los adultos mayores está íntimamente relacionado con el nivel educativo de los mismos, ya que muchos de ellos mencionan que por motivos económicos al ser las familias tan grandes no contaban con los medios necesarios para poder estudiar.

En el Hogar Carlos María Ulloa un 54% de los adultos mayores cuentan con estudios incompletos, un 9% del todo nunca tuvo acceso a la educación y un 41% si tuvo acceso de los cuales un 22% sólo terminó la escuela un 7% el colegio y sólo el 12% logró tener acceso a estudios universitarios, se observa en investigaciones que para los adultos mayores tener acceso a la educación era difícil ya que no existía tanta facilidad como hoy en día, motivo por el cual el nivel académico de los adultos mayores es menor al del resto de la población.

La investigación realizada por Robles<sup>42</sup> menciona que el promedio de años de escolaridad de la población adulta mayor es de 4,8 lo que quiere decir que muy pocos logran completar la educación primaria, tal y cómo se observar con la población en estudio.

La situación económica de los adultos mayores según Robles<sup>42</sup> en su mayoría los ingresos no son autónomos por ejemplo pensiones no contributivas, los adultos mayores con los cuales se realizó esta investigación si cuentan con pensión en un porcentaje bastante alto 70%, un 29% no cuenta con ninguna clase de ayuda económica y sólo un 1% desconoce si recibe o no pensión, según Ramirez, Lee<sup>3</sup> en su investigación “Factores asociados a la satisfacción vital en adultos mayores de 60 años” mencionan que se observan diferencias en las correlaciones de las variables sociodemográficas, en las cuales para los hombres sólo la variable de ingresos económicos presentaba un a relación con la satisfacción vital, en cambio para las mujeres la satisfacción estaba ligada a otros aspectos, como lo es la relación con su familia.

La relación con la familia de los adultos mayores del Hogar Carlos María Ulloa, mencionada anteriormente se observa que en su mayoría un 85% si mantienen relación con la misma, en la investigación realizada por Vera<sup>2</sup> se evidencia que para el adulto mayor la satisfacción proviene de cosas sencilla y una de las mencionadas en su estudio es el ser cuidado o tener relación con sus familiares, situación que se presenta en más de la mitad de los adultos mayores participantes en esta investigación.

El nivel de satisfacción de los adultos mayores se ve alterado por la relación que mantienen con la familia, en la investigación “Factores asociados a la satisfacción de vida del adulto mayor de 60 años en Perú” los autores Inga y Vara <sup>1</sup> observan que el mayor nivel de insatisfacción de vida en los adultos mayores se relacionaba con el sentimiento de ser abandonados por sus familiares, así como la soledad o desesperanza, esto sucede con un 15% de adultos mayores del Hogar Carlos María Ulloa los cuales no tienen relación con sus familiares.

Con respecto a la relación que mantienen con otros adultos mayores, se logra observar en la investigación que un 95% mencionan que si tienen una buena relación entre ellos, estudios realizados por Papalia<sup>43</sup> se observa que aquellas personas de la tercera edad que tienen poco o nulo contacto social, tienen más posibilidades de morir a corto plazo y son más propensos a padecer depresión, se evidencia que los adultos mayores que mantienen un círculo social activo con sus familiares y amigos, tienden a ser más saludables físicamente y gozan de mayor estabilidad emocional, lo que aumenta el nivel de satisfacción de los mismos.

El nivel de satisfacción no sólo se ve influenciado por la familia y amigos sino también por el trato recibido por parte del personal que labora en el Hogar Carlos María Ulloa, García<sup>4</sup> realiza una investigación llamada “Satisfacción del adulto mayor con respecto a la atención del personal de enfermería en el Hospital General de Cunduacán Tabasco” donde se obtiene una satisfacción alta con un 58%, en el caso de los adultos mayores involucrados en esta investigación esta cifra es de un 75%.

El adulto mayor según Papalia<sup>43</sup> aborda de una forma más positiva sus preocupaciones y los cambios en su proceso de envejecimiento cuando tienen a quién confiar sus sentimientos y pensamientos, lo que repercute en una mejor calidad de vida, a su vez como parte de las 14 necesidades de Henderson se menciona el poder comunicarse con los demás para expresar las propias emociones, necesidades, miedos y opiniones.

Los adultos mayores del Hogar Carlos María Ulloa mencionan en un 87% que confían en que los trabajadores manejan su información personal de forma confidencial, un pequeño grupo de un 13% no confía en los mismos, como se logra observar gran parte si cumple con las necesidades mencionada por Henderson.

La continuidad de los cuidados brindados por parte del personal de enfermería fue evaluada en esta investigación, 78% de los adultos mayores mencionan que sí hay continuidad de los cuidados en el Hogar Carlos María Ulloa, lo cual es de suma importancia ya que los adultos mayores saben que en cualquier momento que requieran de atención por parte del profesional de Enfermería este va estar presente para atenderlos ya sea para situaciones sencillas como la movilización, ya que un alto porcentaje 82% menciona que en ocasiones requiere asistencia para trasladarse y el personal si le ha ayudado, un 61% de adultos mayores requiere ayuda ya sea de un bastón o andadera para moverse dentro del hogar.

A pesar de que muchos adultos mayores necesitan ayuda para moverse un 56% de los encuestados menciona que pueden realizar actividades de cuidado personal como alimentarse, bañarse, peinarse o lavarse los dientes de forma independiente, Henderson menciona que parte de las 14 necesidades básicas es comer y beber adecuadamente, seleccionar ropas adecuadas, vestirse y desvestirse, mantener el cuerpo limpio y bien cuidado, estos son aspectos que los adultos mayores cumplen de forma independiente, dentro de la evaluación de la satisfacción se indaga como se sienten los usuarios cuándo la enfermera le ayuda a bañarse o vestirse y un 53% de adultos mayores mencionan que nunca han recibido ayuda para estas funciones ya aún pueden realizarlas de forma independiente, un 41% comenta que se encuentran muy satisfechos con la atención brindada a la hora del baño.

Uno de los cuidados brindados por el personal de Enfermería hacia los adultos mayores es la administración de medicamentos, los participantes de esta investigación mencionan un 92% que si ingieren medicamentos, 4% menciona que no toma medicamentos, 5% de ellos desconoce si toma medicamentos, de estos medicamentos 54% son fármacos para

controlar la presión alta, 27% para la diabetes, 8% para el corazón y un 23% no recuerda para que son los fármacos que ingiere.

La Organización Panamericana de la Salud de acuerdo con los autores Barrera <sup>8</sup> et al advierten que las personas mayores de 65 años consumen un 25% de las prescripciones médicas, el promedio de consumo de fármacos en los tratamientos brindados en el servicio ambulatorio es de 3,5 fármacos por cada adulto mayor, si el mismo se institucionaliza la cantidad de fármacos aumenta a 7, se estima que por año se prescriben entre 12 y 17 fármacos a pacientes adultos mayores.

Castro en su investigación “Programa de sensibilización sobre el auto cuidado, dirigido a los adultos mayores pensionados y sus familias que asisten a la Asociación de Educadores Pensionados (A.D.E.P) Miramar, Puntarenas Setiembre-diciembre 2011”,

Menciona que un “67% de los adultos mayores visitaban los servicios de medicina por lo menos una vez cada tres meses. Asimismo, como parte de las prácticas de autocuidado, un 53% de los adultos mayores se controlaban la presión arterial solo una vez al mes, un 37% 1 vez cada 3 meses y un 7% se la controla hace más de un año. Además, solo un 63% alega el cumplimiento total de su tratamiento farmacológico”<sup>11</sup>.

Por este motivo es de suma importancia explicarles a los adultos mayores que se realicen chequeos de forma preventiva mínimo una vez al mes, ya que un alto porcentaje de adultos mayores del Hogar Carlos María Ulloa, hacen uso de fármacos para controlar la presión alta y un 5% desconoce para qué son los fármacos que ingieren, como adultos mayores deben tener conocimiento acerca de sus patologías y de los fármacos que les son administrados por parte del personal y sus efectos secundarios.

La salud física regular en el adulto mayor según Ceballos<sup>44</sup> tiene beneficios los cuales pueden ayudar a evitar, reducir al mínimo o revertir muchos problemas físicos, psicológicos y sociales que acompañan al proceso de envejecimiento, Por lo anterior, el grupo que puede obtener más beneficio con el ejercicio regular es el de las personas mayores. El ejercicio aeróbico se recomienda ampliamente para prevenir y tratar muchas enfermedades crónicas relacionadas con la vejez.

Algunas investigaciones al respecto indican que el entrenamiento físico es necesario para detener o revertir la sarcopenia y aumentar la densidad ósea. El incremento de la fuerza y la masa muscular es una estrategia realista para mantener el estado funcional y la independencia de los adultos mayores.

Un 50% de los adultos mayores del Hogar Carlos María Ulloa realizan como actividad física el salir a caminar en los alrededores de la institución, gracias a esto pueden presentar los beneficios mencionados anteriormente por Ceballos.

Contreras<sup>5</sup> menciona que la satisfacción está relacionada con la calidad de los cuidados brindados por el personal de Enfermería, por lo cual en esta investigación se da énfasis a analizar si las variables están relacionadas, lo cual se logra comprobar.

Con respecto al nivel de satisfacción del adulto mayor García<sup>4</sup> realiza una investigación llamada “Satisfacción del adulto mayor con respecto a la atención del personal de enfermería en el Hospital General de Cunduacán Tabasco” el cuestionario de evaluación pretendía medir los cuidados con calidez, continuidad de los cuidados y cuidados libres de riesgo, el resultado obtenido es que el nivel de satisfacción en los adultos mayores era alto 58% ya que el personal de Enfermería trataba al adulto mayor de forma integral y se le respetaban sus derechos.

En esta investigación también se evalúan cuidados con calidez como lo es la forma en que la enfermera saluda a los usuarios en la cual se presenta un 84% de usuarios muy satisfechos, con respecto a que si la Enfermera se dirige a ellos por su nombre 86% de usuarios muy satisfechos, y por último si el personal se preocupa porque su estancia sea agradable 81% de usuarios muy satisfechos, por lo que se logra observar que los adultos mayores se encuentran muy satisfechos con respecto a los cuidados con calidez brindados por parte del personal del Hogar Carlos María Ulloa.

Con respecto a la evaluación de los cuidados libres de riesgo, como el mantener las normas de asepsia, cuando se realiza un procedimiento, los usuarios mencionaron en su mayoría 51% que nunca han necesitado que se les realicen un procedimiento, y un 41% menciona

estar muy satisfechos con el trato brindado cuando requirieron la realización de alguna curación o procedimiento.

Según Raile y Marriner<sup>37</sup> la teorizante Virginia Henderson menciona que una de las necesidades básicas es jugar o participar en diversas formas de ocio, este aspecto fue evaluado en los adultos mayores del Hogar Carlos María Ulloa los cuales en su mayoría 71% se encuentran muy satisfechos con estas actividades que se realizan todos los días y son muy variadas como talleres de cocina, de lectura, y manualidades.

En el Instituto Colombiano del Deporte<sup>45</sup> se menciona que para los adultos mayores la recreación guarda un potencial muy grande, en la medida que, en esta etapa de la vida, usualmente las personas ya están jubiladas, o se dedican a labores del hogar, cuidado de los nietos, y en muchas ocasiones el aislamiento; la recreación se constituye en un espacio de encuentro con los amigos, de protagonismo, lo cual mantiene la autoestima y ayuda a que el adulto mayor se sienta útil y se mantenga con buena salud.

Algunos de sus beneficios incrementan la expectativa de vida mínimo dos años, estimula y prolongan una vida independiente en los adultos mayores, mantiene la salud mental por medio del manejo del estrés, depresión y el bienestar emocional y psicológico, aumenta el autoestima y autoimagen aspectos fundamentales para la calidad de vida personal, promueven el surgimiento y adquisición de habilidades para la vida y estilos de vida independiente en las personas con discapacidad o limitación.

Otro de los aspectos mencionados dentro de las necesidades de teorizante Virginia Henderson por Raile y Marriner<sup>37</sup> es el rendir culto según la propia fe, en la encuesta administrada a los adultos mayores se evalúa el nivel de satisfacción de los mismos con respecto a la forma en que satisfacen sus necesidades espirituales en el Hogar Carlos María Ulloa y un 91% menciona sentirse muy satisfecho con el abordaje espiritual brindado por la institución, un 8% se encuentra satisfecho y un 1% insatisfecho.

Alba M<sup>46</sup> et al mencionan que esta necesidad persigue atender a los valores y creencias (incluidas las espirituales, pero no de manera exclusiva) que guían las decisiones y opciones vitales de la persona. Incluye lo percibido como importante en la vida y la

percepción de conflicto en los valores, creencias y expectativas que estén relacionados con la salud.

La importancia de esta necesidad radica en que todos necesitamos valores y creencias para poder desarrollarnos como tal. Además, posee una importante relación con el estado anímico y de pertenencia a un grupo.

“Existen necesidades que aparentemente no son necesidades de primer orden, posiblemente por carecer de una vinculación con necesidades físicas para el mantenimiento de la vida, sin embargo, ayudan a que la persona mantenga una interrelación con su entorno, un equilibrio y un estado óptimo de salud.”<sup>46</sup>.

La necesidad de vivir o adoptar estilos de vida saludables según unos valores y creencias es más una necesidad psicológica o espiritual que fisiológica. Esta necesidad debe ser satisfecha por parte de la enfermera desde el respeto a esos valores y creencias y prestando especial atención a que esta necesidad adquiere más importancia en momentos de enfermedad y podría constituir un apoyo para ayudar a las personas a afrontar y adaptarse a su situación actual y futura.

El nivel de satisfacción con respecto al trato brindado por parte el personal de Enfermería arroja como resultado que un 87% de los usuarios se encuentran muy satisfechos con el trato recibido por el personal, un 6% satisfechos y un 7% insatisfecho con el mismo, a pesar de que un alto porcentaje de adultos mayores se encuentra insatisfecho es importante indagar porqué motivo un 7% de los adultos mayores encuestado no se encuentra satisfecho con ese trato, en ocasiones los usuarios mencionan que cambian mucho el personal y que ya ellos tienen su confianza depositada en el personal que tienen asignado y luego este es cambiado, lo que hace que estos tenga que comenzar a trabajar de nuevo en la relación enfermera-paciente.

El nivel de satisfacción que presentan los adultos mayores con su vida, se observa que un 75% menciona encontrarse muy satisfecho, 18% satisfecho y un 7% insatisfecho, en comentarios realizados por parte de los adultos mayores mencionaron que no se encuentran en su totalidad satisfechos ya que a ellos les gustaría hacer más cosas pero por limitaciones físicas no pueden, que el encontrarse en la etapa de la vejez es muy difícil ya que tienen que sobrellevar la pérdida no solo de sus facultades físicas sino también de sus compañeros de vida y de otros habitantes del hogar situación que en ocasiones los afecta mucho ya que no pueden hacer nada al respecto.

