

UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA

ESCUELA DE ENFERMERÍA

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

**ROL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
EN LA PROMOCIÓN DE HÁBITOS DE
SALUD Y AUTOCUIDADO DE LA PERSONA
DE LA TERCERA EDAD EN RELACIÓN CON
EL MANEJO DE COMPLICACIONES
ASOCIADAS CON EL ENVEJECIMIENTO,
LOS SITIOS DE MORAVIA,
TERCER CUATRIMESTRE 2018**

ESTEBAN SERRANO MONTES

2019

TABLA DE CONTENIDO

ÍNDICE DE TABLAS	5
ÍNDICE DE FIGURAS	6
RESUMEN	8
ABSTRACT	10
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	12
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
1.1.1 Antecedentes del problema.....	13
1.1.2 Delimitación del problema	25
1.1.3 Justificación	25
1.2 REDACCIÓN DEL PROBLEMA CENTRAL	28
1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	28
1.3.2 Objetivo general	28
1.3.3 Objetivos específicos	28
1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES	29
1.4.2 Alcances de la investigación	29
1.4.3 Limitaciones de la investigación	29
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	30
2.1 CONTEXTO TEÓRICO-CONCEPTUAL.....	31
2.1.1 Promoción de la salud	31
2.1.2 Autocuidado	35
2.1.3 Hábitos de salud	38
2.1.4 Características del adulto mayor.....	39

2.1.5	Complicaciones del envejecimiento	41
2.1.6	Rol del profesional de enfermería en la promoción de la salud	43
2.1.8	Modelos y teorías	46
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO		52
3.1	ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN	53
3.2	TIPO DE INVESTIGACIÓN	53
3.3	UNIDADES DE ANÁLISIS U OBJETOS DE ESTUDIO	54
3.3.1	Población	54
3.3.2	Muestra	54
3.3.3	Criterios de inclusión y exclusión	55
3.4	INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	55
3.4.1	Validez y confiabilidad del cuestionario	56
3.5	DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	56
3.6	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	57
3.7	PLAN PILOTO	63
CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN DE RESULTADOS		65
4.1	GENERALIDADES	66
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS		86
5.1	DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN O EXPLICACIÓN DE LOS RESULTADOS	87
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES		100
6.1	CONCLUSIONES	101
6.2	RECOMENDACIONES	102
BIBLIOGRAFÍA		103

ANEXOS	110
Anexo 1: Declaración Jurada.....	111
Anexo 2: Agradecimiento.....	112
Anexo 3: Carta de aprobación de la tutora	113
Anexo 4: Carta de aprobación del lector	114
Anexo 5: Carta de aprobación del filólogo.....	115
Anexo 6: Carta de aprobación post defensa	116
Anexo 7: Consistencia del cuestionario.....	117
Anexo 8: Instrumento	119
Anexo 9: Pirámide poblacional	124
Anexo 10: Plan piloto.....	125

ÍNDICE DE TABLAS

N° TABLA	TÍTULO	N° PÁGINA
1	Criterios de inclusión y exclusión.....	55
2	Distribución porcentual del total de la población encuestada según convivencia.....	68
3	Distribución porcentual del total de la población encuestada que recibe ingreso económico mensual según la cantidad de ingreso económico recibido.....	69
4	Distribución porcentual del total de la población encuestada que presentó caídas según la causa de las caídas.....	70
5	Distribución porcentual del total de la población encuestada que sufrió caídas según la educación recibida por enfermería en prevención de caídas.....	72
6	Distribución porcentual del total de la población encuestada según la presencia de indicadores de deterioro en la calidad de vida.....	73
7	Distribución porcentual del total de la población encuestada según la educación recibida por enfermería sobre prevención del deterioro en la calidad de vida.....	74
8	Distribución porcentual del total de la población encuestada según la educación recibida por enfermería para el manejo de enfermedades crónicas y la polifarmacia.....	78
9	Distribución porcentual del total de la población encuestada según la presencia de indicadores de deterioro cognitivo.....	81
10	Distribución porcentual del total de la población encuestada según la educación recibida por enfermería sobre complicaciones mentales....	81
11	Distribución porcentual del total de la población encuestada según la presencia de indicadores de complicaciones biológicas.....	82
12	Distribución porcentual del total de la población encuestada según la educación recibida por enfermería sobre complicaciones biológicas..	84

ÍNDICE DE FIGURAS

N° TABLA	TÍTULO	N° PÁGINA
1	Distribución porcentual del total de la población encuestada según edad	66
2	Distribución porcentual del total de la población encuestada según sexo.....	66
3	Distribución porcentual del total de la población encuestada según estado civil.....	67
4	Distribución porcentual del total de la población encuestada según escolaridad.....	67
5	Distribución porcentual del total de la población encuestada según si recibe ingreso económico mensual o no.....	68
6	Distribución porcentual del total de la población encuestada según si presentó caídas en el último año o no.....	69
7	Distribución porcentual del total de la población encuestada que sufrió una caída en el último año según el número de caídas que tuvo	70
8	Distribución porcentual del total de la población encuestada según la presencia de consecuencias por las caídas.....	71
9	Distribución porcentual del total de la población encuestada que tuvo consecuencias por las caídas según las consecuencias postcaída.....	71
10	Distribución porcentual del total de la población encuestada según si se presentó estrés o ansiedad a partir del momento que inició la tercera edad.....	74
11	Distribución porcentual del total de la población encuestada según las enfermedades crónicas que padece.....	76

12	Distribución porcentual del total de la población encuestada según la adquisición de más enfermedades crónicas durante la tercera edad....	76
13	Distribución porcentual del total de la población encuestada según la cantidad de fármacos que toma al día.....	77
14	Distribución porcentual del total de la población encuestada que toma más de 4 fármacos al día según la presencia de malestares por tomar más de 4 fármacos al día.....	77
15	Distribución porcentual del total de la población encuestada según diagnóstico de depresión y/o demencia.....	79
16	Distribución porcentual del total de la población encuestada según la presencia de periodos de desorientación en el último año.....	80
17	Distribución porcentual del total de la población encuestada que tuvo presencia de periodos de desorientación según la frecuencia de los periodos de desorientación.....	80
18	Distribución porcentual del total de la población encuestada según los tiempos de comida que realiza al día.....	83
19	Distribución porcentual del total de la población encuestada según el rango de horas que duerme al día.....	83
20	Distribución porcentual del total de la población encuestada según utilidad de la información brindada por enfermería para mantener o mejorar su nivel de salud.....	85
21	Distribución porcentual del total de la población encuestada según satisfacción con la atención que enfermería le ha brindado por medio de la visita domiciliar o durante sus citas.....	85

RESUMEN

Introducción: la presente investigación trata de buscar la relación existente entre el rol del profesional de enfermería y el manejo de complicaciones asociadas con el envejecimiento, es decir, cómo influye la intervención enfermera en los hábitos de salud y autocuidado de las personas de la tercera edad. Los síndromes geriátricos evaluados son: caídas, deterioro en la calidad de vida, polifarmacia, complicaciones mentales y biológicas. Dicha investigación se realiza en Los Sitios de Moravia, San José, Costa Rica. **Objetivo general:** determinar si el rol del profesional de enfermería en la promoción de hábitos de salud y autocuidado de la persona de la tercera edad tiene relación con el manejo de complicaciones asociadas con el envejecimiento, en Los Sitios de Moravia, durante el III Cuatrimestre del 2018.

Metodología: la investigación tiene un enfoque cuantitativo descriptivo, las unidades de estudio son cada persona de la tercera edad del barrio Los Sitios. Se trabaja con 104 personas.

Resultados: se encuentra mayor participación de personas entre 65 a 74 años, mujeres en su mayoría. La mayoría de la población se encuentra casada, con la primaria completa, con 2 % de analfabetismo. La mayoría de la población recibe un ingreso mensual entre 100 000 y 199 000 colones. Solo el 39 % de la población presenta caídas, la mayoría se cae de 1 a 3 veces por obstáculos y/o alteraciones del equilibrio, el 83 % de ellos presenta lesiones cutáneas como consecuencia inmediata. La mayoría no presenta un deterioro en su calidad de vida, en consecuencia, solo un 34 % presentó estrés o ansiedad por el inicio de la tercera edad. La mayoría presenta ECNT, el 11 % las adquiere después de los 65 años. El 58 % presenta polifarmacia, 30 % de las personas que toman más de 4 medicamentos al día presentaron malestares relacionados. El 49 % ha tenido alteraciones en su alimentación y el

69 % percibe alteraciones en su dermis. **Discusión:** se relaciona el grado de escolaridad y nivel económico con la autopercepción de la salud y la calidad de vida. El hecho de que una persona de la tercera edad viva sola representa un riesgo para la seguridad del adulto, es preferible que se viva acompañado bajo una buena relación familiar. Las caídas y la polifarmacia son un síndrome geriátrico importante en la población. El estrés puede estar relacionado con la situación económica, entorno familiar y agotamiento físico. Las alteraciones mentales (depresión, demencia, desorientación) son poco significativas en la población. La mayoría de la población presenta hábitos de salud y autocuidado adecuados. Se encuentran alteradas 9 de las 14 necesidades fundamentales expuestas por Henderson. **Conclusiones:** la población, pese a las dificultades económicas y baja escolaridad que presenta, desarrolla una convivencia adecuada. El 98 % de la población padece al menos una complicación asociada con el envejecimiento; el rol del profesional de enfermería va enfocado a brindar herramientas, por medio de la educación, que les permitan a los longevos gozar de una mejor calidad de vida y este rol tiene relación con el manejo de complicaciones asociadas con el envejecimiento.

Palabras claves: rol del profesional enfermería, caídas, deterioro en la calidad de vida, polifarmacia, complicaciones mentales y biológicas.

ABSTRACT

Introduction: the present investigation tries to look for the existent relation between the professional nursing's role and the handling of aging complications, it means, how their intervention influences in the health habits and in the self-care of the people of third Age. The geriatric syndromes evaluated are: falls, deterioration in the quality of life, polypharmacy, mental and biological complications. The research is done in Los Sitios of Moravia, San José, Costa Rica. **General objective:** to determine if the role of the nursing professional in the promotion of health and self-care habits of the elderly person is related to the management of complications associated with aging, in Los Sitios of Moravia, during the III quarter of 2018. **Methodology:** the research has a descriptive quantitative approach; the study's unit is each person of the third age of the Los Sitios neighborhood. I work with 104 people. **Results:** there is greater participation of people between 65 to 74 years old, mostly women. The majority of population is married, with complete primary education, with 2% illiteracy. The majority of population receives a monthly income between 100.000 and 199.000 colones. Only 39% of the population had falls, most fell 1 to 3 times due to obstacles and/or balance alterations, 83% of them presented skin lesions as an immediate consequence. The majority do not present a deterioration in their quality of life, consequently, only 34% presented stress or anxiety for the beginning of third age. The majority presents NCD, 11 % acquires them after 65 years. 58% have polypharmacy, 30% of people who take more than 4 medications a day have related discomforts. 49% have had alterations in their diet; 69% perceive alterations in their dermis. **Discussion:** the schooling degree and economic level is related to self-perception of health and quality of life; the fact that a person of the third age lives alone represents a risk for the adult security, it is preferable that he live accompanied

by a good family relationship. Falls and polypharmacy are a major geriatric syndrome in the population. Stress can be related to the economic situation, family environment and physical exhaustion. Mental alterations (depression, dementia, disorientation) are not significant in population. Most of population has adequate health and self-care habits. There are altered 9 of the 14 fundamental needs exposed by Henderson. **Conclusions:** the population in spite of the economic difficulties and low schooling that it presents, develops an adequate coexistence; 98% of population suffers at least one complication associated with aging; the role of the nursing professional is focused on providing tools, through education, that allows the elderly to enjoy a better quality of life, and this role is related to the management of complications associated with aging.

Key words: role of the professional nursing, falls, deterioration in the quality of life, polypharmacy, mental and biological complications.

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.1 Antecedentes del problema

A nivel internacional

Palma Barrera ¹ en el 2015 en Perú, realiza un estudio con 35 internos de enfermería, orientados al objetivo de determinar las características del cuidado que brinda la enfermera al adulto mayor en los servicios de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión según la percepción de estos internos. Este se realiza en la Escuela Académico Profesional de Enfermería con sede en la facultad de Medicina de San Fernando, en Lima Perú, con aproximadamente 450 alumnos.

El estudio concluye con que la mayoría de los internos de enfermería perciben que el cuidado que brinda la enfermera al adulto mayor se caracteriza por ser fragmentado, lo que indica que no se está considerando el verdadero quehacer enfermero en todas las dimensiones y por ende que el cuidado sea integral.

Peláez, Acosta y Carrizo ² estudian en Argentina (año 2015) un indicador llamado “autopercepción de la salud” (también denominado autoinforme o autoreporte) y arroja datos interesantes sobre la influencia de este en la salud de los adultos mayores. Se demuestra que este aspecto está relacionado con un mayor riesgo de mortalidad en la ancianidad.

El objetivo de este artículo es evaluar el estado de salud en adultos mayores a través del indicador autopercepción de la salud y analizar los factores que influyen en esta autopercepción. Ellos trabajan con personas de 60 años y más, auto válidos. Concluyen que

el indicador autopercepción de salud resulta útil para medir el nivel de salud de una población, ya que se relaciona fuertemente con la presencia de enfermedades crónicas ².