Por esta serie de situaciones es de suma importancia brindar atención interdisciplinaria no sólo del personal de Enfermería, para que los adultos mayores se sientan acompañados en las diferentes etapas o situaciones que estén viviendo y de esta forma brindar un acompañamiento y lograr así niveles más altos de satisfacción en los mismos.

## **CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

## 6.1 CONCLUSIONES

Las personas adultas mayores del Hogar Carlos María Ulloa corresponden en su mayoría a personas: entre 80 y 85 años, predominante el sexo femenino, de nacionalidad costarricense, viudos, de religión católica, con escolaridad de primaria incompleta, con acceso a una pensión monetaria, conocidos hipertensos, diabéticos y con otras patologías presentes, utilizan diariamente medicamentos, activos físicamente.

Respecto a los cuidados de salud brindados por el personal, las personas adultas mayores se encuentran satisfechas con el servicio que reciben por parte del personal de Enfermería del Hogar Carlos María Ulloa. Indican sentirse insatisfechos con la alimentación, satisfechos con la asistencia para la movilización, con las actividades de ocio y recreación, con el tiempo de descanso y sueño, con el trato y la motivación del personal. En cuanto a la medicación se encuentran muy insatisfechos debido a que no reciben información sobre los efectos secundarios que producen los mismos. A su vez, indican que no se brindan cuidados para las patologías que presentan ni medidas de prevención para otras patologías.

La satisfacción relacionada con los cuidados de salud que brinda el personal del Hogar Carlos María Ulloa está presente en los usuarios. Aunque no se brindan cuidados específicos e individualizados a cada persona, los clientes se encuentran satisfechos con el servicio recibido por parte de los trabajadores de la institución, aun así, existen deficiencias presentes en la calidad del cuidado que se practica.

## 6.2 RECOMENDACIONES

A la asociación administrativa del hogar:

- ✓ Implementar la capacitación en temas de calidad de atención al adulto mayor, con el fin de mejorar los índices de satisfacción en la atención por parte del personal de Enfermería.
- ✓ Brindar educación por parte del personal de nutrición al adulto mayor sobre sus necesidades y limitaciones de alimentación.
- ✓ Socializar los hallazgos del estudio con el personal para que el mismo conozca la situación que se presenta en la institución.


Al personal de Enfermería

- ✓ Incentivar al personal a la práctica de la teorizante Virginia Henderson, en aspectos educativos como brindar información de efectos secundarios de la ingesta de fármacos.
- ✓ Fomentar un ambiente de empatía entre el personal y el adulto mayor
- ✓ Realizar capacitaciones con temas o patologías comunes en el adulto mayor.

## **BIBLIOGRAFÍA**



1. Inga J, Vara A. Factores asociados a la satisfacción de vida de adultos mayores de 60 años en Lima-Perú. Pepsic [Internet]. 2006 [Citado 19 mayo 2017]; Disponible en: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-92672006000300004](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672006000300004)
2. Vera M. Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. Scielo Perú [Internet]. 2007 [Citado 19 mayo 2017]; Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1025-55832007000300012&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1025-55832007000300012&script=sci_arttext)
3. Ramírez PM; Lee MS. Factores asociados a la satisfacción vital en adultos mayores de 60 años. Redalyc [Internet]. 2012 [Citado 19 mayo 2017]; Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30525012019>
4. Garcia M. Satisfacción del usuario adulto mayor con la calidad de la atención de enfermería en el hospital general Cunduacan Tabasco. Redalyc [Internet]. 2008 [Citado 24 mayo 2017]; Disponible en: <http://www.revistas.ujat.mx/index.php/horizonte/article/view/199/139>
5. Contreras R, Coronado M, López NH, Aguilar D, Félix M, Vega M. Satisfacción con el cuidado de Enfermería del adulto mayor hospitalizado. Enferm Univ [Internet]. 2008 [citado 28 de noviembre de 2017];5(1). Disponible en: <http://revistas.unam.mx/index.php/reu/article/view/30256>



6. Buide M, Fernández M, Varela N, Millán JC, Gandoy M, Mayán JM. Papel del profesional de enfermería en un Centro de Día Gerontológico [Internet]. 2000 [ Citado 28 noviembre de 2017]; Disponible en: [http://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/14314/BuideIllobre\\_PapelProfesional.pdf?sequence=2&isAllowed=y](http://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/14314/BuideIllobre_PapelProfesional.pdf?sequence=2&isAllowed=y)
  
7. Albala C, Lebrão ML, Díaz L, María E, Ham R, Hennis AJ, et al. Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE): metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada. Rev Panam Salud Pública. 2005;17(5-6):307-322. 
  
8. Barrera L, Rubio R, Rubio L, Quintero M, Falque L, Zambrano R et al. La salud de los adultos mayores una visión compartida. 2 ed. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2011
  
9. Federación Iberoamericana de Asociaciones de Personas Adulto Mayores [ Internet ]. San José: CONAPAM; 2011 [ Citado 13 octubre 2017]; Disponible en: [http://fiapam.org/wp-content/uploads/2014/02/Prestaciones\\_PolNac\\_EnvVejez2011-2021.pdf](http://fiapam.org/wp-content/uploads/2014/02/Prestaciones_PolNac_EnvVejez2011-2021.pdf)
  
10. Araya L, Céspedes J. Vejez, dignidad y productividad: Un Estudio Exploratorio de las Condiciones de las y los Adultos Mayores en Costa Rica. [Internet]. 2005 [citado 28 de noviembre de 2017]. Disponible en: [http://www.infocoop.go.cr/biblioteca/investigaciones/investigaciones/12\\_vejez\\_dignidad\\_y\\_productividad.pdf](http://www.infocoop.go.cr/biblioteca/investigaciones/investigaciones/12_vejez_dignidad_y_productividad.pdf)
  
11. Castro C. Programa de sensibilización sobre el auto cuidado, dirigido a los adultos mayores pensionados y sus familias que asisten a la asociación de educadores pensionados (A.D.E.P) Miramar, Puntarenas. Setiembre-diciembre 2011 [Licenciatura en Enfermería]. [Costa Rica]: Universidad Hispanoamericana; 2011.

12. Mora J. Humanización del cuidado en salud del personal de enfermería, evaluada desde la satisfacción de la persona adulta mayor, Hogar Carlos Maria Ulloa, diciembre 2014. [Costa Rica]: Universidad Hispanoamericana; 2014. <sup>1</sup><sub>SEP</sub>
13. Sánchez G. Satisfacción de la persona adulta mayor, en relación con los cuidados de salud brindados por el personal, centros diurnos cantones Goicoechea, Vásquez de Coronado y Tibás, enero-marzo 2017. [Costa Rica]: Universidad Hispanoamericana; 2017.
14. Instituto Nacional de Estadística y Censos [Internet]. Costa Rica: INEC; [actualizado 12 Noviembre de 2015; consulta 29 de Noviembre 2017]. Disponible en: <http://www.inec.go.cr/noticia/la-poblacion-adulta-mayor-se-triplicaria-en-los-proximos-40-anos>
15. OMS [Internet]. OMS; 2017 [Citado 26 mayo 2017]; Disponible en: <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>
16. Pérez CM, Ortiz RM, Abreu ML, Peña MF, Ochoa II. La evaluación de la satisfacción en salud: un reto a la calidad. Scielo Cuba [Internet]. 2008 [Citado 28 de mayo 2017]; Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s0864-34662008000400013](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0864-34662008000400013)
17. Quintero J. Abraham M. Maslow y su teoría de la motivación humana, psicopedagogíaaprendizajeduc [Internet]. Psicopedagogíaaprendizajeduc. 2012 [citado 29<sup>1</sup><sub>SEP</sub> de noviembre de 2017]. Disponible en: <https://psicopedagogiaaprendizajeduc.wordpress.com/2012/06/29/abraham-maslow-y-su-teoria-de-la-motivacion-humana/>
18. Ávila M, García A. Grado de satisfacción del usuario respecto a la atención de enfermería que reciben en los servicios de salud preventivo y hospitalario. [Internet]. 2012 [citado 4 de diciembre de 2017]; Disponible en:


[https://www.academia.edu/8839459/T-ULEAM-12-0011\\_opt](https://www.academia.edu/8839459/T-ULEAM-12-0011_opt)

19. Ramírez M, Lee S. Factores asociados a la satisfacción vital en adultos mayores de 60 años. Polis Rev Latinoam [Internet]. 17 de diciembre de 2012 [citado 30 de septiembre de 2016];(33). Disponible en: <https://polis.revues.org/8594> 
20. Abrajan M, Contreras J, Montoya S. Grado de satisfacción laboral y condiciones de trabajo: una exploración cualitativa. Enseñanza e investigación en Psicología. 2009;14(1):105-18. 
21. Calva J. Satisfacción de usuarios: la investigación sobre las necesidades de información. [Internet]. Universidad Nacional Autónoma de México; 2009. 52 p. Disponible en: [http://cuib.unam.mx/publicaciones/11/satisfaccion\\_desuarios\\_JUAN\\_JOSE\\_CALVA\\_GONZALEZ.html](http://cuib.unam.mx/publicaciones/11/satisfaccion_desuarios_JUAN_JOSE_CALVA_GONZALEZ.html)
22. González H. Cómo medir la satisfacción del cliente [Internet]. Calidad y gestión. 2014 [citado 4 de diciembre de 2017]. Disponible en: <https://calidadgestion.wordpress.com/2014/09/15/como-medir-la-satisfaccion-del-cliente/>
23. Promonegocios.net. Thompson I. La satisfacción del cliente. [Internet]. 2012 [citado 4 de diciembre de 2017]. Disponible en: <https://www.promonegocios.net/clientes/satisfaccion-cliente.html>
24. Nulan [Internet]. Mar de Plata: Universidad Nacional de Mar de Plata; 2013 [actualizado Feb de 2013; citado 8 de diciembre de 2017]. Disponible en: [http://nulan.mdp.edu.ar/1773/1/toniut\\_h\\_2013.pdf](http://nulan.mdp.edu.ar/1773/1/toniut_h_2013.pdf)
25. Olvares R, Martínez R, Borges L, González L. Calidad de vida en el adulto mayor. Varona [Internet]. 2015 [citado 6 de diciembre de 2017]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3606/360643422019.pdf>
26. Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. Ley Integral para la Persona Adulta Mayor N°7935 [Internet]. 1999. Disponible en:

[http://dhr.go.cr/biblioteca/leyes/ley\\_7935.pdf](http://dhr.go.cr/biblioteca/leyes/ley_7935.pdf) [L  
SEP]

27. Marín P, Homero G, Carrasco M. Geriatria y gerontología. 3 ed. Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile; 2008
28. Guevara E. Cuidados básicos en el hogar a personas adultas mayores, enfermas o con discapacidad. Costa Rica: EDNASSS; 2013. 126 p. [L  
SEP]
29. Hernández K, Jiménez M. Propuesta educativa de atención de enfermería para la implementación de nuevas actividades que faciliten la estimulación física, emocional y social, dirigida a la persona adulta mayor que asiste al Centro Diurno Asociación de Atención Integral para la Tercera Edad de Coronado, durante el primer cuatrimestre del 2016 [Licenciatura de Enfermería]. [San José, Costa Rica]: Universidad de Iberoamérica; 2016. [L  
SEP]
30. Barrios A, Barán M, Cabello A, Cañete F. Manual de Manejo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles. 2 ed. Paraguay: Organización Panamericana de la Salud; 2015
31. Grossman S; Porth C. Fisiopatología Alteraciones de la Salud. 9 ed. España: Wolters Kluwer Health
32. Orellana V, Barros C, Forttes A, Valenzuela E, Zegers B, Bentué A, et al. Gerontología básica: lecturas complementarias. Pontificia Universidad Católica de Chile. Dirección de Educación a Distancia. Chile: Teleduc; 1999.
33. Velandia A, Sánchez B, Antolínez B, Peña B, Vanegas B, Ruiz C, et al. El arte y la ciencia del cuidado. Colombia: UNIBIBLOS; 2002. 207 p. [L  
SEP]
34. Mena D, González V, Cervera A, Salas P, Orts M. Cuidados básicos de enfermería. Universitat Jaume [Internet]. 2016 [citado 9 de diciembre 2017]; Disponible en: [http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/150911/s108\\_impressora.pdf?sequ](http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/150911/s108_impressora.pdf?sequ)

ence=6

35. Coto F, Rojas F, Solano C. Programa educativo de Enfermería para la prevención y el manejo de lesiones no intencionales, dirigido a personas cuidadoras de adultos (as) mayores residentes de Hogar para Ancianos de Montes de Oca «Nuestra Señora de Lourdes», durante el año 2013 [Licenciatura en Enfermería]. [Costa Rica]: Universidad de Costa Rica; 2014.
  
36. Bellido JC, Ríos A, Fernández S. Capítulo II. Modelo de cuidados de Virginia Henderson. En: Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los Lenguajes NNN [Internet]. 1a. Ed. España: Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén; 2010 [citado 26 de octubre de 2017]. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0714.pdf> 
  
37. Raile M, Marriner A. Modelos y teorías en enfermería. 7ma. Ed. España: Elsevier; 2011.
  
38. Bonill C, Amezcua M. [Internet]. Granada: Gomeres; [actualizado 25 noviembre de 2014; citado 30 noviembre de 2017]. Disponible en <http://index-f.com/gomeres/?p=626>
  
39. Vernet F. Conceptos basicos de enfermeria en la atención gerontológica según el modelo V. Henderson. Gerokomos [Internet]. 2017 [30 de Noviembre de 2017]; 18(1). Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2007000200004](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2007000200004)
  
40. Hernández S, Fernández C, Baptista L. Metodología de la investigación. 5ta ed. México: Mc Graw-Hill; 2010
  
41. Toro J, Parra R. Metodología de la investigación cualitativa/investigación cuantitativa. Medellín: Fondo Editorial Universidad EAFIT; 2006.

42. Ucr. [Internet]. San José: UCR; 2008 [actualizado 2008; citado 17 enero 2018].  
Disponible en: [http://ccp.ucr.ac.cr/espam/descargas/ESPAM\\_cap2web.pdf](http://ccp.ucr.ac.cr/espam/descargas/ESPAM_cap2web.pdf)
43. Papalia D, Wendkos S, Duskin R. Desarrollo humano. Undécima edición. México: McGraw-Hill; 2010
44. Ceballos G, Álvarez J, Medina E. Actividad física y calidad de vida en adultos mayores. 2012 [ citado 24 enero 2018 ]. Disponible en: <http://eprints.uanl.mx/4476/1/Capitulos%20de%20libro.pdf>
45. Instituto Colombiano del deporte [Internet]. Colombia: Funlibre; 2006 [citado 24 de enero 2018]. Disponible en: <http://blog.utp.edu.co/areaderecreacionpcdyr/files/2012/07/Beneficios-de-la-Recreación.pdf>
46. Alba M, Bellido J, Cárdenas V, Muñoz J. Proceso enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN. 1era ed. España: Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaen; 2010

## **ANEXOS**

## **ANEXO 1**

### **Declaración Jurada**

## DECLARACIÓN JURADA

Yo **María Angel Chinchilla Trejos**, cédula de identidad número **1-15320480**, en condición de egresada de la carrera de Enfermería de la Universidad Hispanoamericana, y advertido de las penas con las que la ley castiga el falso testimonio y el perjurio, declaro bajo la fe del juramento que dejo rendido en este acto, que mi trabajo de graduación, para optar por el título de Licenciatura en Enfermería titulado “Satisfacción del adulto mayor en relación a los cuidados básicos de salud, que reciben en el Hogar Carlos María Ulloa, desde la perspectiva de la teorizante de Enfermería Virginia Henderson, durante el mes de diciembre del 2017, Guadalupe” 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 Derechos 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 permitid 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, el 23 de enero del 2018.

*Mariangel Chinchilla Trejos*  
María Angel Chinchilla Trejos  
San José enero 2018

## ANEXO 2

### Consentimiento Informado

<b>Consentimiento Informado</b>
---------------------------------

Quien suscribe, \_\_\_\_\_, mayor, estado civil \_\_\_\_\_, de nacionalidad \_\_\_\_\_, vecina \_\_\_\_\_, con cédula de identidad \_\_\_\_\_. Manifiesto que he sido invitado a participar en el desarrollo de la investigación, **Satisfacción del adulto mayor en relación a los cuidados básicos en salud que reciben en el Hogar Carlos María Ulloa, Guadalupe**, la cual consiste en recolectar información por medio de un cuestionario, para realizar un perfil de dicha población. Y cuyo objetivo principal es conocer el nivel de satisfacción de los adultos mayores que residen en el hogar anteriormente mencionado. En igual sentido la investigadora **María Angel Chinchilla Trejos**, Enfermera Bachiller, y estudiante de Licenciatura de la Universidad Hispanoamericana, me ha expresado y explicado de que se trata el estudio y que mi participación en esta investigación es únicamente el llenar un cuestionario, lo que no implica riesgo alguno más que la ruptura de la confidencialidad, para lo cual la investigadora no necesita mi nombre en el cuestionario, y los datos serán custodiados por la investigadora y procesados en estadísticas generales.

Por la información anterior, dejo expresamente mi voluntad de someterme a este cuestionario para la investigación, manifiesto que comprendo expresamente las complicaciones de la participación.

Comprendo que la investigadora es María Ángel Chinchilla Trejos, la cual puede ser ubicada, al teléfono 8704-5775. De igual forma establezco que de conformidad con mi voluntad podré en cualquier momento retirarme del estudio o no llenar el cuestionario. He informado al investigador de mi participación en cualquier otro estudio clínico durante el año pasado denominado: \_\_\_\_\_.

Entiendo que cualquier información que se vuelva disponible durante el transcurso del estudio que pueda afectar mi deseo de tomar parte en este estudio, se me dará a conocer tan pronto como pueda practicarse.

Autorizo a la enfermera María Ángel Chinchilla Trejos a utilizar la información en relación a este estudio en forma de base estadística, siempre y cuando se me respete mi imagen, así como mi integridad.

De igual forma comprendo que la investigación la desarrollará una persona física, por lo cual libero al Hogar Carlos María Ulloa.

Nombre de la participante. \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Nombre del Investigador \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Guadalupe. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

## ANEXO 3

### Carta de aprobación Asociación Hogar Carlos María Ulloa



**Asociación  
Hogar Carlos María Ulloa**

Tel. 2521-5340 Fax: 2233-3397  
Web: www.hcmu.org  
Apartado: 1744-1000, San José, Costa Rica.



San José, 25 de setiembre del 2017  
AD-TCU-309-09-17

Señores  
**Universidad Hispanoamericana**  
Presente

Estimados Señores:

Por este medio la suscrita Licda. Sonia Valerín Arias, portadora de la cédula número 1-0437-0179, en mi calidad de administradora de la Asociación Hogar Carlos María Ulloa, manifiesto la aceptación de la estudiante, María Ángel Chinchilla Trejos, cédula número 1-1532-0480, en la carrera de Enfermería para realizar encuestas a los PAM de la Institución, sin remuneración alguna. Trabajo que estará supervisado por la Licda. Yerelis Bejerano Brito

La institución se compromete, a través de mi persona, con la supervisión de la estudiante a facilitar toda la información solicitada con el desempeño del estudiante, cuando cualquiera de las partes lo estime conveniente o necesario. A sí mismo me comprometo a firmar la carta de conclusión del Trabajo terminado, asegurando que la información ahí contenida es precisa y veraz.

Sin más por el momento se despide,

Yohanna Latino Chavarría  
Secretaria Administrativa



*"Dame señor la transparencia del anciano que no busca ya nada para él y sólo aspira a dejar un recuerdo de paz". Yl"*

## ANEXO 4

### Carta de Tutor

## CARTA DEL TUTOR

San José, 26 de enero del 2018.

**Máster Zaida Rodríguez**  
**Carrera Enfermería**  
**Universidad Hispanoamericana**

**Estimada Directora:**

La estudiante, **María Ángel Chinchilla Trejos**, cédula: 1 1532 0480, me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado: **SATISFACCIÓN DEL ADULTO MAYOR EN RELACIÓN A LOS CUIDADOS BÁSICOS DE SALUD, QUE RECIBEN EN EL HOGAR DE ANCIANOS CARLOS MARIA ULLOA, DESDE LA PERSPECTIVA DE LA TEORIZANTE DE ENFERMERÍA VIRGINIA HENDERSON, DICIEMBRE, 2017 GUADALUPE**, el cual ha elaborado para optar por el grado académico de Licenciatura en Enfermería.

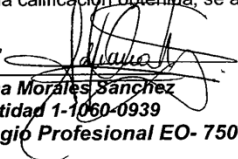
En mi calidad de tutor, he verificado que se han hecho las correcciones indicadas durante el proceso de tutoría y he evaluado los aspectos relativos a la elaboración del problema, objetivos, justificación; antecedentes, marco teórico, marco metodológico, tabulación, análisis de datos; conclusiones y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

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

a)	ORIGINAL DEL TEMA	10%	9%
b)	CUMPLIMIENTO DE ENTREGA DE AVANCES	20%	16%
c)	COHERENCIA ENTRE LOS OBJETIVOS, LOS INSTRUMENTOS APLICADOS Y LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACION	30%	28%
d)	RELEVANCIA DE LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	20%	19%
e)	CALIDAD, DETALLE DEL MARCO TEORICO	20%	20%
	TOTAL		<b>92</b>

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

Atentamente,

  
**MSc. Adriana Morales Sanchez**  
**Cédula identidad 1-1060-0939**  
**Carné Colegio Profesional EO- 7505**

**ANEXO 5**

**Carta de Lector**

## CARTA DE LA LECTORA

San José, 28 de marzo 2018.

**Máster Zaida Rodríguez**  
**Carrera Enfermería**  
**Universidad Hispanoamericana**

Estimada señora:

La estudiante, **María Angel Chinchilla Trejos, cédula 1-1532-0480** me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado: **“SATISFACCIÓN DEL ADULTO MAYOR CON RELACIÓN A LOS CUIDADOS BÁSICOS DE SALUD, QUE RECIBEN EN EL HOGAR DE ANCIANOS CARLOS MARÍA ULLOA, DESDE LA PERSPECTIVA DE LA TEORIZANTE DE ENFERMERÍA VIRGINIA HENDERSON, GUADALUPE DICIEMBRE, 2017”**, el cual ha elaborado para optar por el grado académico de Licenciatura en Enfermería.


En mi calidad de lector, he verificado que se han hecho las correcciones indicadas durante el proceso de lectoría 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 el postulante, se obtiene la siguiente calificación:

a)	ORIGINAL DEL TEMA	10%	8
b)	CUMPLIMIENTO DE ENTREGA DE AVANCES	20%	18
c)	COHERENCIA ENTRE LOS OBJETIVOS, LOS INSTRUMENTOS APLICADOS Y LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACION	30%	26
d)	RELEVANCIA DE LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	20%	18
e)	CALIDAD, DETALLE DEL MARCO TEORICO	20%	18
	TOTAL		88%

En virtud de la calificación obtenida, se avala el traslado al proceso de lectura al filólogo(a).

Atentamente,

  
**MSc. Marcela Castro Méndez**  
**Cédula identidad 1-1034-0377**  
**Carné Colegio Profesional E-4705**

## ANEXO 6

### Carta de filólogo



EDUCATESIS, hace constar que se realizó la revisión del presente trabajo, se analizó la construcción de párrafos, vicios del lenguaje, ortografía, puntuación y otros relacionados a la Corrección de Estilo, sin alterar la intencionalidad del autor y el enfoque del tema. Por lo tanto, CERTIFICA, la revisión y corrección de la tesis para optar por el Grado Académico de:

**LICENCIATURA DE ENFERMERÍA.  
UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA**

Tema:


**SATISFACCIÓN DEL ADULTO MAYOR CON RELACIÓN A LOS CUIDADOS  
BÁSICOS DE SALUD, QUE RECIBEN EN EL HOGAR DE ANCIANOS CARLOS  
MARÍA ULLOA, DESDE LA PERSPECTIVA DE LA TEORIZANTE DE  
ENFERMERÍA VIRGINIA HENDERSON, DICIEMBRE, 2017**

Elaborado por:

**MARÍA ÁNGEL CHINCHILLA TREJOS**

Se extiende la presente en San José, 03 de abril del 2018.

Atentamente:

  
LICDA. JACQUELINE RÍOS A.  
COORDINADORA GENERAL DE FILÓLOGOS  
EDUCATESIS  
C/616

  
educatesis@hotmail.com  
8762-2302

## ANEXO 7

### Cuestionario de aplicación



**UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE ENFERMERÍA  
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA**

Estimado participante, el siguiente documento se utilizará como instrumento de recolección de datos para: determinar la satisfacción de la persona adulta mayor, en relación a los cuidados básicos de salud brindados por el personal de enfermería del Hogar Carlos María Ulloa durante el mes de diciembre, 2017. Lo anterior, como parte de la tesis para optar por el título de Licenciatura en Enfermería.

El siguiente cuestionario cuenta con 6 páginas y se divide en 3 Partes: I parte de Selección Única, II parte de Selección Múltiple y III parte escala Likert

Los datos que usted proporcione en este instrumento, son de carácter anónimo, y la investigadora los custodiará y no los dará a conocer en forma individual, sino haciendo una generalización de los mismos y nunca se dará a conocer la identidad física de las personas participantes. Esto significa que aseguramos confidencialidad absoluta.

El presente cuestionario es elaborado por la estudiante María Ángel Chinchilla Trejos y cualquier información podrá ser solicitada por medio del siguiente correo: [mary.trejosm@gmail.com](mailto:mary.trejosm@gmail.com)

Muchas gracias por su colaboración.

#### A) Aspectos sociodemográficos y biológicos

1. Sexo:  F  M

Femenino  Masculino

2. Nacionalidad:

Costarricense  Nicaragüense  Otra: \_\_\_\_\_

3. Edad:  L  SEP

65-70 años  75-80 años  85-90 años

70-75 años  80-85 años  Más de 90 años

4. Estado civil:

Soltero(a)  Divorciado(a)

Casado(a)  Unión libre  Viudo(a)

5. Religión:

Católica  Cristiana  No practica la religión Otro:\_\_\_\_\_

6. Número de hijos

No tiene hijos  Entre 4-6  Más de 10

Entre 1-3  Entre 7-9

7. Escolaridad

No asistió

Primaria Completa  Primaria Incompleta

Secundaria Completa  Secundaria Incompleta

Universidad Completa  Universidad Incompleta

8. ¿Recibe pensión monetaria?

Sí  No

## **B. Cuidados de la Salud**

9. ¿Al ingresar por primera vez al Hogar Carlos Maria Ulloa, algún profesional de salud le realizó una revisión general de su salud (examen físico)?

Sí  No  No Recuerdo

10. ¿Mantiene usted relación con su familia?

Si  No

11. ¿Mantiene usted relación con los otros adultos mayores del hogar?

Si  No

12. ¿Considera usted que dentro del hogar recibe un buen trato basado en el respeto e igualdad por parte del personal de enfermería?

Nunca  A veces  Siempre

13. ¿Confía en que los trabajadores del hogar manejan su información personal de manera confidencial?

Si  No

14. ¿Hay continuidad en los cuidados de enfermería las 24 horas del día?

Si  No

15. ¿Si usted está enfermo(a) cuenta con algún profesional en salud que lo atienda en el  hogar?

Nunca  A veces  Siempre

16. En caso de que usted necesite ayuda para trasladarse dentro del hogar, ¿usted cuenta con asistencia de algún funcionario?

Nunca  A veces  Siempre

17. ¿Se moviliza de forma independiente dentro del hogar, sin ayuda de un bastón, andadera u otro tipo de accesorio?

Nunca  A veces  Siempre

18. ¿Realiza usted actividades relacionadas al cuidado personal (alimentarse, bañarse, peinarse, lavarse los dientes, etc.) de manera independiente, sin ayuda de alguna persona?

Nunca       A veces       Siempre

19. ¿Usted toma algún medicamento?

Sí    No

20. En caso de que su respuesta sea que sí, cuáles medicamentos consume:

---

21. En caso de hacer uso de medicinas ¿necesita ayuda de algún trabajador del hogar para tomarlas o aplicarlas?

Nunca       A veces       Siempre

22. ¿En el hogar algún profesional le ha explicado el correcto manejo y efectos secundarios de los medicamentos que usted toma o se aplica?

Nunca       A veces       Siempre

23. ¿Cómo parte de las charlas que se brindan en el hogar, le han explicado medidas para la prevención de caídas y fracturas?

Si    No

24. ¿Cómo parte de las charlas que se brindan en el hogar, le han explicado medidas para la prevención de enfermedades?

Si    No

25. ¿Padece usted alguna de las siguientes enfermedades?

- Hipertensión arterial  Asma  Ninguna  No se
- Diabetes  Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
- Depresión  Osteoporosis
- Cardiopatías  Otra: \_\_\_\_\_

26. ¿Si usted padece alguna enfermedad, adaptan la dieta en cuanto a sus necesidades de alimentación e hidratación?

- Nunca  A veces  Siempre


27. ¿Realiza usted actividad física?


- Si  No

28. En caso de que realice actividad física, ¿cuál o cuáles de las siguientes actividades físicas realiza usted?

- Caminar  Aeróbicos
- Bailar  Otro: \_\_\_\_\_

### C. Nivel de Satisfacción

En las siguientes preguntas, se marcará con una X la respuesta, la cual corresponde a una puntuación de 1 a 4; donde 1 significa muy insatisfecho y 4 significa muy satisfecho. 