Sin embargo, un estudio comentado por estos mismos autores ² refleja que la autopercepción de salud se relaciona con la edad, bajos niveles de escolaridad y/o ingresos, raza, situación conyugal, tabaquismo, actividad física, consumo de alcohol, presencia de morbilidad crónica e índice de masa corporal ². Lo anterior refleja que la salud del adulto mayor se ve condicionada e influenciada por muchos factores que, en la mayoría de la población anciana, no están cubiertos por completo.

Otro estudio citado por los mismos autores ², realizado en Corea del Sur, demuestra que para ambos sexos y en todos los grupos de edad, la autopercepción de la salud se relaciona intensamente con el nivel de participación social, esto confirma lo dicho anteriormente ². Existe un fenómeno llamado Síndrome Geriátrico, estudiado desde la década anterior, el cual consiste en la explicación y agrupación de una serie de complicaciones asociadas con el envejecimiento.

González López et al. ³ determinan que el 98,7 % de los adultos mayores de la ciudad de Puebla de México padecen por lo menos un síndrome geriátrico, siendo el sexo femenino el más afectado. En su estudio, realizado con 376 pacientes de la tercera edad, logran identificar que los síndromes más frecuentes según orden de incidencia son: depresión, polifarmacia, trastorno del sueño, caídas, incontinencia urinaria, obesidad y pérdida de la autonomía.

La participación social no solo se relaciona a la autopercepción. Barreto et al. ⁴ mencionan en su estudio realizado durante el 2017 en Brasil, que se ha demostrado que la participación fomenta un estilo de vida saludable y activo, mejorando así la calidad de vida. La creación

de grupos sociales en los que el anciano se pueda involucrar, desenvolver y crear un sentido de pertenencia va a mejorar su nivel de salud y, por ende, su autopercepción en salud ⁴.

De hecho, estudios demuestran que la calidad de vida de los adultos mayores se asocia positivamente con percibir apoyo social y con la independencia para realizar actividades de la vida diaria y negativamente al hecho de trabajar o tener pensión ⁵. La población de estudio de Barreto et al. ⁴ se dividió en dos grupos de la tercera edad, con una muestra intencional, por conveniencia, compuesta por 29 adultos mayores del sexo femenino. Se concluye que conocer el perfil de salud de los adultos mayores es importante en la orientación de actividades y cuidados específicos para la tercera edad.

En Argentina, Brasil, Chile, México y Uruguay se han estudiado los efectos de variables socioeconómicas en la autopercepción del estado de salud de los adultos mayores, y se relaciona la autopercepción con una buena nutrición, un nivel educativo, un nivel socioeconómico elevado y un estilo de vida activo en las etapas iniciales de la vida. Esto indica que si una persona cuenta con toda esta estimulación y facilidad económica, va a tener en las etapas adultas un mejor nivel de autopercepción en salud. Este dato es de interés público, puesto que estas variables influyen en la salud pública y su planificación ².

El siguiente comentario confirma lo dicho anteriormente: “el envejecimiento se traduce en una mayor carga de enfermedades, incapacidades y una mayor utilización de los servicios de salud” ⁶. Cabe señalar que esto no solo involucra al sistema de salud, sino que a toda la familia y comunidad.

Dias de Sousa et al. ⁶ realizan un estudio en Brasil durante el año 2017, titulado: *Perfil de los adultos mayores usuarios de atención primaria*. Esto debido al creciente número en la

población adulta mayor. El objetivo de este estudio fue caracterizar las condiciones de perfil y de vida socio-demográficos y de salud de los usuarios adultos mayores de la atención primaria de un municipio en la región amazónica del Brasil.

En ése estudio, se trabaja con una muestra de 441 individuos con edad inferior a 60 años. Ellas concluyen que el perfil de vida desfavorable y de salud encontrados en adultos mayores exige la adopción de medidas reforzadas, sobre la salud y los presupuestos de atención integral como un desafío para efectuar la colocación de sus necesidades, principalmente por la enfermería, en la Atención Básica de Salud en áreas más necesitadas.

Se dice que conforme aumenta la esperanza de vida, se da mayor riesgo de que aumenten las enfermedades crónicas degenerativas que, si no se tratan a tiempo ni adecuadamente, van a comprometer el estilo de vida de los adultos mayores generándoles un deterioro funcional. Pereira et al. ⁷ publican en Brasil, 2017, un artículo llamado *Factores predictores para la incapacidad funcional de adultos mayores atendidos en la atención básica*; el cual tiene como objetivo valorar los factores predictores para la incapacidad funcional de adultos mayores atendidos en la atención básica.

En este estudio se trabaja con 388 adultos mayores y se concluye que la valoración del adulto mayor debe ser llevada en consideración, con el fin de adecuar los cuidados dirigidos al mantenimiento de su autonomía y promoción del envejecimiento activo.

La morbilidad crónica, morbilidad aguda y de funcionamiento (presentar incapacidad, discapacidad o alguna limitación física o mental), el sexo, estado civil, las posturas positivas o negativas de la vida y la disposición hacia conductas saludables conforman un grupo de características que atentan contra la adecuada autopercepción ².

Visto los temas anteriores, es vital comprender que la comunidad tiene un rol dentro del bienestar y salud del adulto mayor. Por lo general, algunos pueblos costarricenses, por no afirmar que la mayoría de ellos, no cuentan con un programa comunitario en pro de la salud del adulto mayor, ni están organizados como “barrio” o comunidad para poder acondicionar el lugar para que sea un ambiente seguro para este tipo de población. Por ende, es común que la población no tenga ningún tipo de positivismo ante la sociedad ni participación social, ya que perciben su situación actual como algo sin importancia para la comunidad.

Investigadores de Brasil ⁸ reportan datos en los que se destaca la importancia de lo expuesto anteriormente; de hecho, ellos mencionan que la mayoría de cuidadores son esposas o esposos y que, de no ser así, los ancianos tienen una o dos personas en caso de que necesiten ser asistidos en algo, y esto refleja un riesgo para tener falta de apoyo; esto aumenta si el adulto mayor vive solo o está en un nivel de pobreza aunque sea mínimo.

Oliveira et al. ⁸, en su estudio *Falta de expectativas de ayuda para el cuidado de adultos mayores residentes en la comunidad*, tienen como objetivo identificar los factores asociados a la falta de expectativas de ayuda para el cuidado de adultos mayores residentes en la comunidad.

Este se realiza con 671 individuos de Brasil. Se concluye que es necesario reflexionar sobre el sistema de apoyo formal que actualmente existe disponible para las personas mayores en Brasil, considerando que aquellos que presentan más frecuentemente una falta de expectativas de ayuda son una población creciente, además, se señala la importancia de usar métodos subjetivos para la calidad de la red de apoyo adecuada para adultos mayores.

Santos Orlandi et al.⁹ en el 2017, en Brasil, mencionan como objetivo de su investigación caracterizar el perfil de los adultos mayores que cuidan de otros adultos mayores en contextos de alta vulnerabilidad social. Ellos trabajan con un total de 40 cuidadores y concluyen que conocer el perfil de los ancianos cuidadores es imprescindible para subsidiar los servicios de salud en la planificación de una atención de calidad.

Según la literatura gerontológica, las mujeres son, en su mayoría, las que se encargan del cuidado de los adultos mayores y, por lo general, son de edad media o avanzada, esposas o hijas.

Es común observar que un adulto mayor cuide de otro adulto mayor; esto sumado a la falta de apoyo familiar, social y económico incrementa el riesgo o vulnerabilidad de los adultos para tener un daño o lesión en su salud. Un dato curioso es que no se registran numerosos estudios sobre ancianos cuidando de otros ancianos, y no se determina con claridad el nivel de riesgo en que se encuentra la población en estudio aumentando la vulnerabilidad de ellos⁹.

Adicional al texto anterior, otro estudio⁹ refleja que efectivamente la mayoría de los cuidadores son mujeres, entre los 60 y 69 años, casadas, personas que viven con sus esposos e hijos, que por lo general no presentan un buen ingreso económico, y tienen algunas patologías agregadas, por ejemplo, las enfermedades crónicas no transmisibles como: diabetes, hipertensión.

Un estudio en Brasil⁸ demuestra que los hogares de ancianos reciben un bajo nivel de apoyo por parte de la comunidad, es decir, esta no se involucra ni se responsabiliza por el bien común de la población. Debido a esto, al incremento acelerado en número de esta población

y al aumento de enfermedades físicas y mentales de los ancianos, se recalca la importancia de reforzar el cuidado y asistencia a este grupo etario.

“Mantener a los ancianos independientes para las actividades de la vida diaria representa uno de los mayores desafíos de los profesionales de la salud...”⁶. El problema radica en que la mayoría de profesionales de salud no le da la importancia, debido a las consultas y quejas de los usuarios de la tercera edad, y no toman a este grupo como una prioridad, este hecho lesiona la integralidad de la atención en salud.

Debido a la carencia de actividades interdisciplinarias por parte de los profesionales en salud⁴, enfermería debe tomar actitudes firmes para lograr alcanzar el máximo nivel de salud en los adultos mayores.

El profesional de enfermería tiene un papel fundamental en todo este proceso, y debe ser promotor número uno de que los adultos mayores cumplan sus expectativas a nivel de salud y cuando esté a su alcance. En otras palabras, debe asegurar el “efectivo acogimiento de las personas ancianas y sus necesidades”⁶.

Puello Alcocer et al.¹⁰ realizan un estudio en el 2016, en Colombia, donde confirman que las intervenciones de enfermería en la ancianidad mejoran la calidad de vida, aumentando su independencia, condición que afirma lo dicho por otros autores ya mencionados en la investigación, a la vez, permite cumplir con el objetivo de mantener a los ancianos activos e independientes.

Este estudio¹⁰ tiene como objetivo analizar el impacto de las acciones de un Programa de Enfermería con enfoque promocional y de autocuidado, en el fortalecimiento de la capacidad

funcional en adultos mayores. Se trabaja con 75 personas sin de grupo control; ellos concluyen que las acciones continuas de enfermería con enfoque promocional y de autocuidado permiten revertir limitaciones en condiciones funcionales de dependencia moderada a leve y de leve a independiente; conservan o potencializan la capacidad de regular su autosuficiencia y autonomía, beneficiando así la salud de adultos mayores.

La atención en salud de los adultos mayores debe basarse en políticas públicas que aseguren la prestación de un servicio con trato humanizado y pertinente que responda a las necesidades específicas de cada comunidad. A través de la historia, se ha visto que la atención del adulto mayor tiene un alto valor económico y que golpea el bolsillo de quienes tienen que responsabilizarse por esto; sin embargo, si se tomaran medidas desde edades tempranas y si se cuidara de la salud de las personas durante toda su vida, las intervenciones e inversiones serían menores, siendo un modelo de salud más rentable para la sociedad y para el país ¹⁰.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), citada por Puello Alcocer et al. ¹⁰, menciona que el proceso de envejecimiento de la población mundial se produce a pasos acelerados, antecedente que ya fue mencionado por otros autores, se dice que entre 2015 y 2020 los adultos mayores con más de 60 años pasarán de 900 millones a 2000 millones, es decir, habrá un aumento demográfico del 10 % (aproximadamente) en este segmento poblacional.

Los países de ingresos bajos y medianos registran evidencia de que la carga de morbilidad es mayor que en los países ricos, aspecto que denota desigualdad en el estado y nivel de salud, que es una declaración de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud, Alma-Ata. Se dice que en Colombia la cifra de adultos mayores es equivalente al 10,53 % de

la población total y, según un censo aplicado en el 2005, esto demuestra un incremento significativo en la población ¹⁰.

El impacto de las intervenciones de enfermería en la salud de los ancianos se categorizó en dos aspectos: el fortalecimiento de la capacidad funcional y el fortalecimiento de las capacidades de autocuidado. La primera de ellas refleja que, en aquellos adultos con dependencia moderada y leve, las acciones de enfermería fueron enfocadas en la promoción de la salud, desarrollando actividades grupales como caminatas progresivas, bailes suaves, cargar objetos, lanzamiento de pelotas de diversos tamaños y ejercicios de motricidad fina ¹⁰.

“Los grupos de adultos mayores independientes desarrollaron jornadas de movimientos amplios en el acto de bailar, trotes con supervisión y ejercicios de fortalecimiento muscular” ¹⁰. Con estas actividades, enfermería logró que los adultos mayores se mostraran más seguros de sí mismos y aumentaran su destreza al arreglarse y vestirse, claramente tiene que haber mayor capacidad de equilibrio, resistencia y fuerza muscular. De esta manera, se logra tener ancianos proactivos, funcionales e independientes ¹⁰.

La segunda de ellas arroja resultados oportunos y favorables para enfermería y los adultos mayores. Se refleja que la prestación del cuidado de enfermería oportuno, personalizado, con calidad, calidez y acciones participativas como parte de las acciones de promoción de la salud tienen como efecto permanente: mantener al adulto mayor activo, con capacidad de regular y mejorar su nivel de autonomía; la automotivación y el conocimiento adquirido le permite enfocar sus acciones en la prevención de incapacidades y en el auto cuidado de la salud y de las enfermedades propias de la senectud ¹⁰.

Conocer el perfil de atención geriátrica es vital para orientar las acciones e intervenciones de enfermería, de otra forma, se pierde calidad en la atención brindada. En un estudio desarrollado en Portugal, en 2017, por Tavares et al.¹¹, realizado con 1068 enfermeros de Portugal de 5 hospitales, se ejecuta un análisis comparativo de la atención brindada por enfermería en una zona central y en otra regional, donde se evidencia que es importante que exista un mayor compromiso y apoyo de los líderes de ambos hospitales y una mayor inversión en cuanto a capacitación y experiencia de enfermeras en atención geriátrica.