	Muy Insatisfecho	Insatisfecho	Satisfecho	Muy Satisfecho
29. ¿Se encuentra satisfecho (a) con la forma en que la enfermera (o) le saluda?				
30. ¿Cuándo la enfermera (o) del hogar se presenta con usted cómo se siente?				
31. ¿Cómo se siente cuando la enfermera (o) del hogar se dirige a usted por su nombre?				
32. ¿Cómo se siente cuándo la enfermera(o) le realiza algún procedimiento?				
33. ¿Cómo se siente con respecto a la estancia que le brinda la enfermera(o) dentro del Hogar Carlos Maria Ulloa?				
34. ¿Cuándo la enfermera(o) le ayuda a bañarse, vestirse, cómo se siente?				
35. ¿Cómo se siente usted con respecto a las actividades de distracción y recreación que se realizan en el Hogar Carlos María Ulloa?				
36. ¿Cómo se siente con respecto a la forma en que satisfacen sus necesidades espirituales?				
37. ¿Se siente satisfecho(a) con el trato que le da la enfermera(o) del hogar?				
38. ¿Qué tan satisfecho(a) se encuentra usted con su vida? 				

## ANEXO 8

### Resultados de plan piloto

Tabla N 1

*Distribución porcentual de adultos mayores, según género en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre, 2017.*

Sexo	Porcentaje	Cantidad
Masculino	45%	5
Femenino	55%	6
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>11</b>

Fuente: Elaboración propia, 2017.

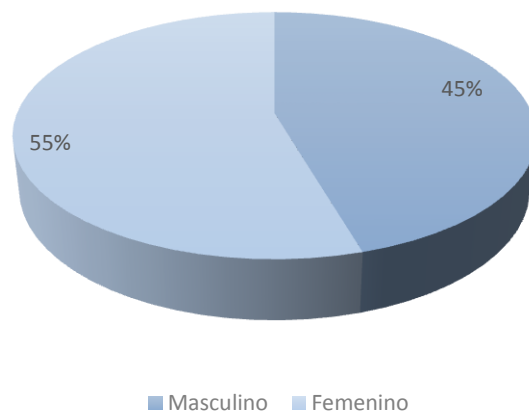


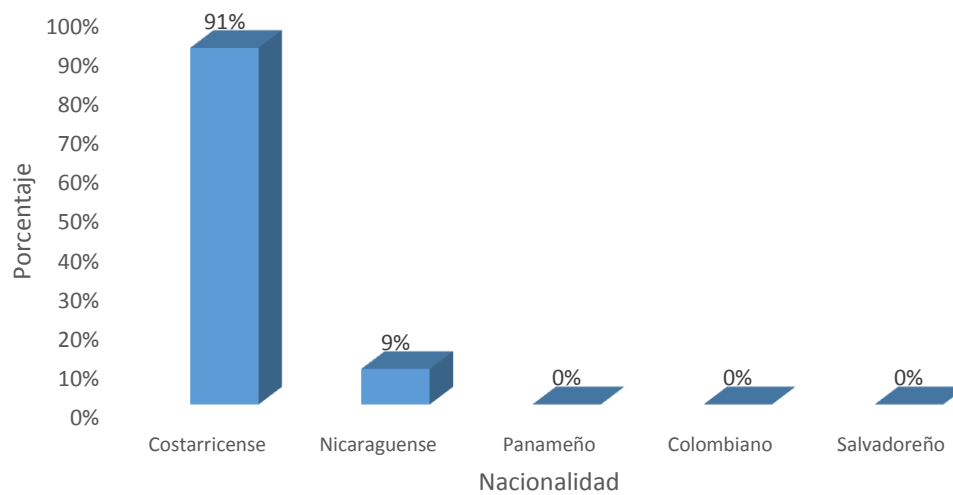
Figura N 1

*Distribución porcentual de adultos mayores, según género en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.*

*Tabla N 2*  
*Distribución porcentual de adultos mayores, según nacionalidad en el Hogar Carlos María*  
*Ulloa, diciembre 2017.*

<b>Nacionalidad</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Cantidad</b>
<b>Costarricense</b>	91%	10

Fuente: Elaboración propia 2017.



<b>Nicaragüense</b>	9%	1
<b>Panameño</b>	0%	
<b>Colombiano</b>	0%	
<b>Salvadoreño</b>	0%	
<b>Total</b>	100%	11

*Figura N 2*

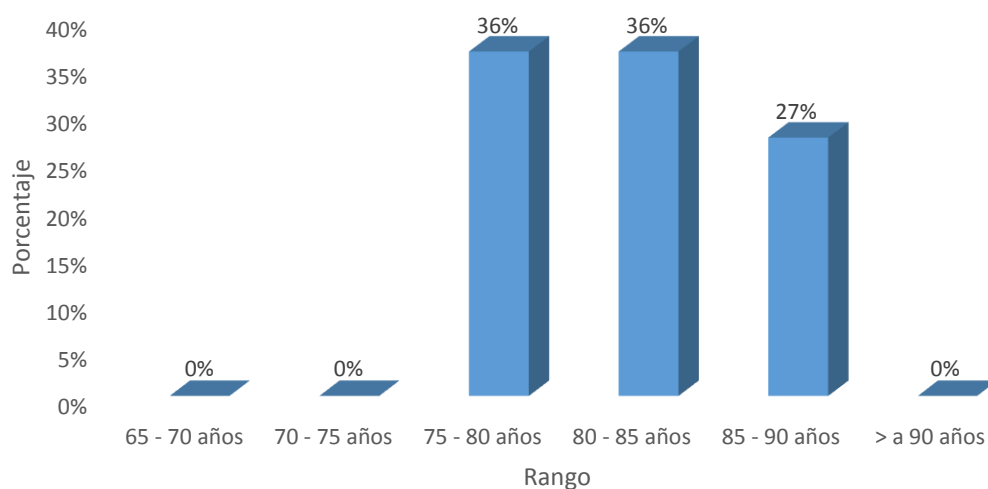
*Distribución porcentual de adultos mayores, según nacionalidad en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017. Fuente: Elaboración propia 2017.*

*Tabla N 3*

*Distribución porcentual de adultos mayores, según edad en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017.*

<b>Edad</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Cantidad</b>
<b>65 - 70 años</b>	0%	
<b>70 - 75 años</b>	0%	
<b>75 - 80 años</b>	36%	4
<b>80 - 85 años</b>	36%	4
<b>85 - 90 años</b>	27%	3
<b>&gt; a 90 años</b>	0%	
<b>Total</b>	100%	11

Elaboración propia, 2017.



*Figura N 3*

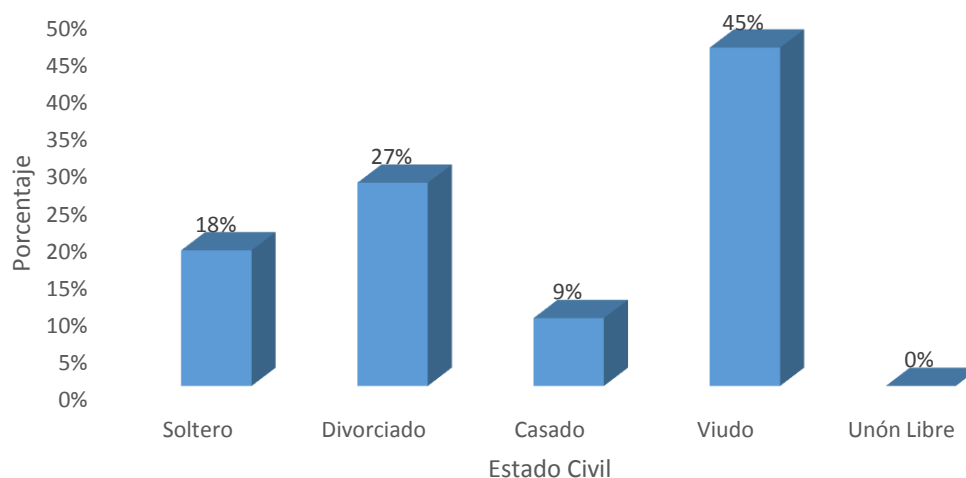
*Distribución porcentual de adultos mayores, según edad en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.*

*Tabla N 4*

*Distribución porcentual de adultos mayores, según estado civil, en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017.*

<b>Estado Civil</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Cantidad</b>
<b>Soltero</b>	18%	2
<b>Divorciado</b>	27%	3
<b>Casado</b>	9%	1
<b>Viudo</b>	45%	5
<b>Unión Libre</b>	0%	0
<b>Total</b>	100%	11

Fuente: Elaboración propia, 2017.



*Figura N 4*

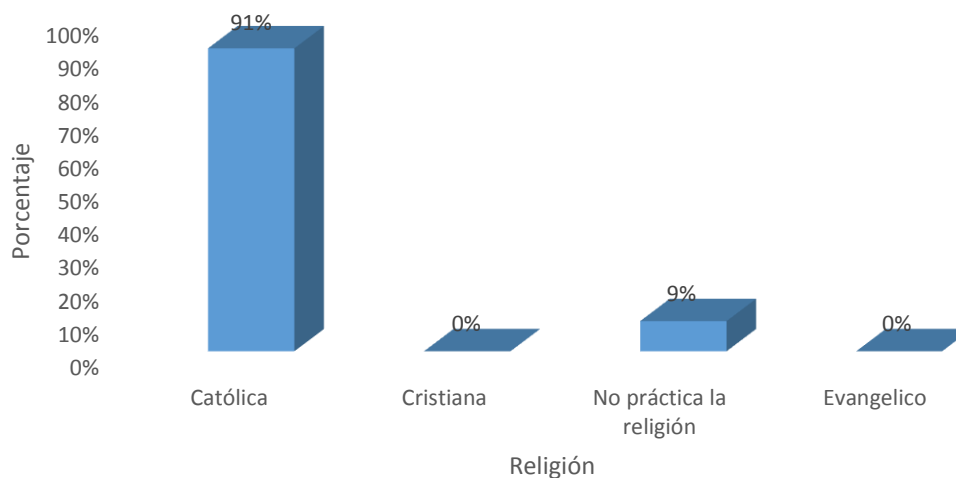
*Distribución porcentual de adultos mayores, según estado civil, en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.*

*Tabla N 5*

*Distribución porcentual de adultos mayores, según religión, en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017.*

<b>Religión</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Cantidad</b>
<b>Católica</b>	91%	10
<b>Cristiana</b>	0%	0
<b>No práctica la religión</b>	9%	1
<b>Evangélico</b>	0%	0
<b>Total</b>	100%	11

Fuente: Elaboración propia, 2017.



*Figura N 5*

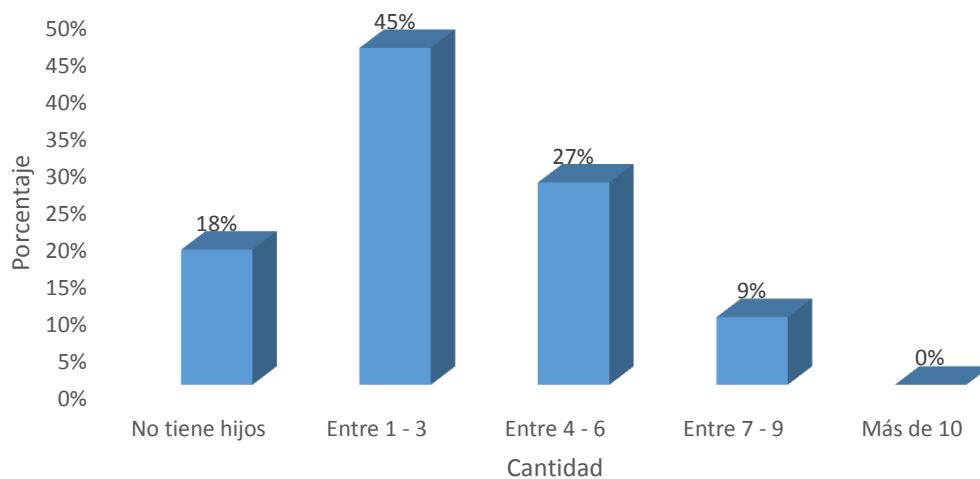
*Distribución porcentual de adultos mayores, según religión, en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.*

*Tabla N 6*

*Distribución porcentual de adultos mayores, según cantidad de hijos, en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017.*

Hijos	Porcentaje	Cantidad
No tiene hijos	18%	2
Entre 1 - 3	45%	5
Entre 4 - 6	27%	3
Entre 7 - 9	9%	1
Más de 10	0%	0
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>11</b>

Fuente: Elaboración propia, 2017.



*Figura N 6*

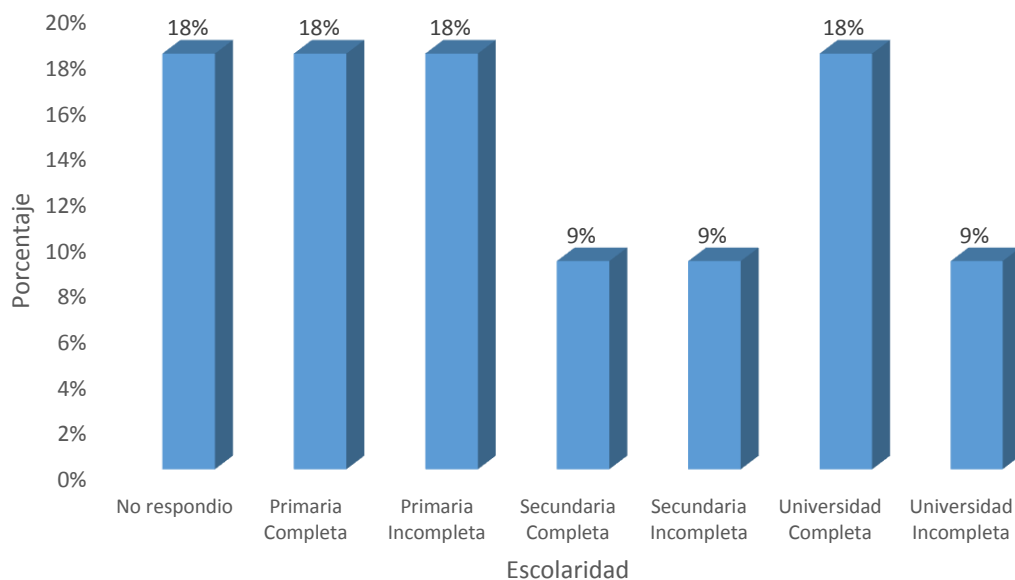
*Distribución porcentual de adultos mayores, según cantidad de hijos, en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.*

*Tabla N 7*

*Distribución porcentual de adultos mayores, según escolaridad, en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017.*

<b>Escolaridad</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Cantidad</b>
<b>No respondió</b>	18%	2
<b>Primaria Completa</b>	18%	2
<b>Primaria Incompleta</b>	18%	2
<b>Secundaria Completa</b>	9%	1
<b>Secundaria Incompleta</b>	9%	1
<b>Universidad Completa</b>	18%	2
<b>Universidad Incompleta</b>	9%	1
<b>Total</b>	100%	11

Fuente: Elaboración propia, 2017.



*Figura N 7*

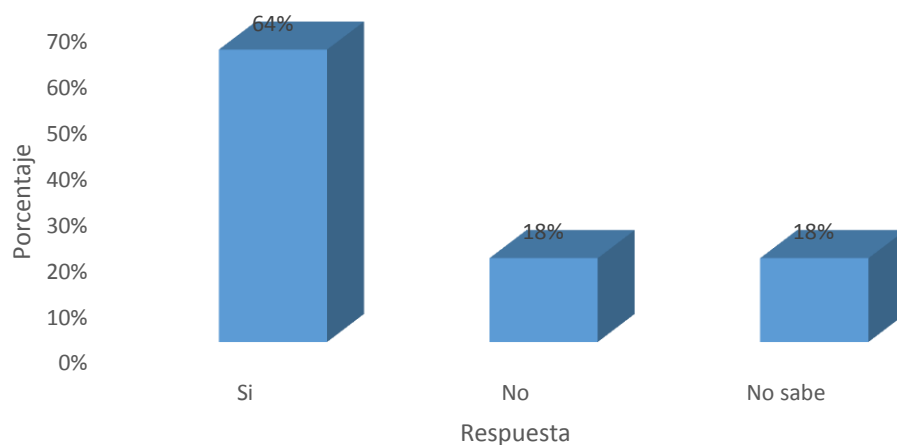
*Distribución porcentual de adultos mayores, según escolaridad, en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.*

*Tabla N 8*

*Distribución porcentual de adultos mayores, según acceso a pensión monetaria, en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017.*

<b>Recibe Pensión</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Cantidad</b>
<b>Si</b>	64%	7
<b>No</b>	18%	2
<b>No sabe</b>	18%	2
<b>Total</b>	100%	11

Fuente: Elaboración propia, 2017.



*Figura N 8*

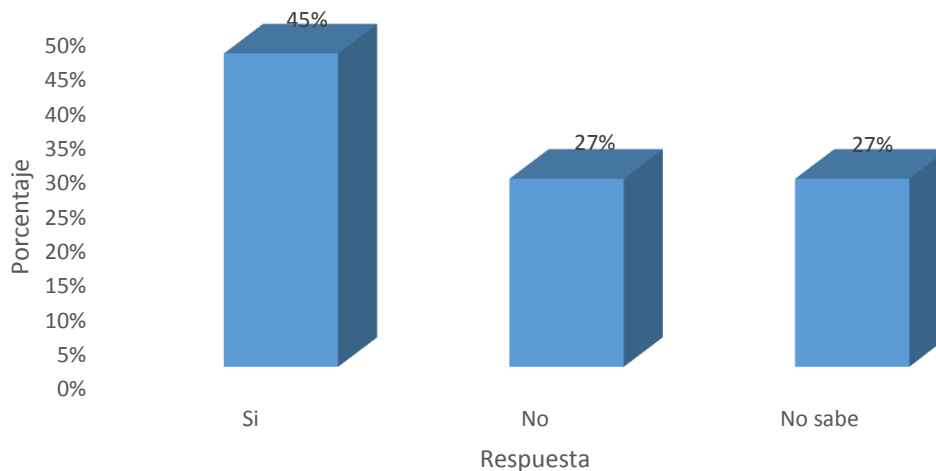
*Distribución porcentual de adultos mayores, según acceso a pensión monetaria, en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.*

*Tabla N 9*

*Distribución porcentual de adultos mayores, según realización de examen físico en el momento de ingreso , en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017.*

<b>Realización de examen físico en el momento de ingreso</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Cantidad</b>
<b>Si</b>	45%	5
<b>No</b>	27%	3
<b>No sabe</b>	27%	3
<b>Total</b>	100%	11

Fuente: Elaboración propia, 2017.



*Figura N 9*

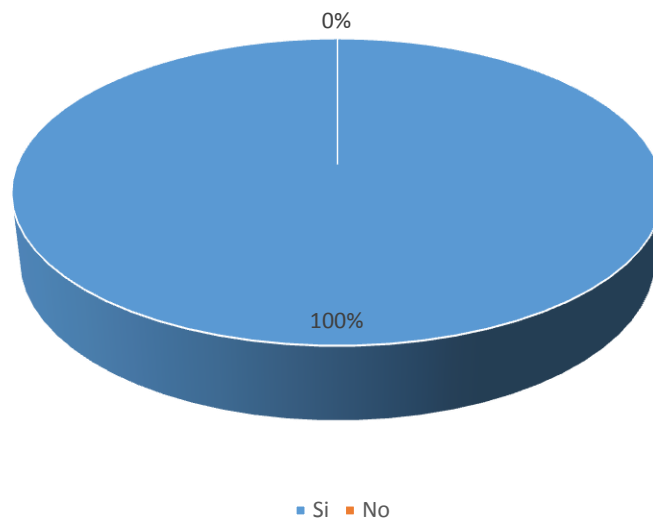
*Distribución porcentual de adultos mayores, según realización de exámen físico en el momento de ingreso, en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.*

*Tabla N 10*

*Distribución porcentual de adultos mayores, según relación con su familia, en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017.*

<b>Mantiene relación con su familia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Cantidad</b>
<b>Si</b>	100%	11
<b>No</b>	0%	0
<b>Total</b>	100%	11

Fuente: Elaboración propia, 2017.



*Figura N 10*

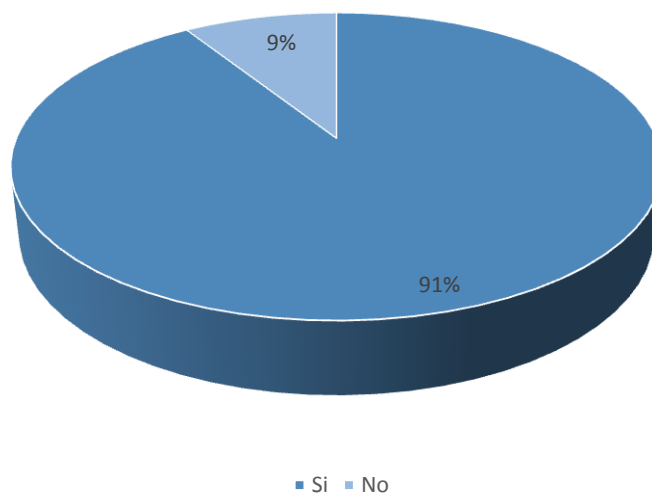
*Distribución porcentual de adultos mayores, según relación con su familia, en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.*

*Tabla N 11*

*Distribución porcentual de adultos mayores, según relación con otros adultos mayores, en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017.*

<b>Mantiene relación con otros adultos mayores del hogar</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Cantidad</b>
<b>Si</b>	91%	10
<b>No</b>	9%	1
<b>Total</b>	100%	11

Fuente: Elaboración propia, 2017.



*Figura N 11*

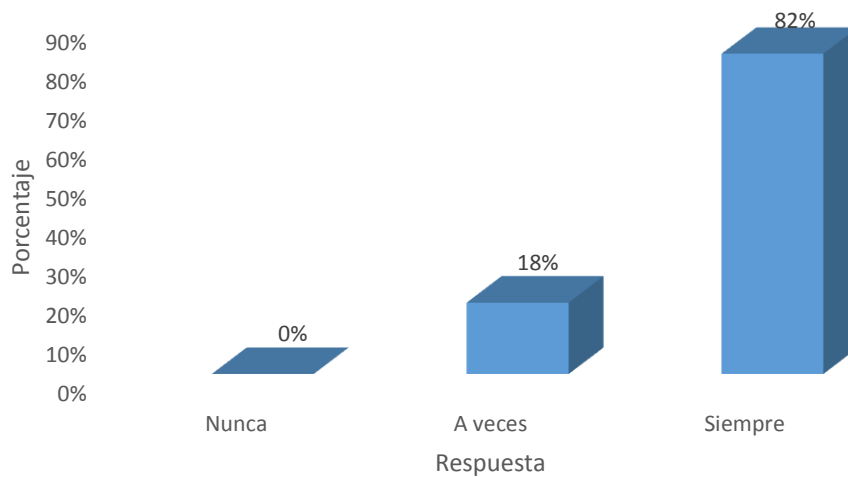
*Distribución porcentual de adultos mayores, según relación con otros adultos mayores, en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.*

*Tabla N 12*

*Distribución porcentual de adultos mayores, según el trato recibido, en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017.*

<b>Considera que recibe un buen trato</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Cantidad</b>
<b>Nunca</b>	0%	0
<b>A veces</b>	18%	2
<b>Siempre</b>	82%	9
<b>Total</b>	100%	11

Fuente: Elaboración propia, 2017.



*Figura N 12*

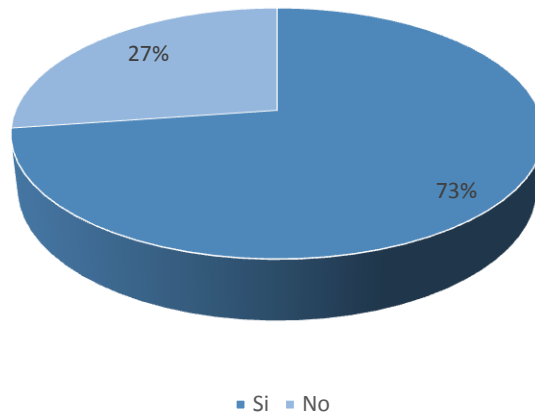
*Distribución porcentual de adultos mayores, según el trato recibido, en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.*

*Tabla N 13*

*Distribución porcentual de adultos mayores, según confianza en el manejo de información personal, en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017.*

<b>Confianza en el manejo de información personal</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Cantidad</b>
<b>Si</b>	73%	8
<b>No</b>	27%	3
<b>Total</b>	100%	11

Fuente: Elaboración propia, 2017.



*Figura N 13*

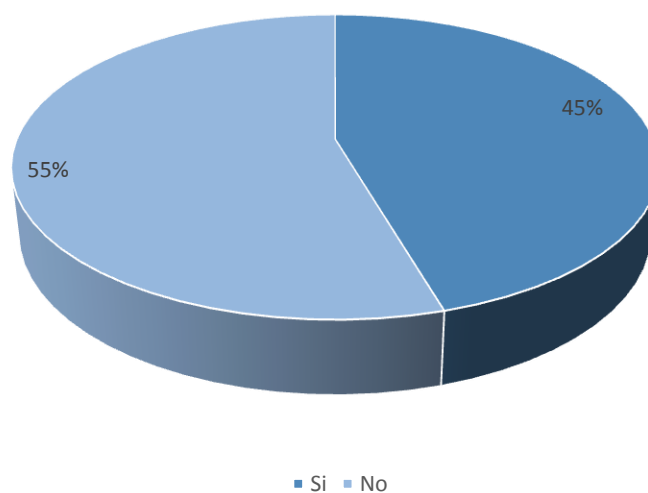
*Distribución porcentual de adultos mayores, según confianza en el manejo de información personal, en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.*

*Tabla N 14*

*Distribución porcentual de adultos mayores, según continuidad de los cuidados de Enfermería, en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017.*

<b>Continuidad en los cuidados</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Cantidad</b>
<b>Si</b>	45%	5
<b>No</b>	55%	6
<b>Total</b>	100%	11

Fuente: Elaboración propia, 2017.



*Figura N 14*

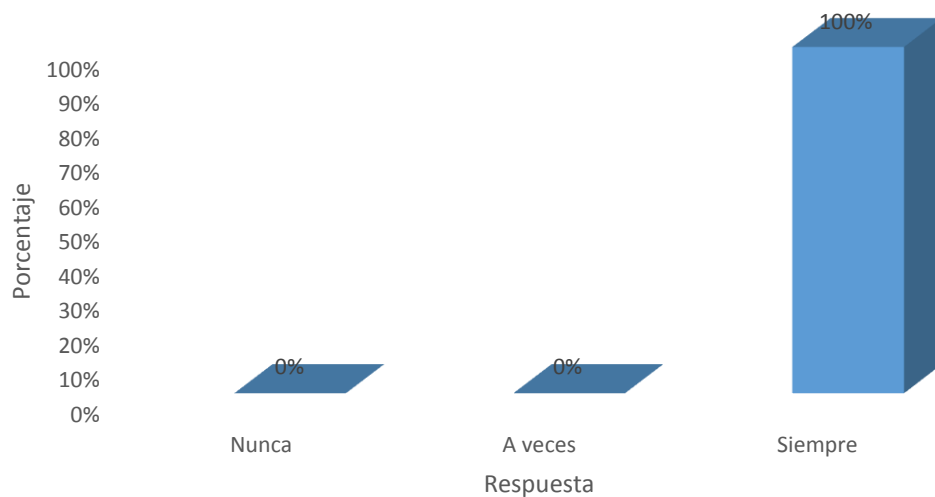
*Distribución porcentual de adultos mayores, según continuidad de los cuidados de Enfermería, en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.*

*Tabla N 15*

*Distribución porcentual de adultos mayores, según atención en salud en caso de enfermedad, en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017.*

<b>Atención en salud en caso de enfermedad</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Cantidad</b>
<b>Nunca</b>	0%	0
<b>A veces</b>	0%	0
<b>Siempre</b>	100%	11
<b>Total</b>	100%	11

Fuente: Elaboración propia, 2017.



*Figura N 15*

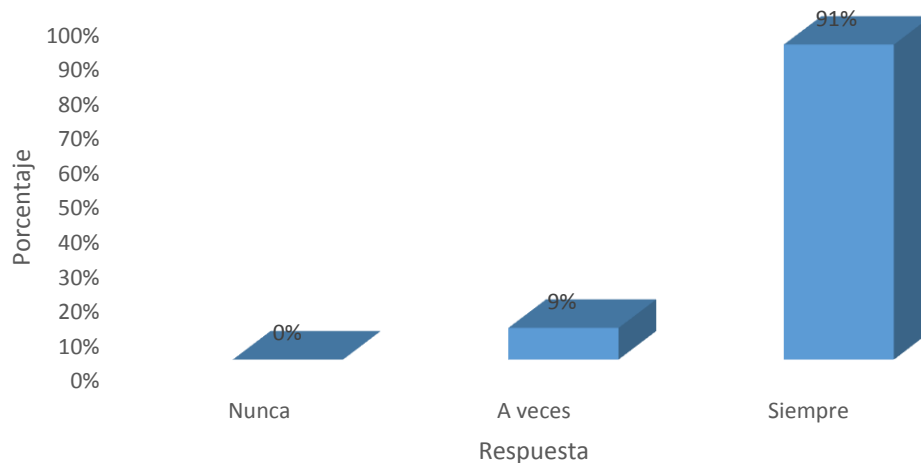
*Distribución porcentual de adultos mayores, según atención en salud en caso de enfermedad, en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.*

*Tabla N 16*

*Distribución porcentual de adultos mayores, según necesidad de asistencia para trasladarse en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017.*

<b>Recibe ayuda en el momento de su movilización</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Cantidad</b>
<b>Nunca</b>	0%	0
<b>A veces</b>	9%	1
<b>Siempre</b>	91%	10
<b>Total</b>	100%	11

Fuente: Elaboración propia, 2017.