El objetivo de este estudio es analizar la relación entre la percepción de enfermeras sobre el ambiente del cuidado geriátrico y el conocimiento y actitudes de las enfermeras geriátricas de acuerdo con el tipo de unidad considerando el norte y la región central de la región de Portugal. Ellos concluyen que hay necesidad de que los líderes de los hospitales aumenten la inversión en la promoción de ambientes para la práctica enfermera geriátrica que brinde apoyo a las necesidades especiales de los adultos mayores hospitalizados.

La población adulta mayor tiene prácticas y costumbres de autocuidado que no son del todo seguras, enfermería debe ser supervisor y evaluador de dichas actividades que representan un riesgo para ella. Identificar estas prácticas y riesgos agregaría valor a las intervenciones realizadas por enfermería en el ámbito del cuidado¹².

Vargas Santillán et al.¹² consideran que los adultos mayores realizan prácticas de autocuidado con base en sus saberes populares que deben ser valoradas por el personal de enfermería. En su estudio realizado en el 2018 en México presentan como objetivo escribir y analizar las prácticas de autocuidado que llevan a cabo adultos mayores de una población

mexicana, se realiza con 17 adultos mayores y concluyen que identificar las prácticas expresadas por los adultos mayores aportaría una plusvalía en la intervención de enfermería.

Esto evidencia la necesidad imperante de que enfermería avance y se informe en cuanto al cuidado de los adultos mayores, ya que su actuar tiene implicaciones importantes en la práctica, administración, educación e investigación del tema en estudio ¹¹.

A nivel nacional

Costa Rica desarrolla una ley en 1999 titulada *Ley integral para la persona adulta mayor*, con ella se busca garantizar a la persona adulta mayor una igualdad de oportunidades y vida digna, su participación en la formulación de políticas que los involucre, promover la participación dentro de su núcleo familiar, impulsar la atención integral e intersectorial del anciano y garantizar la seguridad social de este ¹³.

Dicha ley menciona 73 artículos, ampliamente desarrollados y específicos para el logro de los objetivos planteados. En el artículo 2 se define qué es una persona adulta mayor, la acreditación, atención integral, ayudas técnicas, calidad del servicio, hogar privado sustituto y otros. En los capítulos 3, 4, 5, 6, 7 se mencionan cuáles son los derechos: para mejorar la calidad de vida, laborales, de residentes o usuarios en establecimientos privados, a la integridad, a la imagen ¹³.

A través de la ley, se mencionan los beneficios, deberes de la sociedad, normas generales, salud, educación, cultura, deporte y recreación, la vivienda, el trabajo y el órgano rector. Esto orienta y ubica la atención integral del adulto mayor, permitiendo alcanzar el nivel máximo de salud en la población más adulta ¹³.

Un estudio realizado por Blanco Molina et al. ¹⁴ en el 2013, en Costa Rica, se orienta hacia la identificación y el análisis de las características que presentan personas adultas mayores con altos niveles de actividad y participación social residentes en Costa Rica. El estudio cuenta con 191 participantes con edades entre 55 y 87 años ($M = 68.5$, $DE = 6.9$) que habitan en el área metropolitana y participan en programas dirigidos a personas mayores en cursos de computación, idiomas, actividad física, arte, entre otros.

Este estudio refleja que la población costarricense adulta mayor tiene un patrón de actividad bastante funcional. Un alto porcentaje de esta población participa en programas dirigidos a personas mayores en cursos de computación, idiomas, actividad física, arte, entre otros; lo que evidencia que, al menos en esta área, Costa Rica realiza un esfuerzo por mantener la autonomía e integridad en salud de las personas mayores ¹⁴.

Álvarez Rodríguez ¹⁵ en el 2015, en su artículo titulado “Síndrome de caídas en el adulto mayor”, menciona que se calcula que en Costa Rica un 7 % de las visitas a emergencias que realizan los adultos mayores son por una caída y, de estas, el 40 % requieren hospitalización.

Se agrega que las personas que son dependientes en sus actividades de la vida diaria son un 78 % más propensas a caerse. La prevalencia de caídas en Costa Rica es de 35,6 % en adultos mayores de 60 años. Ella concluye que las caídas no siempre son accidentales, estas pueden ser un síntoma de una enfermedad subyacente. Las caídas al igual que los demás síndromes geriátricos suelen crear dependencia por temor a que se repita el episodio; además de las múltiples consecuencias que esto puede generar ¹⁵.

Es importante que las condiciones sociales, emocionales y cognitivas sean favorables, por ejemplo, autoeficacia percibida, emociones positivas, satisfacción con la vida, control

personal, adecuadas redes de apoyo, funciones ejecutivas preservadas, percepción subjetiva de salud, el nivel educativo e ingresos. Ya que todo esto contribuye a un envejecimiento con éxito, demostrado por medio de este estudio en Costa Rica ¹⁴.

Esta interrelación del envejecimiento con éxito en la población costarricense puede deberse al alto nivel de participación comunitaria que se desarrolla en el país; de hecho, en un estudio realizado en un hogar geriátrico de Curridabat, en el 2017, se demuestra que esta relación del adulto mayor con otros iguales es de vital importancia para el desarrollo y adaptación del adulto a su entorno; algo que se conoce como “Convivencia de Oro” ¹⁶.

Rojas Muñoz et al. ¹⁶ realizan un estudio en Costa Rica (2017), con 27 adultos mayores, con el objetivo de fortalecer la convivencia saludable mediante las relaciones interpersonales positivas. Ellos destacan la importancia de la intervención en los espacios mencionados que impulsaban el desarrollo de las personas adultas mayores, el bienestar y la inclusión en la sociedad de manera más activa.

1.1.2 Delimitación del problema

La investigación se realiza en Los Sitios, barrio del cantón de Moravia, del distrito de la Trinidad, una zona rural, con 104 personas de la tercera edad, hombres y mujeres, de diferentes etnias, nivel de escolaridad y socioeconómico, con capacidad cognitiva y funcional conservada. La investigación se lleva a cabo en el III cuatrimestre del 2018.

1.1.3 Justificación

El proceso de envejecimiento es un proceso natural e inevitable del ser humano, sin embargo, no siempre es aceptado, tratado y vivido de la mejor forma. Las implicaciones que esto puede

generar a nivel social son de importancia para el sector salud, ya que son consecuencias a nivel económico, social, cultural, epidemiológico, estadístico y personal. Debido a que este proceso es creciente a gran velocidad en el país, es importante estar preparados para afrontar la problemática y guiar las soluciones profesionales más acertadas.

Se estima que para 2020, el número de personas de 60 años o más será superior al de niños menores de cinco años (disminución escalonada de la tasa de natalidad), para el 2050 el 80 % de las personas mayores vivirá en países de ingresos bajos y medianos (Costa Rica, entre ellos), esto quiere decir que la pauta de envejecimiento de la población es mucho más rápida que en el pasado. Por esto, se hace hincapié en un estilo de vida saludable, para lograr un envejecimiento óptimo y eficaz ¹⁷.

Según la *Prospectiva en el cambio demográfico al 2045*, propuesta por el MIDEPLAN, “la tendencia mundial sobre el cambio demográfico de la población ha presentado en las últimas décadas un aumento en la cantidad de personas de mayores edades dentro de las pirámides poblacionales” ¹⁸, es decir, el crecimiento en la población de la tercera edad va en aumento escalonado.

En este estudio ¹⁸ se muestra una pirámide joven, es decir, que va orientada hacia el envejecimiento, pero que su mayor cantidad de población se concentra entre las edades de 15 y 34 años. La tasa de natalidad para el 2016 fue de 15,3 nacimientos por cada 1000 habitantes. En 10 años después, se proyecta una tasa de 12,7 nacimientos por cada 1000 habitantes. Por otro lado, la tasa de mortalidad se encuentra cerca de 4,4 muertes por cada 1000 habitantes, dentro de 10 años se espera una tasa de 5,0 muertes por cada 1000 habitantes.

Al alterarse estas tasas, también se altera la esperanza de vida al nacer, pasando de los 80 años en el 2015, a los 81 años en el 2025; por ende, habrá una mayor cantidad de personas de la tercera edad.

En relación con este factor de riesgo identificado y con el fin de que las personas de la tercera edad puedan tener una calidad de vida óptima y placentera, es propicio desarrollar investigaciones y programas de enfermería dirigidos a la población longeva del país. Además, que el profesional de enfermería logre involucrar a la comunidad y prepararla para que entre con éxito a esta etapa es crucial para que pueda adaptarse fácilmente y pueda disfrutar de una ancianidad plena y libre de riesgos innecesarios o evitables.

Es fundamental conocer el rol del profesional de enfermería en el área de educación en dicha población, ofrecer herramientas para que las personas de la tercera edad puedan ejercer un mejor control de la salud.

Enfermería, al ser un ente director en el autocuidado y educación en salud para la población, debe reconocer esto como una necesidad imperante de investigación y alarma, puesto que, en las comunidades, a pesar de que se dice que Costa Rica envejece con éxito, se pueden observar ancianos en total abandono y sin ningún tipo de ayuda social, lo que denota que el profesional de enfermería puede realizar intervenciones oportunas para disminuir dichas deficiencias físicas, mentales y, por ende, de salud.

A partir de los antecedentes comentados, se pretende dejar una investigación que contribuya con el sector salud, con la comunidad en estudio, con las personas de la tercera edad, con el gremio de enfermería y con la sociedad en general, a prevenir consecuencias innecesarias del proceso de envejecimiento, al fortalecer la independencia y función social del adulto mayor.

1.2 REDACCIÓN DEL PROBLEMA CENTRAL

¿Cuál es el rol del profesional de enfermería en la promoción de hábitos de salud y autocuidado de la persona de la tercera edad en relación con el manejo de complicaciones asociadas con el envejecimiento en Los Sitios de Moravia, durante el III cuatrimestre del 2018?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.2 Objetivo general

Determinar si el rol del profesional de enfermería en la promoción de hábitos de salud y autocuidado de la persona de la tercera edad tiene relación con el manejo de complicaciones asociadas con el envejecimiento, en Los Sitios de Moravia, durante el III cuatrimestre del 2018.

1.3.3 Objetivos específicos

Caracterizar sociodemográficamente a la población de la tercera edad participante en la investigación.

Describir las complicaciones asociadas con el envejecimiento presentes en la población estudiada.

Describir el rol del profesional de enfermería en la promoción de hábitos de salud y autocuidado dirigidos a la persona de la tercera edad.

1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES

1.4.2 Alcances de la investigación

La investigación no presenta alcances más que los logrados con los objetivos planteados.

1.4.3 Limitaciones de la investigación

- Algunas personas adultas mayores muestran resistencia a participar de la investigación, refiriendo desconfianza y temor al participar, lo que no permite completar la cantidad de sujetos de investigación programados.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 CONTEXTO TEÓRICO-CONCEPTUAL

Primeramente, es importante señalar que la OMS presenta la siguiente nomenclatura según los rangos de edad: las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada, de 75 a 90 viejas o ancianas, y más de 90 grandes viejos o grandes longevos; sin embargo, a toda persona mayor de 60 años para la presente investigación se considera persona de la tercera edad.

2.1.1 Promoción de la salud

La promoción de la salud se ha convertido, a través de los años, en una herramienta para el personal de salud y para cada persona, para lograr una mejor salud poblacional. Entre los primeros hallazgos relevantes sobre este tema se encuentra la Carta de Ottawa, escrita en 1986, en Canadá. Esto se da en una conferencia internacional sobre la promoción de la salud que busca cumplir el objetivo de “Salud para todos en el año 2000”.

Esta carta menciona que “la promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma”¹⁹, definición que es similar a lo expresado por la OMS, donde menciona que “la promoción de la salud permite que las personas tengan un mayor control de su propia salud”²⁰; por ende, se entiende que es una herramienta hábil para disminuir costos en la atención, mayor y mejor control de la salud pública, mayor esperanza de vida y menos incidencia en enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT).

La solución de las causas primordiales de los problemas de salud y no solo el tratamiento y la curación de la enfermedad son bases fundamentales de la promoción de la salud, esto

quiere decir que para lograrlo cada persona debe poder identificar sus aspiraciones, satisfacer sus necesidades y adaptarse al medio ambiente. Es por esto por lo que se decretan prerequisites para la salud, entre ellos: la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad; sin ellos, no se pueden plantear mejoras para la salud ¹⁹.

Esta arta menciona que para que se dé una participación en la promoción de la salud deben existir 5 aspectos claves: la elaboración de una política pública sana, la creación de ambientes favorables, el reforzamiento de la acción comunitaria, el desarrollo de las aptitudes personales y la reorientación de los servicios sanitarios ¹⁹. La OMS reduce estos cinco elementos a tres componentes esenciales, estos son: la buena gobernanza sanitaria, educación sanitaria y ciudades saludables ²⁰.

En Costa Rica se desarrolla la Política Nacional de Salud “Dr. Juan Guillermo Ortiz Guier”, en el cual se desarrollan los puntos que la Carta de Ottawa manifiesta. Este se fragmenta en 5 ámbitos de acción y 31 áreas de intervención que responden a las necesidades de la población. Ámbito I: articulación intra e intersectorial y participación ciudadana en salud; Ámbito II: equidad y universalidad de las acciones en salud; Ámbito III: prácticas saludables, recreación y deporte; Ámbito IV: salud ambiental; Ámbito V: gestión integral del riesgo y adaptación al cambio climático ²¹.

“Los individuos deben desarrollar capacidades y competencias que faciliten su adaptación a las diversas etapas de su ciclo vital y a sus procesos de salud y enfermedad de una forma efectiva” ²². Esta definición justifica la razón de ser de la Promoción de la salud, de hecho, se dice que la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad son enunciados

descriptivos de los estándares de calidad del ejercicio profesional de los enfermeros. Por esto, de forma indirecta, se valora al profesional al valorar estos dos enunciados.

Chile utiliza un modelo enfocado en la atención primaria de enfermería, llamado Enfermera de Práctica Avanzada (EPA) en la atención primaria. Este programa ha ayudado a cubrir las necesidades en salud de la población, ya que este profesional en enfermería está altamente capacitado para asegurar la calidad en la atención y, además, se ha demostrado que es mucho más económico que otros procesos ²³. Esto evidencia el rol tan importante que cumple enfermería a nivel comunitario, promocionando la salud de la manera más efectiva y duradera posible.

Costa Rica tiene un reglamento, desarrollado por el Colegio de Enfermeras de Costa Rica, titulado *Perfil del y la Profesional de Enfermería en el Primer Nivel de Atención*, en el que se detalla la naturaleza del trabajo del profesional. Este está capacitado para gestionar cuidados de enfermería de forma integral e integrada durante el curso de vida de las personas en los diferentes escenarios de salud. Se menciona que la práctica debe estar basada en la equidad, con énfasis en la promoción de la salud y detección temprana de enfermedades, promoviendo así la confianza mutua entre la persona, la familia y la comunidad ²⁴.

Al profesional se le considera un agente de cambio en el mantenimiento de la salud, ya que identifica conductas no saludables y cambios en el proceso de enfermedad. Este tiene diferentes escenarios para su actuar, por ejemplo: Dirección Regional, Áreas de Salud, Puestos de Visita Periódica, Sedes de EBAIS y de Área de Salud y en los Escenarios Fuera de los Establecimientos de Salud (EFES). En este último, se incluyen los escenarios: comunitario, educativo, laboral y domiciliar ²⁵.

Las intervenciones en los EFES se enfocan en la educación para la salud, el fomento de entornos saludables y la construcción y análisis de la información del ASIS, incorporando activamente a los usuarios como responsables de su salud. Además, realiza intervenciones comunales, orienta y capacita a las familias y comunidades, a la vez, identifica situaciones individuales o familiares que requieren atención profesional de enfermería y una referencia apropiada ²⁵.

La implementación de intervenciones en el ámbito de la promoción de la salud puede ayudar a manejar consecuencias de las enfermedades crónicas y aún más en situaciones en las que hay menos disponibilidad de recursos psicosociales como: aislamiento social y soledad, autoestima baja, inseguridad, sentirse exhausto, depresión y bajo nivel socioeconómico, condiciones que se tienden a relacionar a las enfermedades crónicas. Las intervenciones de promoción de la salud pueden ser de tipo individual, comunitario, organizacional o gubernamental ²².

La EPA se caracteriza por dedicarse, mayormente, a la atención directa con los pacientes, luego a la educación, a la consultoría, a la administración y, por último, a la investigación. El enfoque de este programa, utilizado en más de 50 países, está en el primer nivel de atención aunque se puede encontrar en varios escenarios clínicos, cabe destacar que Costa Rica no está dentro de estos países. Este se especializa en áreas de familia, adulto, adulto-geriatria, salud de la mujer y pediatría, orientándose a ser el principal proveedor de salud para los grupos vulnerables ²³.

2.1.2 Autocuidado

El autocuidado es otra herramienta que utiliza el sistema salud, con el fin de mejorar la salud pública, las personas tienden a tener un déficit en su autocuidado, sin embargo, para comprender qué es un déficit de autocuidado se debe comprender qué es autocuidado.

Este es definido como: “función humana reguladora que debe aplicar cada individuo de forma deliberada con el fin de mantener su vida y su estado de salud, desarrollo y bienestar, por tanto es un sistema de acción”²⁶. Esta acción viene siendo similar al concepto anterior, “promoción de la salud”, con la gran diferencia de que este último lo proporciona el personal de salud, en su mayoría el departamento de enfermería, y no cada individuo.

Otro autor define autocuidado como: “el conjunto de tareas que lleva a cabo el paciente en el manejo de su enfermedad crónica, incluyendo aspectos médicos, de conducta y emocionales”²⁷. Este lo enfoca más al control de la enfermedad y no relacionado con el concepto de promoción de la salud, ni al concepto “original” que se ha planteado anteriormente. No obstante, igual busca dar educación e intervenir para aumentar la aptitud y confianza del paciente para controlar su enfermedad y, por ende, tener un mayor control de su salud.

El autocuidado, a pesar de que se lo brinda cada persona, su estado o nivel debe ser conocido por enfermería para poder brindar los cuidados requeridos y, en dado caso, poder sustituir al usuario en esta función, ya que se podrán entender las necesidades y las limitaciones de acción de las personas.

En adhesión, se dice que el autocuidado debe aprenderse y aplicarse de la forma correcta. Es aquí donde la enfermería tiene su papel principal, puesto que Orem ²⁶ menciona que esta es una acción humana articulada en sistemas de acción formados por enfermeras a través del ejercicio de ser una actividad profesional ante personas con limitaciones de la salud o relacionadas con ella que representan problemas de autocuidado ²⁶.

Se entiende enfermería como ciencia, al ser la que se ocupa de ayudar a las personas a satisfacer las necesidades básicas cuando no pueden hacerlo solas, por estar enfermas o por carecer del conocimiento, habilidad o motivación necesaria.

La autora ²⁶ menciona factores condicionantes básicos, ya sean internos o externos, pero que influyen en la capacidad de desarrollar el autocuidado y el nivel de autocuidado requerido, entre ellos están: edad, sexo, estado de desarrollo, estado de salud, orientación sociocultural, factores del sistema de cuidados de salud, factores del sistema familiar, patrón de vida, factores ambientales, disponibilidad y adecuación de los recursos ²⁶.

La tarea fundamental de enfermería es identificar el déficit que existe entre la capacidad potencial de autocuidado y las demandas de autocuidado de los pacientes, para poder disminuirlo hasta llegar a eliminarlo y, de esta manera, cubrir los requerimientos del usuario.

Siguiendo este orden de ideas, cabe destacar que para Orem ²⁶, según sus metaparadigmas, la persona encierra un todo integral dinámico con capacidad para conocerse, utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales, con el fin de llevar a cabo acciones de autocuidado dependiente.

La salud significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos. Por ende, según esta teoría, se puede entender que el autocuidado encierra tres aspectos básicos: la persona, el ambiente y la enfermería, que tienen que estar interrelacionados y articulados entre sí.

El déficit de autocuidado se evidencia cuando la persona ha perdido la capacidad de adaptarse a los cambios y situaciones cotidianas por las que atraviesa, es decir, se ha excedido su capacidad de respuesta a estas situaciones. De hecho, se ven afectados los factores condicionantes y los elementos que Orem menciona dentro de sus metaparadigmas. La familia, amigos y profesionales de enfermería pueden convertirse en proveedores de autocuidado.

Esta teoría se relaciona con la teorizante de Virginia Henderson, ya que en su teoría ella busca lograr la máxima independencia en las personas. Se menciona que enfermería se encarga de suplir los déficits de autonomía de la persona, es decir, suplir el déficit de autocuidado que ésta presente. La persona al ser un ser indivisible, con áreas biológicas, sociales, psicológicas y espirituales requiere mantener cubiertas sus necesidades en salud.

El autocuidado en la salud es una parte vital, sin autocuidado no hay salud. Es por eso por lo que Henderson menciona las catorce necesidades que complementan un todo en la salud (las cuales se verán en el apartado de modelos y teorías). Sin embargo, es por esta razón que se mencionan los tres tipos de niveles en la relación entre el enfermero/a con el paciente: nivel sustitución, nivel de ayuda, nivel de acompañamiento, con el fin de suplir las necesidades de autocuidado que la persona presente, pero fomentando la mayor independencia posible.

2.1.3 Hábitos de salud

La OMS menciona que si el envejecimiento se ve desde un punto de vista biológico, este es “la consecuencia de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, un aumento del riesgo de enfermedad, y finalmente a la muerte”¹⁷.

La definición anterior de envejecimiento se relaciona con la siguiente: “es el resultado de una compleja asociación de interacciones y cambios estructurales y funcionales que ocurren entre lo biológico, psicológico y socioambiental; es decir, entre los factores genéticos o intrínsecos y los ambientales o extrínsecos”²⁸. Sin tomar en cuenta la edad, los hábitos de salud son imprescindibles para gozar de una buena calidad de vida.

Los hábitos de salud mayormente afirmados por diferentes autores son: la alimentación, el ejercicio físico, la promoción de la salud, el trabajo, la relación con el medio ambiente y la actividad social^{17, 29}, a esto se le añade el no fumar³⁰. Un mal estilo de vida se ha visto relacionado con consecuencias durante etapas posteriores de la vida o en el envejecimiento, por ende, una persona que fume, tome licor, consuma exceso de grasas y carbohidratos, sedentaria, en estado de pobreza y otros, tiene mayor probabilidad de caer en un estado de salud desfavorable y con enfermedades crónicas no transmisibles¹⁷.

Los países desarrollados presentan alta incidencia de mortalidad relacionado con las enfermedades cardio y cerebrovasculares, cáncer, diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), enfermedades crónicas del hígado y los accidentes de tránsito²⁹, estas son conductas asociadas con el consumo excesivo de alcohol y tabaco, sedentarismo, dieta desequilibrada, sobrepeso, obesidad o hipertensión, es decir, enfermedades crónicas no

transmisibles que pueden ser prevenidas o disminuidas al mantener un estilo de vida saludable, de ahí, parte la importancia de conocer cuáles son estos estilos.

Los hábitos de vida saludables no se pueden estandarizar, no hay un único tipo o formato de “estilo de vida”²⁸, y esto porque cada persona es peculiar, con rasgos, características y antecedentes únicos. El objetivo de estos hábitos es lograr una calidad de vida aceptable, con una longevidad satisfactoria y libre de riesgos evitables. El estilo de vida es el resultado de la relación entre las condiciones de vida y los patrones individuales de conducta²⁸, no se puede desligar uno del otro, deben interactuar.

2.1.4 Características del adulto mayor

Se ha visto mediante el desarrollo de los temas anteriores que, en la actualidad, el aumento de la esperanza de vida ha provocado un incremento de la población por sobre los 60 años, alcanzando mayor longevidad, además, se da una serie de modificaciones biofisiológicas en el funcionamiento del organismo que generan consecuencias por sí misma. Consecuencias como una disminución importante de la masa muscular (sarcopenia), lo que conlleva una pérdida de la fuerza, que influye directamente en la capacidad de la auto valencia esto relacionado con un estado mayor sedentarismo e inactividad³¹.

En cuanto a este tema, Rodríguez et al.³² mencionan lo siguiente:

El envejecimiento humano es un fenómeno universal e inevitable y está relacionado con el estado de salud por la transición epidemiológica de las enfermedades, con aumento de las crónicas no trasmisibles. Al menos una de estas enfermedades aparece

en aproximadamente el 70% de los ancianos y tres o más de ellas en el 35%, contrario a lo que ocurre en los más jóvenes en los que predominan las enfermedades agudas ³².

Esto refleja que sin importar si la persona desea, espera, piensa o tiene antecedentes familiares de alguna de las enfermedades crónicas no transmisibles es muy probable que alguna de ellas vaya a aparecer.

Existe una estrecha relación entre la capacidad funcional de estos individuos y el conjunto de condiciones que les permiten cuidar de sí mismos y participar de la vida familiar y social, es decir, que esto no depende solamente del adulto mayor, sino de su entorno y apoyo externo. Por ejemplo, de la farmacología, educación física, deporte y recreación. Por el contrario, este proceso se ve afectado por factores como: marginación social, la pobreza, el nivel educativo, sexo, etnicidad y ruralidad, los cuales son factores que están íntimamente relacionados a la persona ³¹.

Las políticas internacionales van orientadas a un cambio en el concepto de la vejez, considerando a esta como una etapa de vida activa, en la que se puede lograr que la persona alcance el máximo nivel de autonomía individual y la posibilidad de la autorrealización, de hecho, esto también se afirma en la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento del año 2002, celebrada en Madrid ³³.

Según Rodríguez et al. ³², “el bienestar en los ancianos depende de las condiciones de vida que les ofrezca el medio donde se desenvuelven, exigen la satisfacción de sus crecientes necesidades psicológicas, socioeconómicas, biológicas y funcionales” ³². Esto indica que la comunidad, la sociedad, familia e individuos en general, deben realizar esfuerzos colectivos,

con el fin de asegurar la calidad de vida de sus adultos mayores, esto genera menores costos y mayor rapidez en atención de salud, mayor control de salud y mayor satisfacción personal.

Las relaciones psicosociales influyen directamente en la salud de las personas y aún más en las personas mayores, ya que debido a su susceptibilidad y facilidad para estar aislados y solos dentro de un ambiente es mayor, por lo que la familia es visualizada como el centro de la interacción entre el anciano o adulto mayor y la sociedad. Es dentro de este ambiente donde su seguridad es fortalecida y sus emociones pueden ser expresadas y entendidas fácilmente. Además, un dato interesante es que cuanto más y mejor sea la convivencia familiar, mejor será el proceso de adaptación al envejecimiento ³⁴.