*Figura N 16*

*Distribución porcentual de adultos mayores, según necesidad de asistencia para trasladarse en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.*

*Tabla N 17*

*Distribución porcentual de adultos mayores, según movilización de forma independiente en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017.*

<b>Se moviliza de forma independiente</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Cantidad</b>
<b>Nunca</b>	73%	8
<b>A veces</b>	9%	1
<b>Siempre</b>	18%	2
<b>Total</b>	100%	11

Fuente: Elaboración propia, 2017.

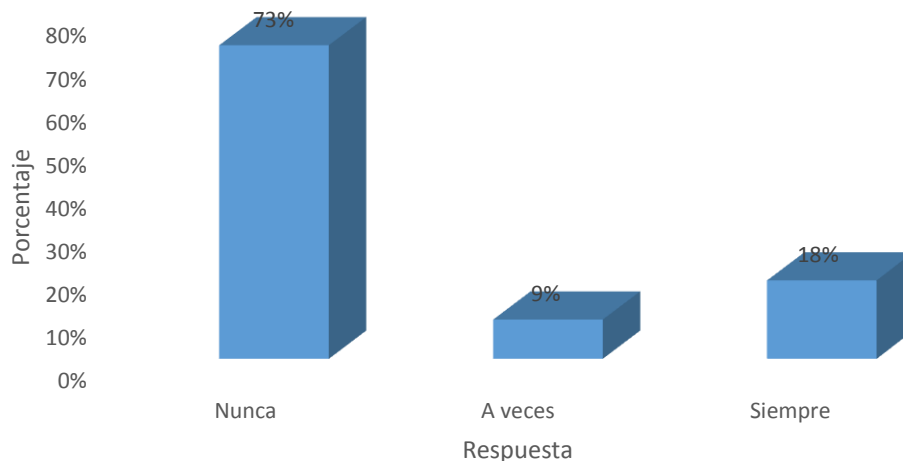


Figura N 17

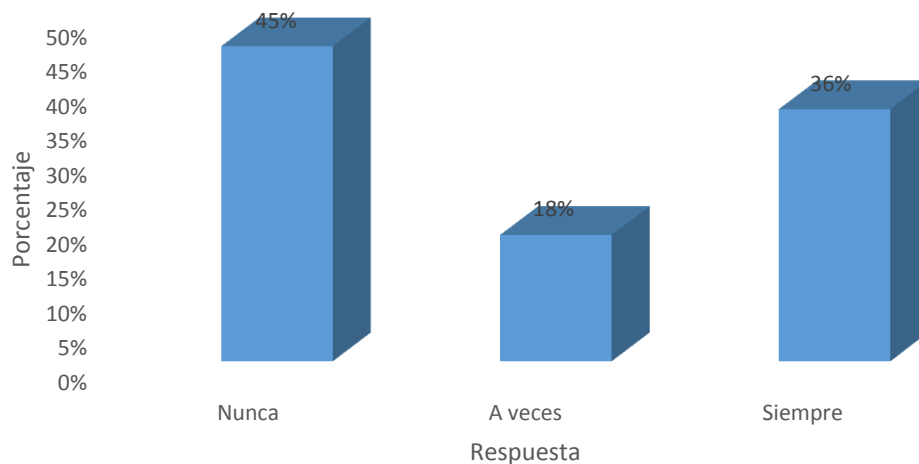
*Distribución porcentual de adultos mayores, según movilización de forma independiente en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.*

Tabla N 18

*Distribución porcentual de adultos mayores, según realización de actividades de cuidado personal en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017.*

Realiza actividades de cuidado personal	Porcentaje	Cantidad
Nunca	45%	5
A veces	18%	2
Siempre	36%	4
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>11</b>

Fuente: Elaboración propia, 2017.



*Figura N 18*

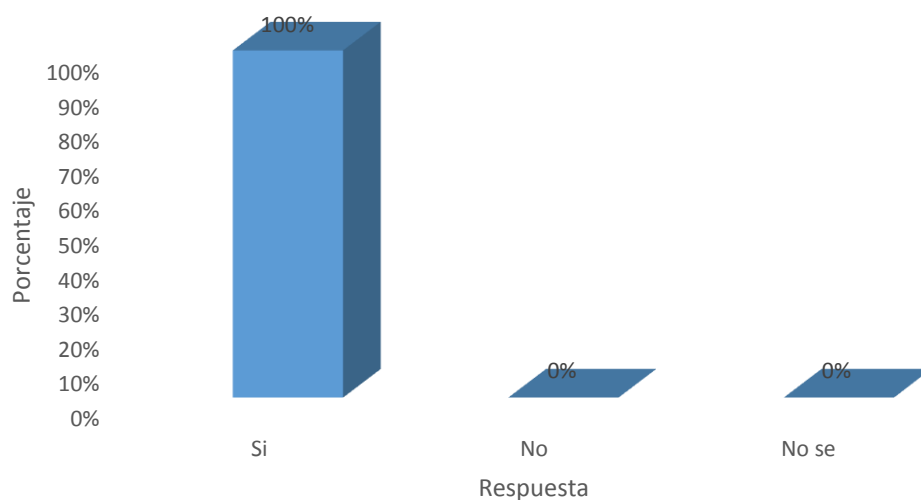
*Distribución porcentual de adultos mayores, según realización de actividades de cuidado personal en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.*

*Tabla N 19*

*Distribución porcentual de adultos mayores, según conocimiento de medicamentos en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017.*

<b>Toma algún medicamento</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Cantidad</b>
<b>Si</b>	100%	11
<b>No</b>	0%	0
<b>No se</b>	0%	0
<b>Total</b>	100%	11

Fuente: Elaboración propia, 2017



*Figura N 19*

*Distribución porcentual de adultos mayores, según conocimiento de medicamentos en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.*

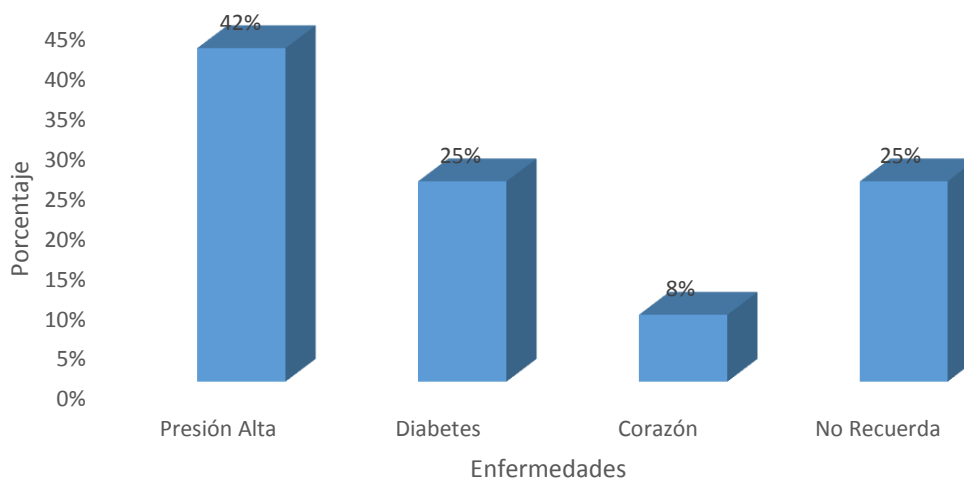
*Tabla N 20*

*Distribución porcentual de adultos mayores, según conocimiento de medicamentos que consumen por patologías, en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017.*

<b>Medicamentos que consume por patología</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Cantidad</b>
<b>Presión Alta</b>	42%	5
<b>Diabetes</b>	25%	3
<b>Corazón</b>	8%	1
<b>No Recuerda</b>	25%	3

<b>Total</b>	100%	11
--------------	------	----

Fuente: Elaboración propia, 2017.



*Figura N 20*

*Distribución porcentual de adultos mayores, según conocimiento de medicamentos que consumen por patologías, en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.*

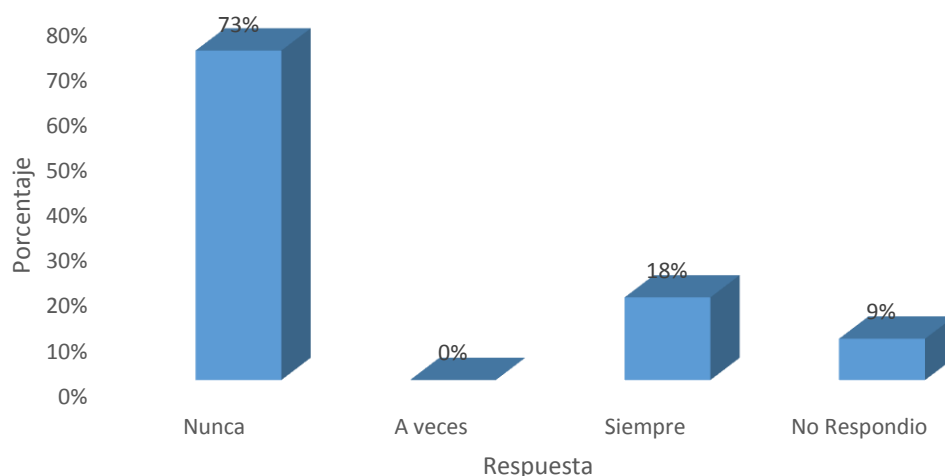
*Tabla N 21*

*Distribución porcentual de adultos mayores, según necesidad de asistencia para el consumo de fármacos, en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017.*

<b>Necesita ayuda de un funcionario para tomar medicinas</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Cantidad</b>
<b>Nunca</b>	73%	8
<b>A veces</b>	0%	0
<b>Siempre</b>	18%	2

<b>No Respondió</b>	9%	1
<b>Total</b>	100%	11

Fuente: Elaboración propia, 2017.



*Figura N 21*

*Distribución porcentual de adultos mayores, según necesidad de asistencia para el consumo de fármacos, en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.*

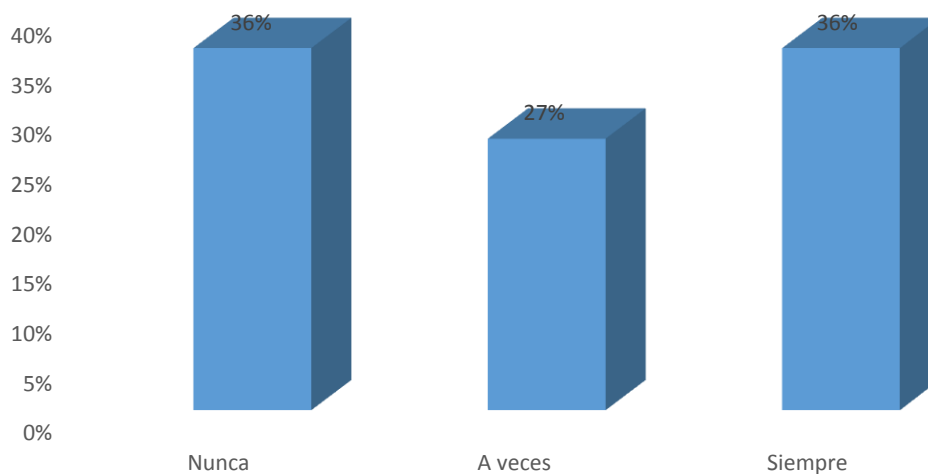
*Tabla N 22*

*Distribución porcentual de adultos mayores, según conocimiento de efectos secundarios producidos por fármacos que consumen en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017.*

<b>Le han explicado en el hogar los efectos secundarios de los medicamentos</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Cantidad</b>
<b>Nunca</b>	36%	4
<b>A veces</b>	27%	3
<b>Siempre</b>	36%	4

<b>Total</b>	100%	11
--------------	------	----

Fuente: Elaboración propia, 2017.



*Figura N 22*

*Distribución porcentual de adultos mayores, según conocimiento de efectos secundarios producidos por fármacos que consumen en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017.*

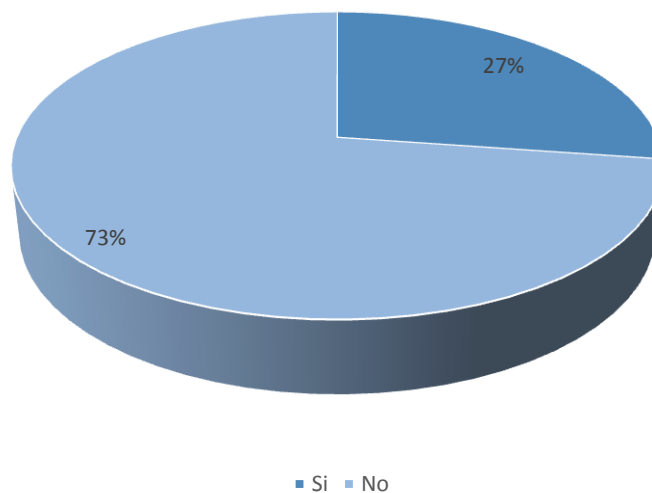
*Fuente: Elaboración propia, 2017.*

*Tabla N 23*

*Distribución porcentual de adultos mayores, según conocimiento sobre medidas para la prevención de caídas en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017.*

<b>Le han explicado medidas para prevenir caídas y facturas</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Cantidad</b>
<b>Si</b>	27%	3
<b>No</b>	73%	8
<b>Total</b>	100%	11

Fuente: Elaboración propia, 2017.



*Figura N 23*

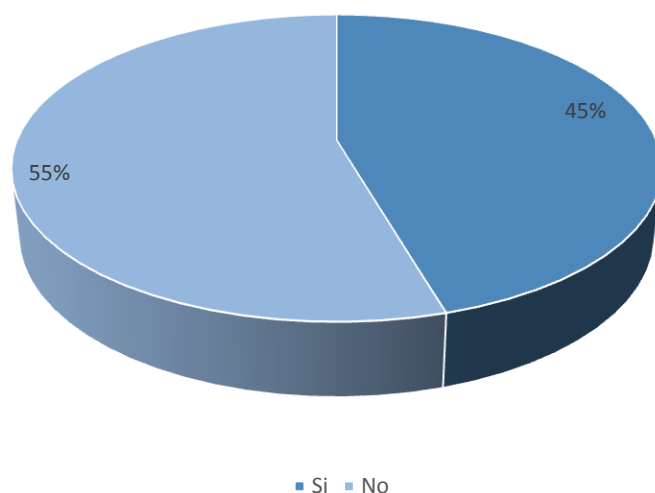
*Distribución porcentual de adultos mayores, según conocimiento sobre medidas para la prevención de caídas en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.*

*Tabla N 24*

*Distribución porcentual de adultos mayores, según medidas para la prevención de enfermedades en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017.*

<b>Le han explicado medidas para prevenir enfermedades</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Cantidad</b>
<b>Si</b>	45%	5
<b>No</b>	55%	6
<b>Total</b>	100%	11

Fuente: Elaboración propia, 2017.