2.1.5 Complicaciones del envejecimiento

Las complicaciones del envejecimiento son agrupadas por múltiples autores dentro de un término denominado “síndromes geriátricos”. Estos son de gran importancia en la vida de una persona de la tercera edad, de hecho, algunos lo consideran un reto en la asistencia geriátrica. Se dice que con el envejecimiento se producen cambios fisiológicos en todo el organismo, lo que genera una disminución en la capacidad funcional de la persona de la tercera edad.

Gonzales López et al. ³ definen síndrome como “el complejo de signos y síntomas provocados por una causa común o que aparecen en combinación para presentar el cuadro clínico de una enfermedad o anomalía” ³. Dado esto, se entiende como síndromes geriátricos a los signos y síntomas generados por el envejecimiento y que son altamente patogénicos.

Según la OMS ^{¿número?}, la salud de la persona de la tercera edad debe ser medida en términos de función. Los síntomas observados en la cotidianeidad que más se relacionan a este síndrome son: inmovilidad, caídas, incontinencias, demencias, desnutrición, alteraciones en la vista y oído. Sin embargo, Gonzales López et al. ³ mencionan los siguientes síndromes:

Incontinencia urinaria: definida como la pérdida involuntaria de orina ocurrida en al menos seis ocasiones durante el año ³.

Depresión: se define como la emoción o sentimiento sicopatológico de tristeza con cambios en los ritmos biológicos y alteraciones neuroendocrinas ³.

Polifarmacia: es decir, la ingesta de más de cinco medicamentos al día; siendo considerada como uno de los grandes síndromes geriátricos ³.

Trastornos del sueño: se estima que 80 % de estas personas tienen dificultad para conciliar el sueño, despertar temprano, fragmentación del sueño y ronquido, lo que condiciona somnolencia diurna, desorientación, delirium, deterioro cognitivo, incremento en el riesgo de caídas y lesiones, deterioro en la calidad de vida, incremento del uso de recursos y de los costos de atención y sobrecarga al cuidador ³.

Estado nutricional: se ve alterado por el envejecimiento ya que se producen cambios corporales, aparecen alteraciones metabólicas y alimentarias, además de la coexistencia de enfermedades crónicas y agudas ³.

Caídas: definidas como una precipitación al suelo, repentina, involuntariamente, insospechadas con o sin lesión secundaria, confirmada por el paciente o un testigo ³.

La Fundación para la Salud durante el envejecimiento ³⁵ le agrega otros síntomas al publicar un tratado informativo sobre los síndromes geriátricos; por ejemplo: el delirio (que es un estado de confusión precipitada), la demencia (un problema de memoria muy significativo), la osteoporosis (adelgazamiento de los huesos) y la pérdida de peso, estudios han relacionado este hecho con la disminución en la sensación para distinguir y apreciar sabores; no obstante, esto contribuye a otros problemas como debilidad.

En adhesión a esto, la OMS ¹⁷ le agrega un síndrome más y este es una alteración cutánea, las úlceras por presión, actualmente conocidas como lesiones cutáneas relacionadas a la dependencia.

2.1.6 Rol del profesional de enfermería en la promoción de la salud

El cuidado es entendido por algunas personas como el arte de ayudar a otros a aumentar y lograr autonomía en el máximo nivel posible. La enfermería, como líder en el cuidado integral de la salud, no se aísla de esto. Su objetivo como ciencia y arte es crear una base donde el profesional pueda cubrir, tanto como le sea posible, las necesidades de cada usuario y su entorno.

La promoción de la salud es concebida, de manera muy sencilla, como el proceso que les permite a las personas obtener un mayor control en su salud. Por ende, el rol del profesional de enfermería en la promoción de la salud sería el de promover estilos de vida y prácticas alimenticias saludables, acciones y comportamientos seguros, entre otros, logrando así que la población logre un mejor y mayor control sobre su salud.

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, reunida en Alma-Ata, remarca la necesidad de que todos los gobiernos, el personal de salud y de desarrollo y de la comunidad mundial realicen acciones para proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo; en ella se hacen diez declaraciones que buscan alcanzar este objetivo ³⁶.

Otra definición de Promoción de la Salud, según Firmino Bezerra ³⁷, es: “propuesta de "empoderamiento" de las personas, familias y comunidades, que permita su plena y efectiva participación en la discusión y elaboración de las políticas públicas, las cuales colaboran a la mejora de la calidad de vida”. Esta definición va ligada a la que se menciona en la Carta de Ottawa.

El Colegio de Enfermeras de Costa Rica ²⁴ menciona en un reglamento las funciones y especificaciones del quehacer de una enfermera o enfermero en el primer nivel de atención. Se expresa que el profesional de enfermería está capacitado para gestionar cuidados de enfermería de forma integral e integrada, con énfasis en la promoción de la salud y detección temprana de enfermedades.

Al profesional se le asigna un puesto social como agente de cambio en el mantenimiento de la salud integral de las personas, capaz de identificar conductas no saludables, cambios en el proceso de enfermedad, observar y vigilar que las intervenciones tengan un verdadero impacto en la salud de las personas.

El quehacer de la enfermería se divide en las 4 áreas: el administrativo, la docencia, la investigación y el cuidado directo; para efectos de la presente investigación el área a evaluar y estudiar es la docencia. En el área administrativa se encarga de liderar, organizar, coordinar, al personal que tenga a cargo con el fin de diseñar estrategias para ejecutar su función. En un

trabajo interdisciplinario para crear los planes operativos. Aplica el proceso de atención de enfermería, coordina con las personas, familias y comunidades. Promueve y participa en programas y proyectos de promoción de la salud, captación temprana.

Las acciones dentro de la atención directa y en relación con la promoción de la salud el profesional se encarga de: promover el seguimiento de los usuarios a través de las redes de atención; ofrece los servicios de enfermería según las necesidades de la población; promueve la garantía de calidad a la familia y grupos vulnerables; ejecuta el proceso de atención de enfermería; promueve el abordaje de las desigualdades sociales en salud, de la atención sanitaria y de enfermería; contribuye en la participación comunitaria en salud.

En el área de educación, que es el área más relevante para la investigación, se encarga de: promover modelos educativos participativos basados en el aprendizaje (educación para la salud y continua); realizar diagnóstico educativo; elaborar, ejecutar y evaluar materiales educativos, manuales de procedimientos, guías dirigidos a promocionar la salud. La valoración de la educación recibida por enfermería es vital para conocer la intervención que enfermería realiza en la población.

Finalmente, en el área de investigación: diseña proyectos de investigación relacionados con la enfermería familiar y comunitaria; contribuye con el análisis de situación de salud; aplica modelos teóricos y de cuidado de enfermería. En conclusión, el quehacer de enfermería es multifacético, orientado a mejorar la calidad de atención y de vida de la población a tratar.

2.1.8 Modelos y teorías

“Teoría de necesidades” de Virginia Henderson

Virginia Henderson nace en 1897 (en Kansas) y murió en marzo de 1996. Se gradúa como enfermera en la escuela del ejército en 1921, trabaja como docente durante el resto de su vida. Sin embargo, fue enfermera en el Henry Street Visiting Nursing Service. En el Teacher College de la universidad de Columbia, se licenció como profesora y, posteriormente, obtuvo su maestría. Trabajó como supervisora del profesorado en las clínicas del Strong Memorial Hospital ³⁸.

Esa teoría se fundamenta en la necesidad que el paciente alcance y mantenga su máximo nivel de independencia, esto según sus catorce necesidades expresadas. Sin embargo, Henderson busca definir y delimitar la función de la enfermera ³⁹. Relacionado con esta investigación, se busca valorar qué tan independiente es la población en estudio con el fin de determinar cuál ha sido el impacto de la intervención enfermera en la población por medio de la educación recibida.

La educación del profesional de enfermería en promoción de la salud está implícita en esta teoría y se ve la educación como factor principal y responsable de cumplir con este rol. El cuidado es la base del quehacer de enfermería, de esta manera, la promoción de hábitos saludables y adecuados estilos de vida son parte de la satisfacción de las necesidades básicas. Sin embargo, para que una persona pueda adoptar estos estilos, necesita total independencia en su vida diaria, además de una educación oportuna y correcta.

Este modelo propone tres partes para el logro de este objetivo: los postulados, los valores y los conceptos ³⁹.

El primer lugar es de los postulados. Estos sostienen el modelo, ya que se conoce la situación y perspectiva del usuario. Los principales conceptos son: necesidad fundamental (o vital), independencia, dependencia, problema de dependencia (situación externa desfavorable en la satisfacción de una necesidad fundamental), manifestación (para identificar la independencia o dependencia en la satisfacción de necesidades), fuente de dificultad (causa de la dependencia) que se divide en tres: fuerza (para realizar las acciones), conocimiento (sobre su situación y herramientas) y voluntad (compromiso para mantener las acciones) ³⁹.

Si alguna de las necesidades fundamentales se ven alteradas en la población, se puede identificar por medio de la manifestación, en este caso, las respuestas en el instrumento de recolección de datos, la independencia, dependencia o problema de dependencia que presenta la población; a la vez, se puede identificar la fuente de dificultad, es decir, si su problema se genera por falta de fuerza, conocimiento o voluntad para realizar las acciones.

Los valores son aquellas creencias que le permiten al enfermero o enfermera adoptar y ejecutar su rol adecuadamente. Ella menciona que si la enfermera no cumple su rol alguien menos preparado lo hará ³⁹. La función de la enfermera también es evaluada en esta investigación, su rol o intervención en la población de estudio será expuesta de forma directa e indirecta con el desarrollo del cuestionario, específicamente la educación brindada.

Los conceptos son identificados en varias partes: objetivos (conservar o recuperar la independencia), cliente (que tiene las 14 necesidades fundamentales), rol de la enfermera (rol de suplencia-ayuda), fuentes de dificultad (mencionadas hace tres párrafos), intervenciones

(dirigidas a satisfacer las necesidades del usuario), consecuencias deseadas (independencia de las 14 necesidades)³⁹.

Metaparadigmas

Henderson plantea algunos conceptos básicos que sustentan su modelo teórico, es decir, el núcleo o marco conceptual que da una perspectiva global de una teoría de enfermería:

Enfermería: “está dirigida a suplir los déficits de autonomía del sujeto para poder actuar de modo independiente en la satisfacción de las necesidades fundamentales”³⁸. Esta disciplina está encargada de velar porque los usuarios puedan lograr esta satisfacción, aún más en los adultos mayores que son tan susceptibles a tener carencia en las necesidades básicas o vitales. Como se ha mencionado antes, el instrumento de recolección de datos expone el rol de enfermería en la educación brindada en la comunidad relacionado con las personas de la tercera edad; la educación al ser una herramienta de enfermería será el mayor indicador.

Persona: constituido por componentes biológicos, psicológicos, sociales y espirituales, tratan de mantenerse en equilibrio. Es un ser indivisible, integral³⁸. Esto indica que no se puede separar a la persona de tercera edad en secciones, se tiene que ver y tratar como un todo; los factores, tienen que estar cubiertos y en un balance adecuado, si la persona se desestabiliza pierde una o más de estas cuatro áreas, por ende, su atención estaría mal, con un fallo.

La persona de la tercera edad sufre cambios biológicos, físicos, psicológicos, espirituales y sociales, por ende, el riesgo de que exista un desequilibrio en su salud es mayor. Este riesgo aumenta cuando existen condiciones como: marginación social, la pobreza, el nivel

educativo, sexo, etnicidad y ruralidad, por lo tanto, no solamente se debe conocer a la persona en sí, sino, también a los cambios sociales que se dan en esta durante dicha etapa.

Salud: una persona puede desarrollarse en el nivel más alto de satisfacción, si esta tiene sus necesidades bien satisfechas. Las 14 necesidades fundamentales son ³⁸:

1°- Respirar normalmente.

2°- Comer y beber adecuadamente.

3°- Eliminar los desechos corporales.

4°- Moverse y mantener posturas deseables.

5°- Descansar y dormir.

6°- Seleccionar vestimenta adecuada.

7°- Mantener la temperatura corporal en un intervalo normal ajustando la ropa y modificando el entorno.

8°- Mantener la higiene corporal.

9°- Evitar los peligros del entorno y evitar lesionar a otros.

10°- Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos y opiniones.

11°- Ejercer culto, acorde con la religión propia.

12°- Trabajar de forma que permita sentirse realizado.

13°- Participar en diversas formas de recreación y ocio.

14°- Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que lleva al desarrollo normal de la salud.

Según la teoría, hay cambios y complicaciones relacionadas con el envejecimiento; cambios que afectan las necesidades básicas. Por ejemplo, dentro de los síndromes geriátricos mencionados se encuentran: inmovilidad, caídas, incontinencias, demencias, desnutrición, alteraciones en la vista, oído y patrón de sueño, y depresión. Condiciones que afectan la satisfacción de las 14 necesidades expuestas por Henderson.

Para efectos de esta investigación se evalúan las siguientes necesidades: 1°, 2°, 4°, 5°, 8°, 10°, 12°, 13° y 14°.

Entorno: factores externos que tienen un efecto positivo o negativo en la persona ³⁸. Definitivamente, si el entorno no es favorable para el adulto mayor, su condición y calidad de vida serán deplorables, de este modo, tampoco se cumpliría con la satisfacción de las 14 necesidades que Henderson propone.

La teoría menciona que cuanto más y mejor sea la convivencia familiar, mejor será el proceso de adaptación al envejecimiento ³⁴, claramente su entorno familiar o social será influyente, con un efecto positivo o negativo en la persona.