*Figura N 24*

*Distribución porcentual de adultos mayores, según medidas para la prevención de enfermedades en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.*

*Tabla N 25*

*Distribución porcentual de adultos mayores, según presencia de patologías en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017.*

<b>Patologías</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Cantidad</b>
Hipertensión Arterial	43%	6
Diabetes	29%	4
Depresión	0%	0
Cardiopatías	0%	0
Asmas	0%	0
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	0%	0
Osteoporosis	0%	0
Ninguna	7%	1
No sé	14%	2
Tiroides	0%	0

Parkinson	0%	0
Artritis Reumatoidea	0%	0
Epilepsia	7%	1
Gastritis Crónica	0%	0
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>11</b>

Fuente: Elaboración propia, 2017.

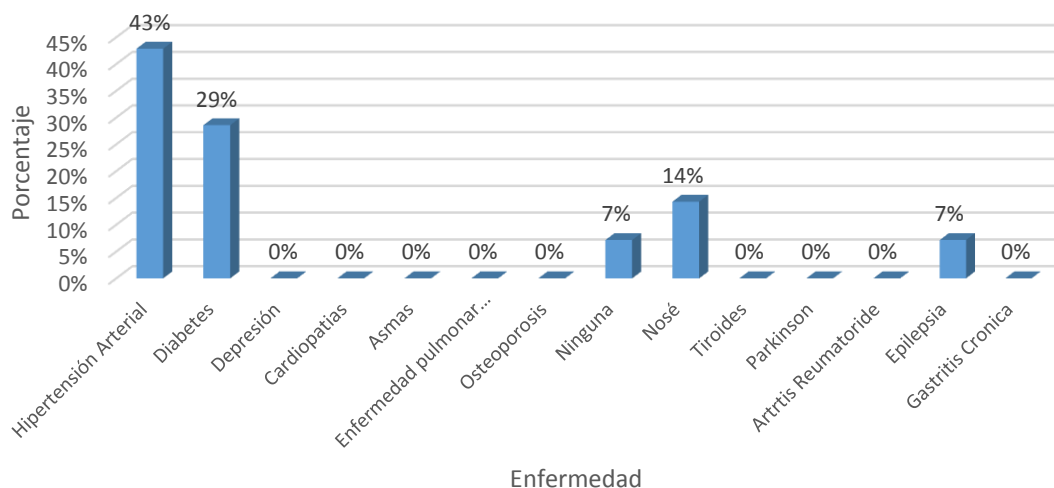


Figura N 25

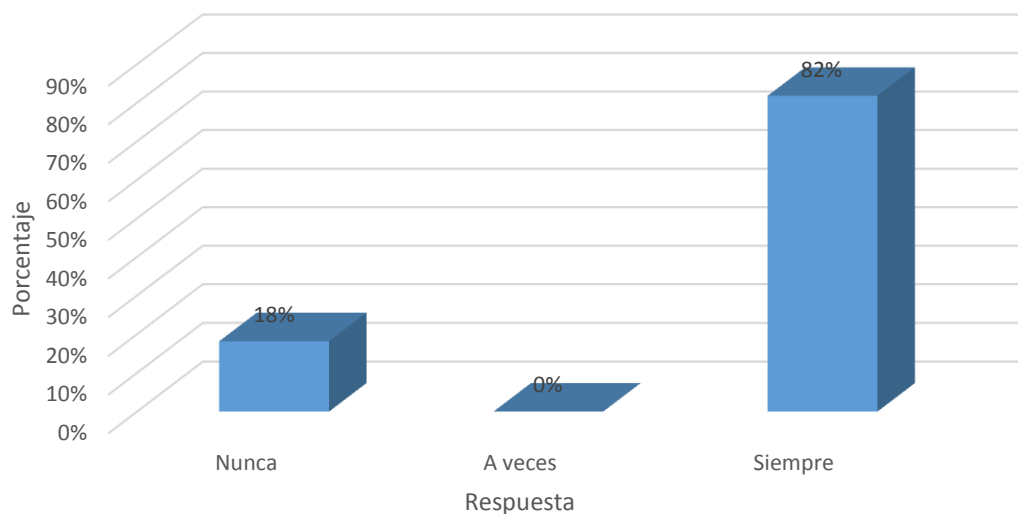
*Distribución porcentual de adultos mayores, según presencia de patologías en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.*

Tabla N 26

*Distribución porcentual de adultos mayores, según necesidades de alimentación e hidratación en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017.*

Cumplen con necesidades de alimentación e hidratación	Porcentaje	Cantidad
<b>Nunca</b>	18%	2
<b>A veces</b>	0%	0
<b>Siempre</b>	82%	9
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>11</b>

Fuente: Elaboración propia, 2017.



*Figura N 26*

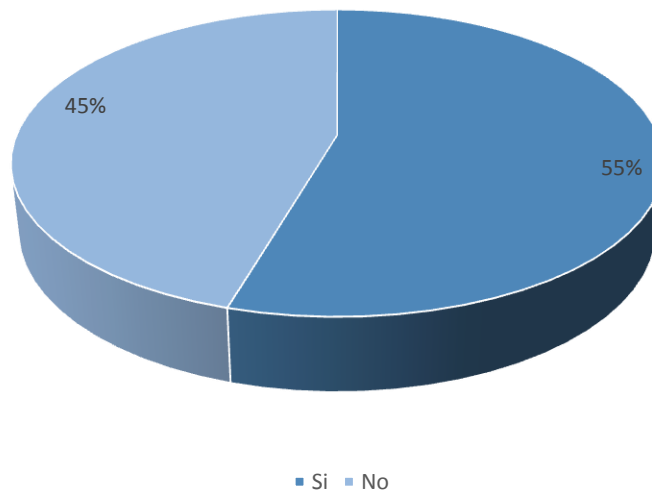
*Distribución porcentual de adultos mayores, según necesidades de alimentación e hidratación en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.*

*Tabla N 27*

*Distribución porcentual de adultos mayores, según realización de actividad física en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017.*

<b>Realiza actividad física</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Cantidad</b>
<b>Si</b>	55%	6
<b>No</b>	45%	5
<b>Total</b>	100%	11

Fuente: Elaboración propia, 2017.



*Figura N 27*

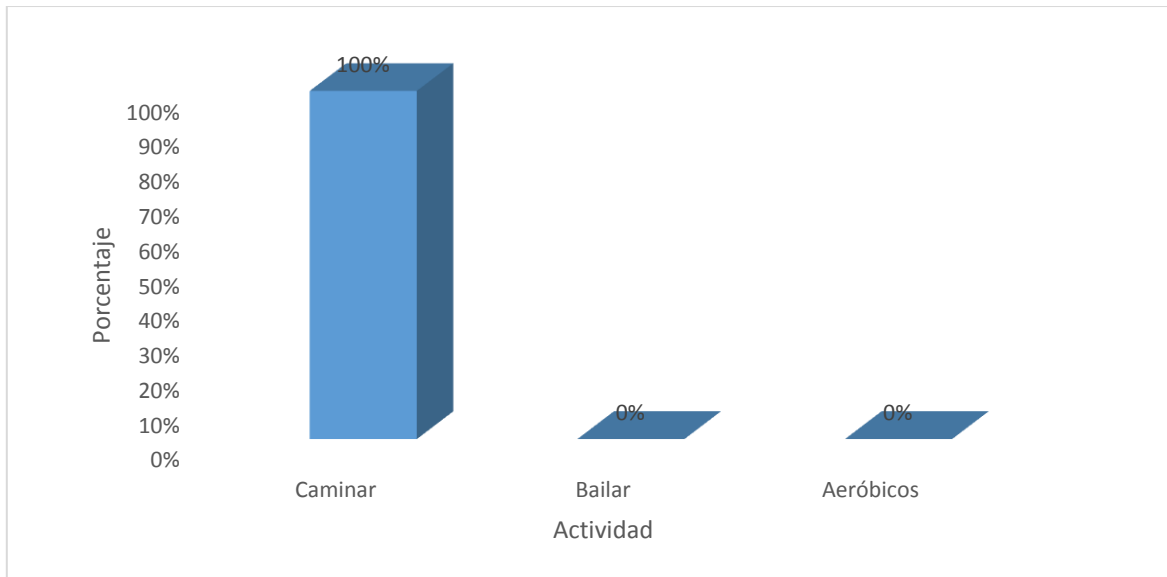
*Distribución porcentual de adultos mayores, según realización de actividad física en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.*

*Tabla N 28*

*Distribución porcentual de adultos mayores, según actividades físicas realizadas en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017.*

<b>Actividades Físicas</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Cantidad</b>
<b>Caminar</b>	100%	6
<b>Bailar</b>	0%	0
<b>Aeróbicos</b>	0%	0
<b>Total</b>	100%	6

Fuente: Elaboración propia, 2017.



*Figura N 28*

*Distribución porcentual de adultos mayores, según actividades físicas realizadas en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.*

*Tabla N 29*

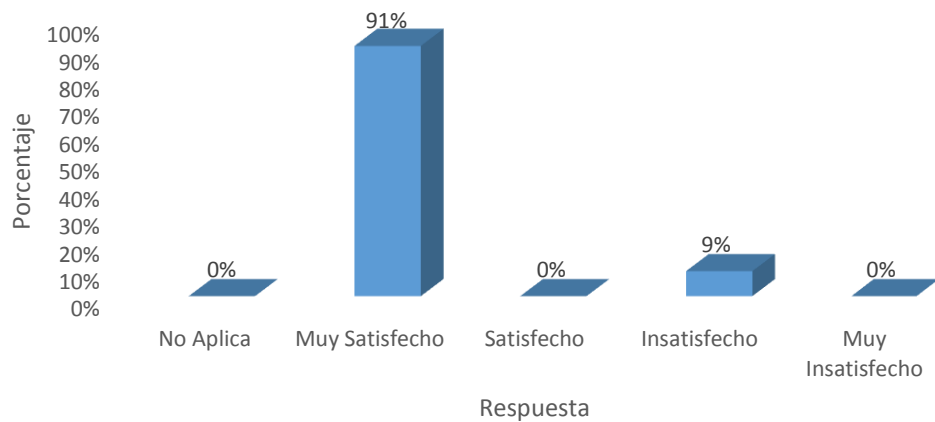
*Distribución de adultos mayores, según nivel de satisfacción con respecto a los cuidados integrales en salud, en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017.*

Acciones	No respondió	Muy Satisfecho	Satisfecho	Insatisfecho	Muy Insatisfecho	Total
Manera que lo saluda la enfermera		10		1		11
Cuando la enfermera se presenta como se siente usted		10		1		11
Como se siente cuando la enfermera del hogar se dirige a usted por su nombre		10	1			11
Como se siente cuando la		9	1	1		11

<b>enfermera le realiza algún procedimiento</b>					
<b>Como se siente a la estancia que le brinda el enfermero en el hogar</b>		8	2	1	11
<b>Cuando la enfermera le ayuda a bañarse o vestirse como se siente</b>		7	3	1	11
<b>Como se siente usted con respecto a las actividades de recreación</b>		8	1		2 11
<b>Como se siente a como satisfacen sus necesidades espirituales</b>		11			11
<b>Como se siente con el trato del enfermero en el hogar</b>	1	7	2	1	11
<b>Que tan satisfecho se encuentra con su vida</b>		6	5		11

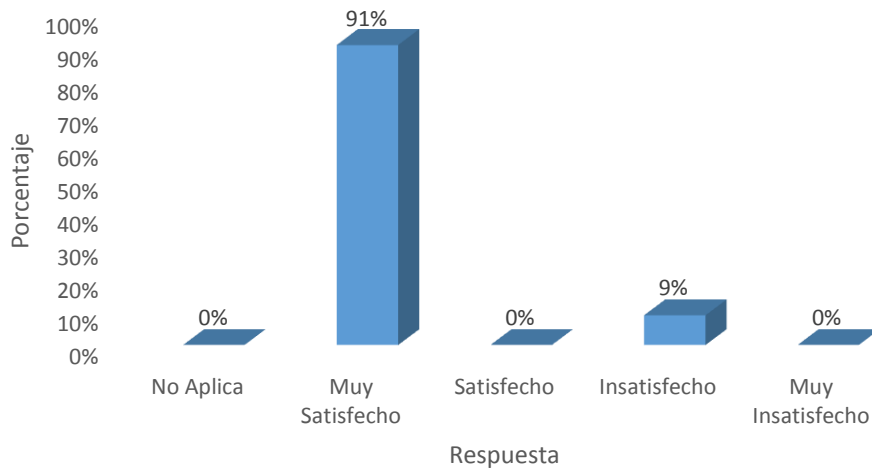
---

Fuente: Elaboración propia, 2017.