Viéndolo como un todo, es necesario que el adulto mayor pueda satisfacerse con los metaparadigmas que se proponen en esta teoría, ya que son esenciales para alcanzar y mantener un estilo y calidad de vida óptimo. Metaparadigmas por evaluar durante la aplicación del cuestionario.

Afirmaciones teóricas

Henderson menciona que existen tres tipos de niveles en la relación entre el enfermero/a con el paciente ³⁸:

1. Nivel sustitución.
2. Nivel de ayuda.
3. Nivel de acompañamiento.

Es así como Henderson define enfermería como: asistir al individuo, sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte serena); actividades que realizaría por él mismo si tuviera la fuerza, conocimiento o voluntad necesaria, todo esto de manera que la ayude a ganar independencia de la forma más rápida posible.

Este último párrafo resume la importancia de la teorizante para el presente estudio, puesto que se busca entender la importancia de la participación en educación del profesional de enfermería en la promoción de hábitos saludables y el autocuidado en los adultos mayores.

Esta teoría abarca, de manera holística e integral, la atención que un adulto mayor requiere, ya que vela por muchas áreas que son deficientes en la mayoría de la población anciana. El entender esta teorizante orienta el presente estudio para poder investigar y evaluar todas las posibles carencias existentes en la población, según la teorizante de Virginia Henderson y que el profesional de enfermería, según su perfil, tiene la responsabilidad de otorgar estos cuidados y educación.

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

3.1 ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN

Esta investigación es de enfoque cuantitativo, ya que se basa en la recolección y análisis de datos estadísticos. Se relaciona la recolección de datos y la medición estandarizada, se miden características o conclusiones de estas y se transforman en valores numéricos para ser analizados con técnicas estadísticas.

Cadena Iñiguez et al. ⁴⁰ indican que “la investigación cuantitativa trata de determinar la fuerza de las asociaciones o correlación entre variables, la generalización y objetivización de los resultados a través de una muestra para ser inferencia en una población”. Hernández Sampieri et al. ⁴¹ también mencionan que “se intenta generalizar los resultados encontrados en un grupo o segmento (muestra) a una colectividad mayor (universo o población)”.

Esto se justifica debido a que el conocimiento adquirido por medio de la investigación debe fundamentarse en el análisis de hechos reales, de manera total, completa y objetiva. Esto contribuirá a formular nuevas tendencias, crear futuras hipótesis y a construir teorías, “la meta principal es la formulación y demostración de teorías” ⁴¹.

3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN

El tipo de investigación es descriptivo. Consiste en describir y detallar cómo son y se manifiestan los fenómenos, situaciones y contextos estudiados. Se busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos o cualquier otro fenómeno analizado. Solo se pretende medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren ⁴¹.

3.3 UNIDADES DE ANÁLISIS U OBJETOS DE ESTUDIO

Las unidades de estudio son cada persona de la tercera edad del barrio Los Sitios de Moravia.

Área de estudio: Los Sitios de Moravia, San José, Costa Rica; un barrio del distrito de La Trinidad, una zona rural pero muy poblada.

3.3.1 Población

Para el censo nacional del 2011, el cantón de Moravia tiene una población total de 56 919 personas, el distrito de La Trinidad 19 767, de las cuales un 5,5 % es población mayor a los 65 años, esto indica que aproximadamente 1087 personas son mayores a 65 años. No obstante, Los Sitios tiene una población, dentro de la tercera edad (mayor a 65 años), de 198 personas.

3.3.2 Muestra

La muestra es de tipo probabilístico, ya que las unidades de estudio tienen la misma probabilidad de ser escogidas. Se trabaja con el total de la población (198), y en el desarrollo del trabajo se eliminan las personas que no cumplen con los criterios de inclusión o que se resisten a participar en la investigación. Finalmente, se trabaja con un número de 104 personas.

3.3.3 Criterios de inclusión y exclusión

Tabla N° 1
Criterios de inclusión y exclusión
Los Sitios de Moravia, 2019

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Personas de la tercera edad (hombres y mujeres).	Personas de la tercera edad que presenten alguna limitación cognitiva y/o funcional que impida expresar su opinión en el cuestionario.
Personas que vivan en Los Sitios de Moravia permanentemente.	
Deseo voluntario de participar.	

Fuente: Elaboración propia, 2018.

3.4 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

La creación y aplicación de este instrumento (un cuestionario) tiene como fin la recolección de datos que ayuden a dar respuesta a los objetivos planteados, específicamente a valorar si el profesional de enfermería educa a la población en el manejo y control de su salud. Este tiene preguntas cerradas en su gran mayoría, en las cuales se dan categorías u opiniones de respuestas ya delimitadas. Se aplica el instrumento directamente a cada unidad de análisis.

3.4.1 Validez y confiabilidad del cuestionario

La validez y confiabilidad de esta investigación se realiza utilizando un cálculo con el Alfa de Cronbach, en el programa Stata (especializado en procesos estadísticos). Se seleccionan y se aíslan algunas preguntas binarias para medir la consistencia del cuestionario, con un resultado de Alfa de Cronbach del 73 % (ver anexo N° 7).

Según Welch y Comer, citados por Darren y Mallery ⁴², la medida de fiabilidad mediante el Alfa de Cronbach asume que los ítems miden un mismo constructo y que están altamente correlacionados.

En el cuestionario se encuentra alta confiabilidad (75 %) en el ítem 16.5 y de 74 % en los ítems 14.3 y 14.10. Por el contrario, se encuentra confiabilidad más baja (70 %) en los ítems 16.2, 16.3 y 16.4; esto debido a que las preguntas resultan largas, lo que interfiere en la claridad de lo preguntado. El resto de los ítems se mantiene en el estándar de 73 %.

3.5 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño de la investigación es no experimental transversal descriptivo. No experimental, ya que la investigación se realiza sin manipular deliberadamente las variables. Transeccional descriptivo, porque el objetivo es indagar la incidencia de las modalidades o niveles de una o más variables en una población. El procedimiento consiste en ubicar en una o diversas variables a un grupo de personas, situaciones, contextos o comunidades y proporcionar su descripción ⁴¹.

3.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Cuadro de operacionalización de las variables:

Objetivo específico	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores	Instrumento
Caracterizar sociodemográficamente a la población de la tercera edad parte de la investigación.	Características sociodemográficas de la persona de la tercera edad.	Son características que describen a la población en su área social y demográfica, como: la edad, sexo, religión, estado civil, escolaridad, residencia, situación familiar, situación socioeconómica, raza, etnia.	Para la presente investigación, las características sociodemográficas a estudiar son: edad, sexo, estado civil, escolaridad, situación familiar, situación económica.	Edad cronológica	Años cumplidos	Pregunta 1.
				Sexo	Características físicas sexuales	Pregunta 2.
				Estado civil	Condición legal	Pregunta 3.
				Escolaridad	Años de estudio	Pregunta 4.
				Situación familiar	Convivencia	Pregunta 5.
				Situación económica	Ingreso mensual	Pregunta 6.
					Cantidad de dinero recibido	Pregunta 7.

Describir las complicaciones asociadas con el envejecimiento presentes en la población estudiada.	Complicaciones propias del envejecimiento	Es el complejo de signos y síntomas provocados por una causa común o que aparecen	Las complicaciones por estudiar en la presente investigación	Complicaciones Físicas o funcionales	Caídas	Pregunta 8 Pregunta 9 Pregunta 10 Pregunta 11 Pregunta 12
		en combinación para presentar el cuadro clínico de una enfermedad o anomalía; entre las complicaciones más predominantes están:	son: caídas, deterioro en la calidad de vida, polifarmacia, depresión, demencia, desorientación, deterioro cognitivo, la pérdida de peso, incremento en el riesgo de lesiones cutáneas, alteraciones en el patrón del sueño,	Deterioro en la calidad de vida	Bienestar físico (salud, capacidad física)	Pregunta 14.1 Pregunta 14.2
		incontinencia urinaria, depresión, polifarmacia, trastornos del sueño, desorientación, delirium, deterioro cognitivo,			Bienestar social (dificultades económicas, trabajo, relaciones interpersonales)	Pregunta 14.3 Pregunta 14.4 Pregunta 14.5 Pregunta 14.6
		Bienestar emocional (aislamiento, aprendizaje, tiempo libre)	Pregunta 14.7 Pregunta 14.8 Pregunta 14.9 Pregunta 14.10			

		deterioro en la calidad de vida, alteración en el estado nutricional, caídas, la demencia, la osteoporosis, la pérdida de peso, incremento en el riesgo de lesiones por la alteración cutánea, como las úlceras por presión, actualmente conocidas como lesiones cutáneas. relacionadas a la dependencia	alteración en el estado nutricional		Presencia de varias enfermedades	Pregunta 17 Pregunta 18
				Polifarmacia	Cantidad de medicamentos ingeridos	Pregunta 19
					Efectos secundarios de la polifarmacia	Pregunta 20
				Complicaciones Emocionales	Depresión	Pregunta 22
					Demencia	Pregunta 22
					Desorientación	Pregunta 23 Pregunta 24
					Deterioro cognitivo	Pregunta 25
				Complicaciones Biológicas	La pérdida de peso	Pregunta 27.3 Pregunta 27.4
					Incremento en el riesgo de lesiones cutáneas	Pregunta 27.5

					Alteraciones en el patrón del sueño	Pregunta 27.6 Pregunta 27.7 Pregunta 29
					Alteración en el estado nutricional	Pregunta 27.1 Pregunta 27.2 Pregunta 28
Describir el rol del profesional de enfermería en la promoción de hábitos de salud y autocuidado dirigidos a la persona de la tercera edad	Rol del profesional de enfermería en la promoción de hábitos de salud y autocuidado	Es un conjunto de actividades realizadas por el profesional de enfermería en la promoción de hábitos de salud y autocuidado, con el deseo de aumentar el bienestar y lograr que el individuo mantenga la salud; por medio de actividades como: consulta de enfermería, técnicas de	Para la presente investigación las actividades realizadas por el profesional de enfermería por medio de la educación continua y directa en la promoción de hábitos de salud y autocuidado son: conocimientos básicos	Salud mental	Conocimientos básicos en salud mental	Pregunta 16.2 Pregunta 16.3 Pregunta 26.1
					Técnicas de afrontamiento al estrés y a la ansiedad	Pregunta 16.5 Pregunta 26.2
					Reconocimiento y abordaje del estrés y ansiedad	Pregunta 15
				Mantenimiento y control de la salud	Presencia de enfermedades crónicas	Pregunta 17
					Presencia de enfermedades transmisibles	Pregunta 17

		afrontamiento al estrés, ansiedad y al duelo, educación sobre: enfermedades crónicas, transmisibles y degenerativas, la curación de heridas y el uso adecuado del tratamiento, prevención de quemaduras, accidentes de tránsito y maltrato social y/o familiar, anticoncepción, alteraciones en la evacuación de desechos orgánicos (miccionar y defecar),	en salud mental, técnicas de afrontamiento al estrés y a la ansiedad, reconocimiento y abordaje del estrés y ansiedad, presencia de enfermedades crónicas, transmisibles y degenerativas, manejo de la salud y de las enfermedades, el uso adecuado del tratamiento, control de		Presencia de enfermedades degenerativas	Pregunta 17
					Manejo de la salud y de enfermedades crónicas, transmisibles, degenerativas	Pregunta 21.1 Pregunta 21.2 Pregunta 21.7 Pregunta 26.3 Pregunta 26.4 Pregunta 26.5
					El uso adecuado del tratamiento	Pregunta 21.8
					Control de signos vitales	Pregunta 21.5 Pregunta 21.6
					Vacunación	Pregunta 21.7
				Prevenición de caídas, maltrato social y/o familiar	Autocuidado con caídas	Pregunta 13
					Maltrato social y/o familiar	Pregunta 16.4
					Hábitos de higiene	Pregunta 16.1

		hábitos de higiene y alimentación, mecánica corporal, control de signos vitales, ejercicio y actividad física, promoción de ambientes saludables, comunicación asertiva, vacunación, salud sexual y patrones de sueño.	signos vitales vacunación, prevención de caídas, maltrato social y/o familiar, hábitos de higiene, hábitos de alimentación, ejercicio y actividad física, comunicación asertiva, salud sexual, patrones de sueño, mecánica corporal, conocimiento en autoseguridad y ergonomía.	Satisfacción de necesidades básicas	Hábitos de alimentación	Pregunta 15.1 Pregunta 30.2 Pregunta 30.3 Pregunta 30.4
					Ejercicio y actividad física	Pregunta 21.3
					Comunicación asertiva	Pregunta 16.4
					Salud sexual	Pregunta 21.4
					Patrones de sueño	Pregunta 30.5
				Mecánica corporal	Conocimiento en autoseguridad y ergonomía	Pregunta 13.4 Pregunta 13.5

3.7 PLAN PILOTO

El plan piloto se realiza en Río Cañas Viejo, una zona rural de la provincia de Guanacaste. Se realiza con veinte personas, hombres y mujeres, que cumplen con los requisitos de inclusión y exclusión de esta investigación. Es decir, personas de 65 años en adelante, con deseo voluntario de participar y sin alguna limitación cognitiva y/o funcional que impida expresar su opinión en el cuestionario.

Después de la aplicación del plan piloto (resultados expuestos en el anexo 10), se realizan las siguientes modificaciones a las siguientes preguntas:

Pregunta 1: se modifican los rangos de edad, ya que ellos no cumplen con la edad establecida.

Pregunta 6: se elimina y solo se pregunta si la persona recibe algún ingreso mensualmente, pues lo necesario es conocer si recibe dinero para poder mantener su calidad de vida.

Pregunta 7: se cambia la forma en la que se pregunta, pero no su contenido.

Pregunta 13.5 y 13.6: se unifican porque su contenido está íntimamente relacionado.

Pregunta 14: se elimina, debido a que con los indicadores de la tabla siguiente se conocerá si la persona presenta o no un deterioro en la calidad de vida.

Pregunta 15 (actualmente la 14): se unifica la 15.5 y la 15.6, porque su contenido está íntimamente relacionado.

Pregunta 16 (actualmente la 15): se corrige error ortográfico y signos de interrogación.

Pregunta 17 (actualmente la 16): se elimina 17.2, ya que no es una tarea del quehacer de enfermería; la 17.3 y 17.9, la 17.4 y 17.5, la 17.6 y 17.7, la 17.10 y 17.11 se unifican, respectivamente, ya que su contenido se relaciona. La 17.8 se elimina porque no aplica para el estudio.

Pregunta 18 (actualmente la 17): se agrega la opción “otra” ya que algunas personas referían otras enfermedades crónicas no incluidas en el estudio.

Pregunta 22 (actualmente la 21): se unifican la 22.1 y 22.2, la 22.3 y 22.5, la 22.9 y 22.10, y la 22.11 y 22.12, respectivamente, debido a la similitud de su contenido.

Pregunta 27 (actualmente la 26): se unifican la 27.5 y 27.6 debido a la similitud de su contenido.

Pregunta 28 (actualmente la 27): se unifican la 28.4 y 28.5 debido a la similitud de su contenido.

Pregunta 31, 32, 33.5 y 33.7: se eliminan debido a que las quemaduras no son una complicación por evaluar o estudiar.

Pregunta 34: se elimina, porque la población no tiene clara la diferencia entre un profesional de enfermería y un auxiliar de enfermería.

Pregunta 36 (actualmente la 32): se modifica, pues las respuestas eran ambiguas y confusas.

CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

4.1 GENERALIDADES

A continuación, se detalla la presentación de los resultados obtenidos por medio del instrumento, según los aspectos demográficos de la comunidad, los síndromes geriátricos estudiados y la educación impartida por el profesional de enfermería:

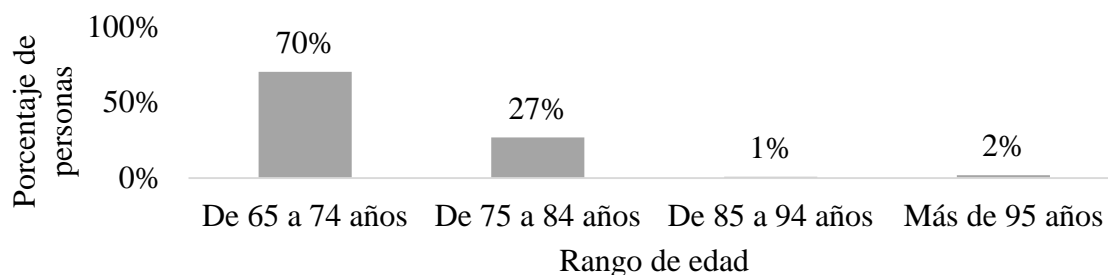


Figura N° 1. Distribución porcentual del total de la población encuestada según edad, Los Sitios de Moravia, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.

El 70 % (73 personas) de la población que participa en la investigación se encuentra en el rango de edad de 65 a 74 años.

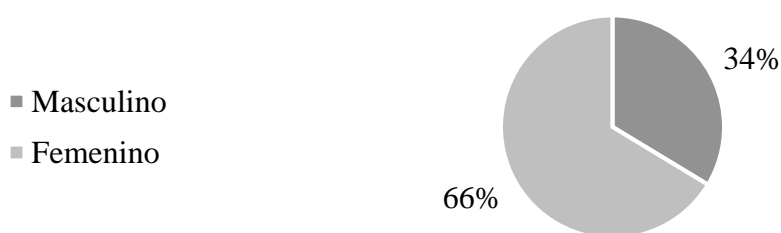


Figura N° 2. Distribución porcentual del total de la población encuestada según sexo, Los Sitios de Moravia, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.

El 66 % (69 personas) corresponde al sexo femenino.

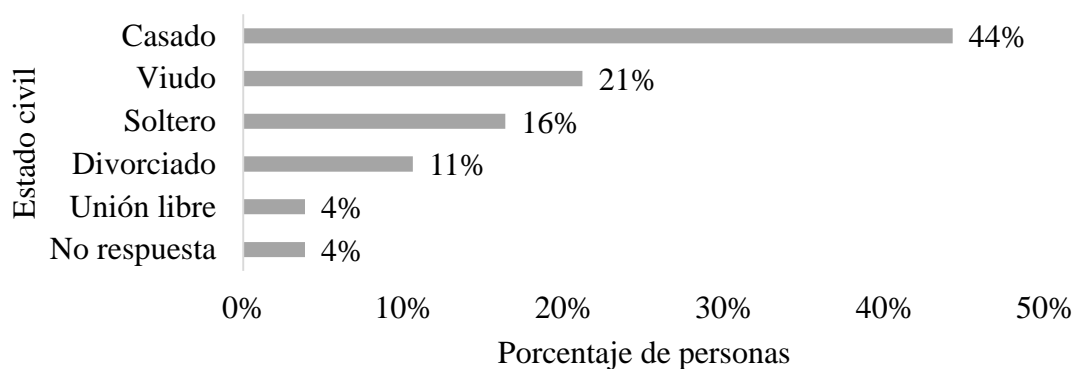


Figura N° 3. Distribución porcentual del total de la población encuestada según estado civil, Los Sitios de Moravia, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.

Un 44 % (46 personas) de la población está casada y un 21 % (22 personas) es viuda.

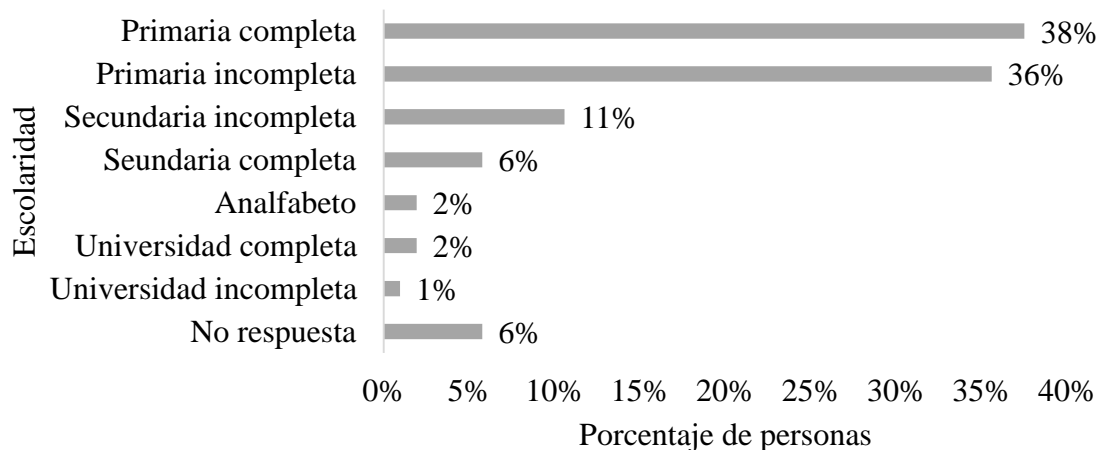


Figura N° 4. Distribución porcentual del total de la población encuestada según escolaridad, Los Sitios de Moravia, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.

El 74 % de la población tiene primaria completa o incompleta, 6 % de la población (6 personas) alcanza la secundaria completa y un 2 % (2 personas) presenta analfabetismo.

Tabla N° 2
Distribución porcentual del total de la población encuestada según convivencia, Los Sitios de Moravia, 2019

Convivencia	Valor absoluto	%
Padres	1	1
Hermanos	7	7
Solo	13	13
Hijos	43	41
Cónyuge	46	44
No respuesta	4	4
Otros	12	12

Fuente: Elaboración propia, 2019.

Un 13 % (13 personas) de la población vive sola, 11 son mujeres y 2 hombres.

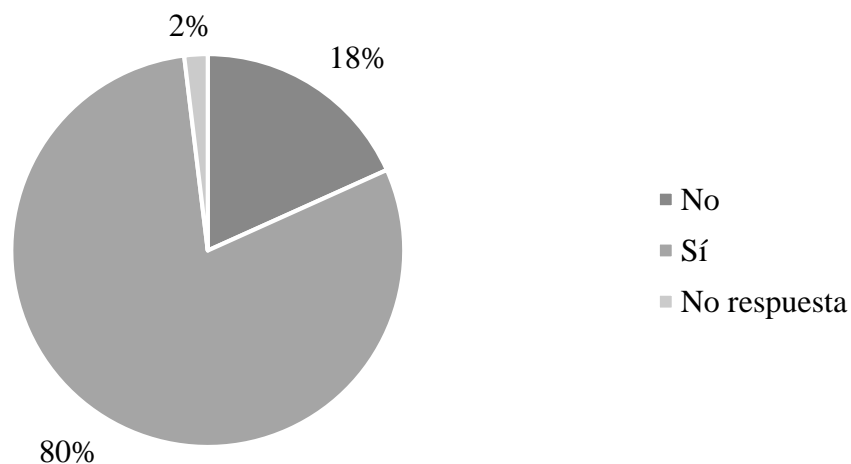


Figura N° 5. Distribución porcentual del total de la población encuestada según si recibe ingreso económico mensual o no, Los Sitios de Moravia, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.

Un 80 % recibe ingreso económico mensualmente (83 personas).

Tabla N° 3

Distribución porcentual del total de la población encuestada que recibe ingreso económico mensual según la cantidad de ingreso económico recibido, Los Sitios de Moravia, 2019.

(aproximado y en colones)

Ingreso económico	Valor absoluto	%
< 99 mil	19	23 %
Entre 100 y 199 mil	54	65 %
Entre 200 y 299 mil	7	8 %
Entre 300 y 399 mil	1	1 %
No respuesta	2	2 %
TOTAL	83	100 %

Fuente: Elaboración propia, 2019.

El 65 % de la población recibe entre 100 y 199 mil colones mensuales y un 23 % menos de 99 mil colones.

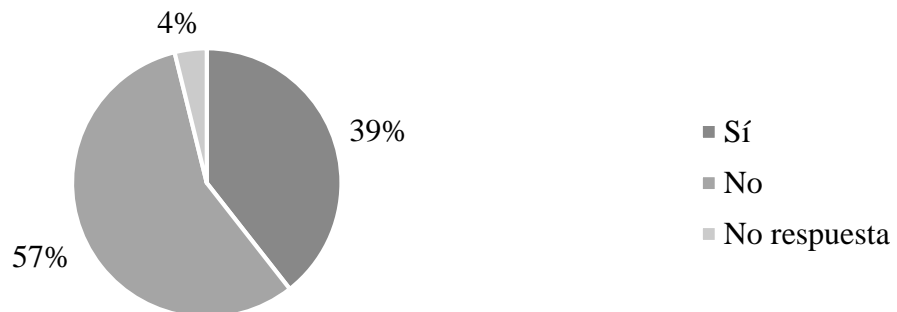


Figura N° 6. Distribución porcentual del total de la población encuestada según si presentó caídas en el último año o no, Los Sitios de Moravia, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.

El 39 % (41 personas) presenta caídas en el último año, de las cuales 30 son mujeres y el resto hombres.

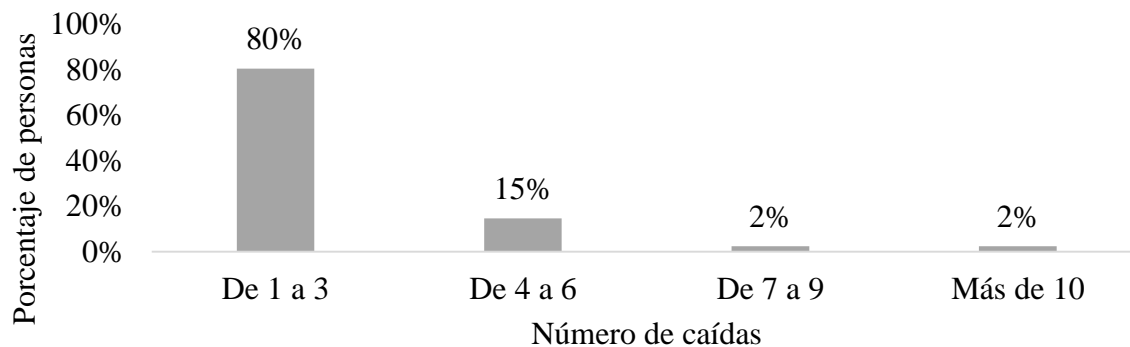


Figura N° 7. Distribución porcentual del total de la población encuestada que sufrió una caída en el último año según el número de caídas que tuvo, Los Sitios de Moravia, 2019.

Fuente: Elaboración propia, 2019.

Un total de 33 personas (80 %), de 41 que se han caído, lo han hecho de 1 a 3 veces en el último año, de las cuales 24 son mujeres.