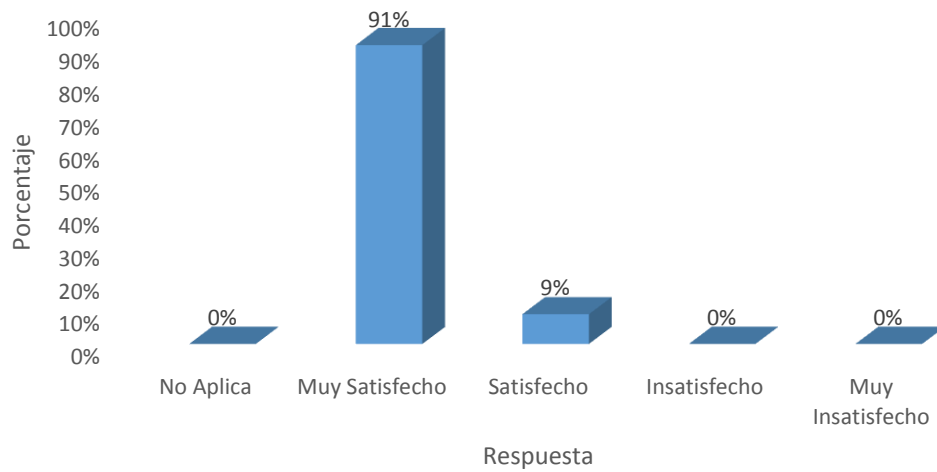
*Figura N 29*

*Distribución porcentual de adultos mayores, según forma en que la Enfermera lo saluda en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.*



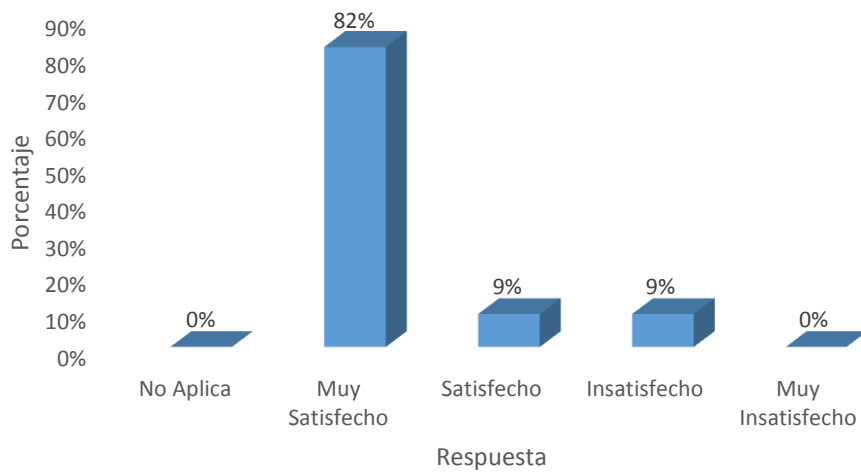
*Figura N 30*

*Distribución porcentual de adultos mayores, según el nivel de satisfacción con respecto a la forma en como se presenta la Enfermera en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.*



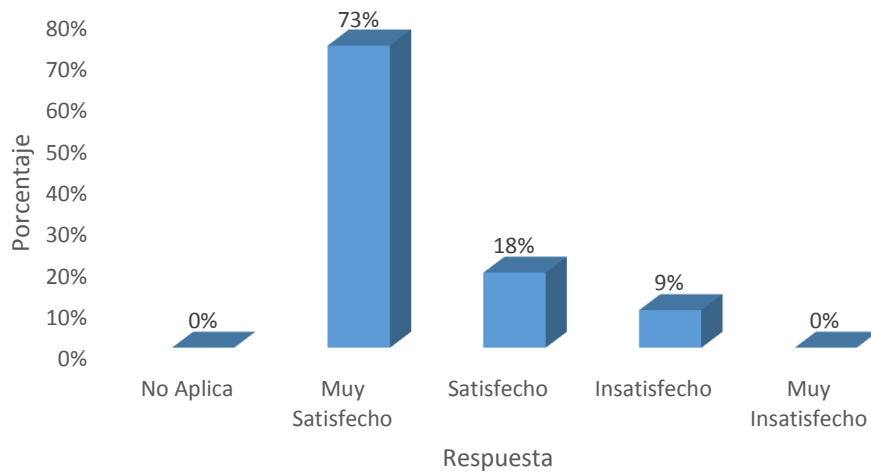
*Figura N 31*

*Distribución porcentual de adultos mayores, según uso del nombre en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.*



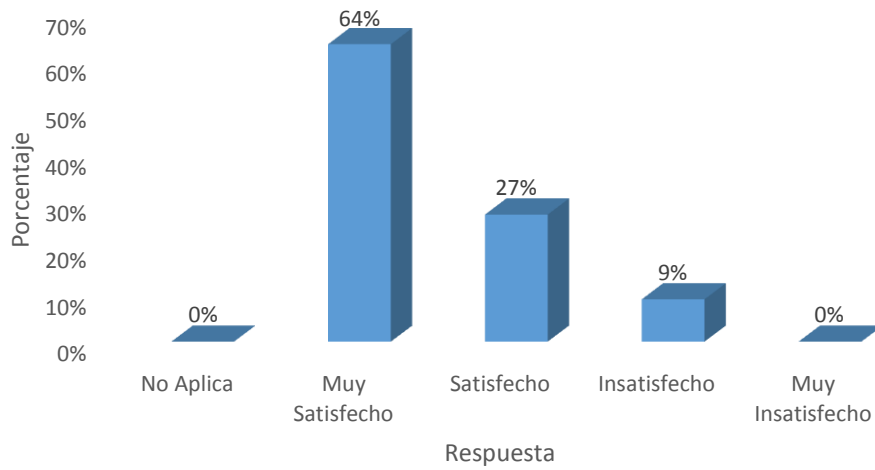
*Figura N 32*

*Distribución porcentual de adultos mayores, según nivel de satisfacción con respecto a la realización de un procedimiento por parte de la Enfermera, en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.*



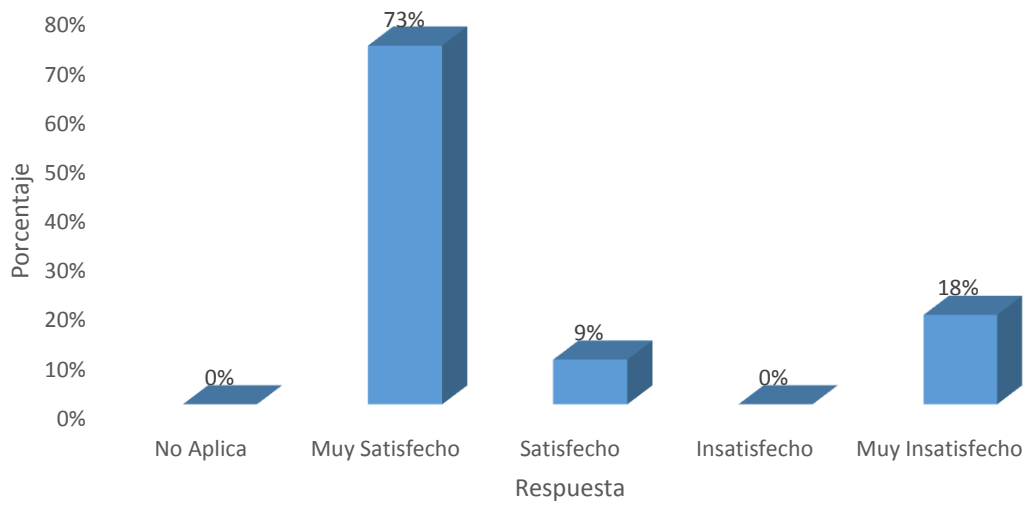
*Figura N 33*

*Distribución porcentual de adultos mayores, según estancia recibida en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.*



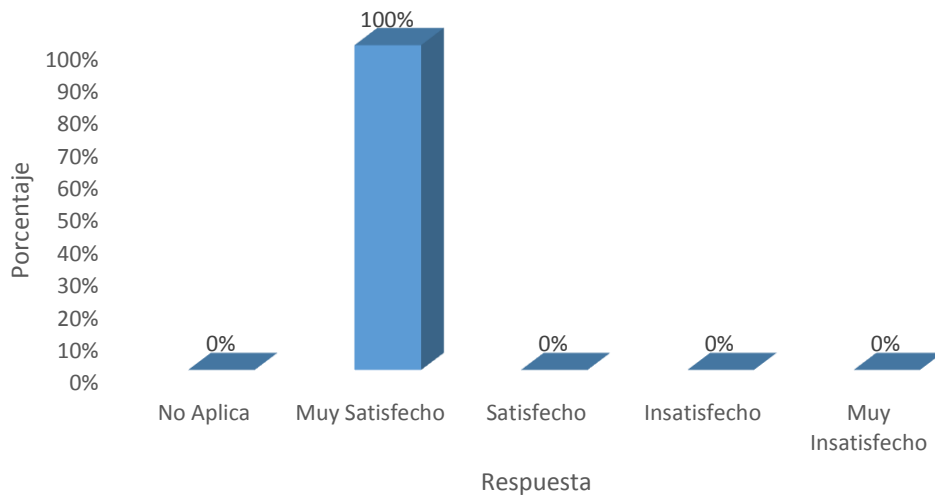
*Figura N 34*

*Distribución porcentual de adultos mayores, según nivel de satisfacción con respecto a la asistencia brindada por parte del personal de Enfermería en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.*



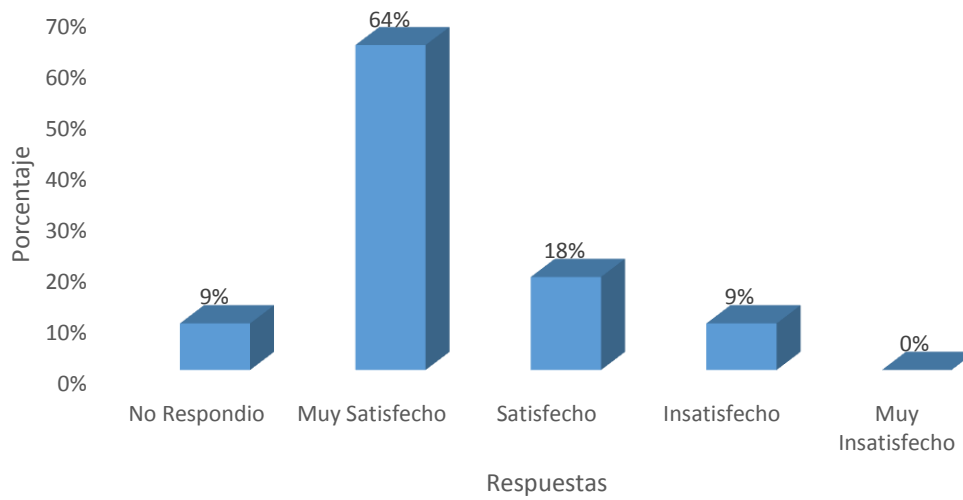
*Figura N 35*

*Distribución porcentual de adultos mayores, según nivel de satisfacción con respecto a las actividades de recreación en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.*



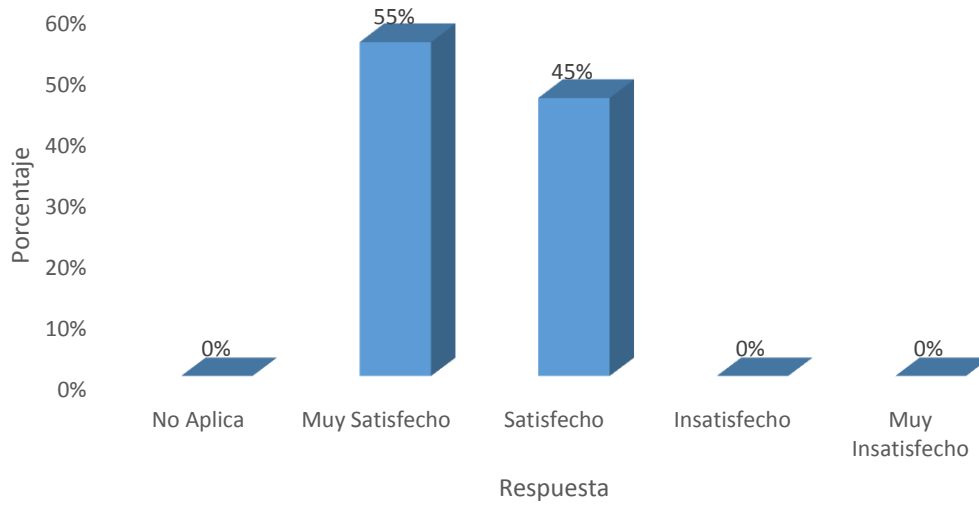
*Figura N 36*

*Distribución porcentual de adultos mayores, según nivel de satisfacción con respecto a las necesidades espirituales, en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.*



*Figura N 37*

*Distribución porcentual de adultos mayores, según trato brindado por el personal de Enfermería, en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.*



*Figura N 38*

*Distribución porcentual de adultos mayores, según nivel de satisfacción con respecto a su vida, en el Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.*

## **ANEXO 9**

### **DEDICATORIA**

Esta tesis la dedico a mi familia por siempre acompañarme durante todo el proceso de formación a mi abuelita que sé que desde el cielo se encuentra orgullosa de mi, a mi mamá que siempre será mi ejemplo a seguir y a mi hermana por todo el apoyo incondicional.

A su vez también se la dedico a todos los adultos mayores del Hogar Carlos Maria Ulloa, por contarme sus anécdotas y ayudarme a ver la vida de una forma diferente, a ellos gracias porque sin su ayuda no estaría donde estoy.

## **ANEXO 10**

### **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco primeramente a Dios por ayudarme en cada uno de los obstáculos que se presentaron en el camino, por iluminarme y ser mi guía con cada uno de los usuarios con los cuales logré ampliar mis conocimientos y a los cuales ayudé a recuperar su salud o a que tuvieran una muerte digna, gracias a Dios por darme las fuerzas necesarias para levantarme, llenarme de felicidad y poder transmitirla por medio de una simple sonrisa a una persona necesitada.

A su vez agradezco a los tres pilares de mi vida, mi familia, a mi abuelita la cual me acompañó durante 23 años de mi vida, ella me enseñó a ser fuerte, y a pesar de las dificultades seguir adelante, siempre me recordó que tenía que seguir adelante con mis estudios para poder ayudar a otros.

A mi mamá por ser una mujer valiente y esforzada, la cual sacrificaría todo lo que tiene por el bienestar de sus hijas, por acompañarme en este proceso desde el día uno y recordarme en momentos de debilidad cual era mi meta y guiarme en el camino a la misma, a su vez como colega al exigirme más que a ningún otra para verme triunfar, esta meta se la debo a ella por siempre impulsarme a seguir adelante.

A mi hermana mi fan número uno, la que siempre dice que ahora no sólo tiene una Enfermera favorita, sino que tiene dos, a ella por siempre ser mi ejemplo a seguir y la ilusión de mis días, muchas gracias por darme siempre esa chispa que muchas veces se vió opacada por el cansancio y la exigencia de la formación académica, por recordarme que siempre seré la mejor para alguien y que tengo que exigirme a mí misma para ser la mejor.

Por último agradezco a los adultos mayores que compartieron un momento de su día para atenderme y contarme sus historias de vida, las cuales me alegraban el día y me hicieron una vez más comprobar que están llenos de sabiduría y de lo afortunada que soy al poder escucharlos, a ellos gracias de corazón.

## ANEXO 11

### Resultados de Alpha Cronbach

Prueba de escala = promedio

Promedio

Ítems	Muestra	Signo	Correlación	Correlación	Covarianza	Alpha
p29	101	+	0.7813	0.7057	.0967738	0.8218
p30	101	+	0.7122	0.6096	.1002766	0.8296
p31	101	+	0.7114	0.6396	.1055659	0.8320
p32	49	+	0.7566	0.6921	.1009601	0.8312
p33	101	+	0.8235	0.7554	.0919844	0.8147
p34	47	+	0.8882	0.8542	.0960468	0.8219
p35	99	+	0.4378	0.2099	.1139648	0.8930
p36	101	+	0.5010	0.4141	.115862	0.8485
p37	101	+	0.8350	0.7688	.0904551	0.8127
p38	101	+	0.5529	0.3997	.1075528	0.8557
Prueba de escala					.1018586	0.8507

## ANEXO 12

### Resultados de Chi-Cuadrada