Tabla N° 4

Distribución porcentual del total de la población encuestada que presentó caídas según la causa de las caídas, Los Sitios de Moravia, 2019

Causas	Valor absoluto	%
Ingestión de bebidas alcohólicas o drogas.	2	5
No uso de ayudas técnicas indicadas.	3	7
Alteraciones de la visión.	7	17
Pérdida de fuerza muscular.	16	39
Alteraciones del equilibrio o problemas al caminar.	25	61
Obstáculos; pisos con desniveles, resbaladizos o gradas; mucha o poca iluminación; calzado o ropa inadecuada.	31	76
Ninguna de las anteriores	1	2

Fuente: Elaboración propia, 2019.

El 61 % presenta caídas por alteraciones del equilibrio o problemas al caminar.

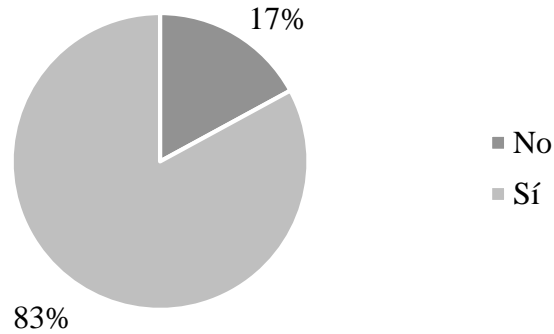


Figura N° 8. Distribución porcentual del total de la población encuestada según la presencia de consecuencias por las caídas, Los Sitios de Moravia, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.

De las 41 personas que presenta caídas en el último año, 34 (83 %) de ellas tiene consecuencias o secuelas por dichas caídas.

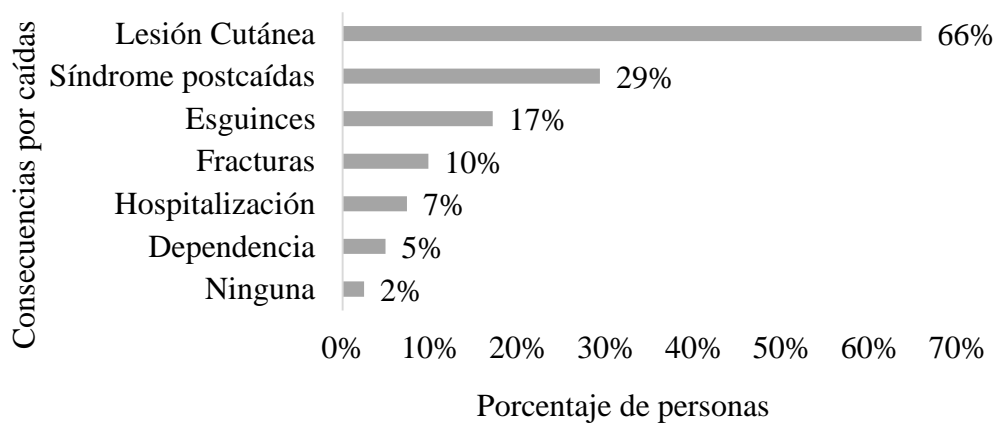


Figura N° 9. Distribución porcentual del total de la población encuestada que tuvo consecuencias por las caídas según las consecuencias postcaídas, Los Sitios de Moravia, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.

El 10 % (4 personas) de la población tiene fracturas en áreas importantes del cuerpo, como brazos y cadera, mientras que 2 personas (5 %) tienen que depender de alguien.

Tabla N° 5

Distribución porcentual del total de la población encuestada que sufre caídas según la educación recibida por enfermería en prevención de caídas, Los Sitios de Moravia, 2019

EDUCACIÓN	Sí f	fr (%)	No f	fr (%)	N/R f	fr (%)	TOTAL
a. Valorar su capacidad y/o dolor relacionado con el movimiento	11	27	28	68	2	5	41
b. Alternativas u opciones para mantener posturas deseables si se presenta alguna limitación física, de modo que le permita hacerlo con facilidad	15	37	24	59	2	5	41
c. Utilizar zapatos con suela antideslizante, barandas, bastón, materiales adhesivos antideslizantes para evitar las posibles caídas relacionadas a inestabilidad física	20	49	20	49	1	2	41
d. Utilización de sillas, asientos, muebles y otros utensilios ergonómicos para evitar caídas, dolores de espalda y dolor en las articulaciones	18	44	22	54	1	2	41
e. Utilización de la mecánica corporal en su diario vivir (La forma correcta de agacharse, levantar o mover objetos, sentarse y/o desplazarse)	23	56	17	17	1	2	41

Fuente: Elaboración propia, 2019.

La mayoría de la población contestó “no” en todos los aspectos, se denota una falta de educación recibida por los usuarios en prevención de caídas.

Tabla N° 6

Distribución porcentual del total de la población encuestada según la presencia de indicadores de deterioro en la calidad de vida, Los Sitios de Moravia, 2019

INDICADORES	Sí f	fr (%)	No f	fr (%)	N/R f	fr (%)	TOTAL
a. Ha tenido limitaciones para realizar las actividades básicas diaria	18	17	86	83			104
b. Ha tenido limitaciones para realizar las actividades instrumentales diarias	25	24	79	76			104
c. Ha tenido problemas económicos para mantener su vida a como estaba acostumbrado(a)	62	60	41	39	1	1	104
d. Si trabaja, ¿considera haber tenido mayores dificultades o alteraciones para poder hacerlo?	19	18	28	27	57	55	104
e. Ha tenido más conflictos con otras personas	13	13	81	78	10	10	104
f. Ha sido agredido(a) física, verbal o emocionalmente por su familia, amigos o grupo social	15	14	85	82	4	4	104
g. Ha experimentado mayor soledad o percibido un aislamiento de su familia, amigos o grupo social	34	33	68	65	2	2	104
h. Ha tenido problemas para recibir educación o aprender en lo que usted ha deseado	11	11	85	82	8	8	104
i. Su tiempo libre ha disminuido (afectando su tiempo de ocio o recreación)	12	12	85	82	7	7	104
j. Su tiempo libre ha aumentado (promoviendo su desocupación y tiempo de ocio)	73	70	25	24	6	6	104

Fuente: Elaboración propia, 2019.

Un 17 % de la población tiene limitaciones para poder realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), mientras que un 24 % las ha tenido en las actividades instrumentales (AIVD). Se destaca que un 55 % de la población no trabaja ni se ocupa en alguna tarea diaria, por ende, se relaciona este aspecto con que el 70 % de la población tenga más tiempo libre que antes.

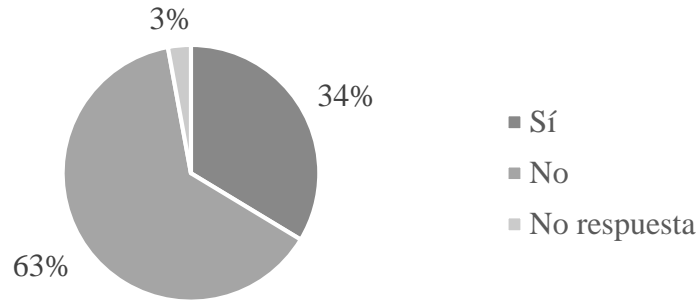


Figura N° 10. Distribución porcentual del total de la población encuestada según si se presentó estrés o ansiedad a partir del momento que inició la tercera edad, Los Sitios de Moravia, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.

Un 34 % de la población (35 personas) presenta estrés o ansiedad a partir del momento que inició la tercera edad, 27 mujeres y 8 hombres.

Tabla N° 7

Distribución porcentual del total de la población encuestada según la educación recibida por enfermería sobre prevención del deterioro en la calidad de vida, Los Sitios de Moravia, 2019

EDUCACIÓN	Sí	fr	No	fr	N/R	fr	TOTAL
	f	(%)	f	(%)	f	(%)	
a.Mantener la higiene corporal, realizar baño diario, lavar y secar bien cada parte del cuerpo, utilizar desodorante, realizar lavado bucal después de cada comida, utilizar hilo dental	32	31	66	63	6	6	104
b.Sobre la importancia de tener un trabajo u ocupación que le permita sentirse realizado; repercusiones físicas y emocionales de participar en diversas formas de recreación y ocio	41	39	55	53	8	8	104
c.Importancia de desarrollar o mantener un núcleo familiar, y no permitir que la falta de apoyo familiar, problema físico o situación económica	50	48	48	46	6	6	104

le generen desmotivación personal para mantener su salud								
d. Resolver los conflictos con otras personas bajo un diálogo respetuoso; no permitir ningún tipo de agresión física o emocional; uso de asertividad (defender sus derechos respetando a los demás) en sus conversaciones diarias	52	50	45	43	7	7	104	
e. Importancia de detectar las situaciones que le generan estrés/ansiedad; realizar actividades como: hablar con alguien, salir o pasear, acudir al centro de salud y eliminar el factor detonante para disminuir y/o manejar el estrés/ansiedad	44	42	50	48	10	10	104	

Fuente: Elaboración propia, 2019.

Los incisos “a, b y e” presentan un mayor porcentaje en la casilla “no”, es decir, no reciben educación en aspectos básicos como la higiene corporal, mantener una ocupación y el manejo del estrés o ansiedad. Del 17 % que tiene limitaciones para manejar las ABVD, 7 reciben la educación correspondiente, 8 no y 3 no responden.

De los que perciben mayor soledad o aislamiento de su familia, 17 sí reciben la educación necesaria, 15 no la reciben y 2 no responden. De los que son agredidos por alguien 9 reciben la educación necesaria, 4 no y 2 no responden.

De los que dicen que no reciben educación sobre el manejo del estrés, 29 son mujeres y 21 hombres, para un total de 50 personas. De ellos, 32 personas han tenido estrés o ansiedad, pero solo 16 personas, además de haber sufrido de estrés o ansiedad, reciben información sobre cómo manejar el estrés.

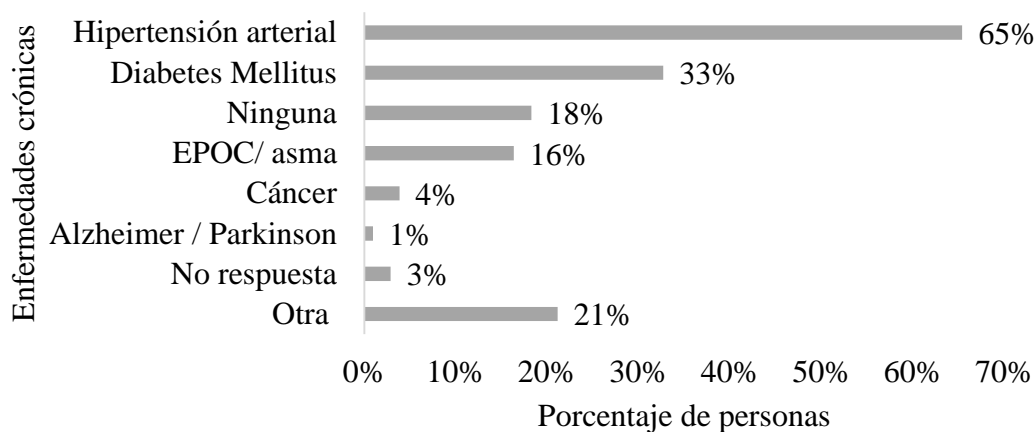


Figura N° 11. Distribución porcentual del total de la población encuestada según las enfermedades crónicas que padece, Los Sitios de Moravia, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.

El 65 % de la población (68 personas) padece de hipertensión arterial.

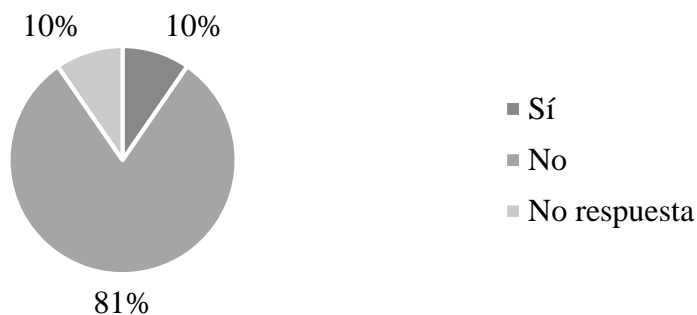


Figura N° 12. Distribución porcentual del total de la población encuestada según la adquisición de más enfermedades crónicas durante la tercera edad, Los Sitios de Moravia, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.

El 10 % (10 personas) adquiere enfermedades crónicas después de los 65 años.

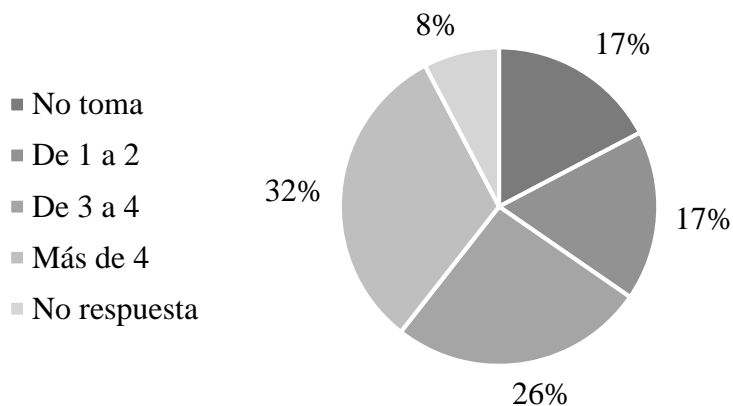


Figura N° 13. Distribución porcentual del total de la población encuestada según la cantidad de fármacos que toma al día, Los Sitios de Moravia, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.

El 32 % (33 personas) de la población toma más de 4 medicamentos por día.

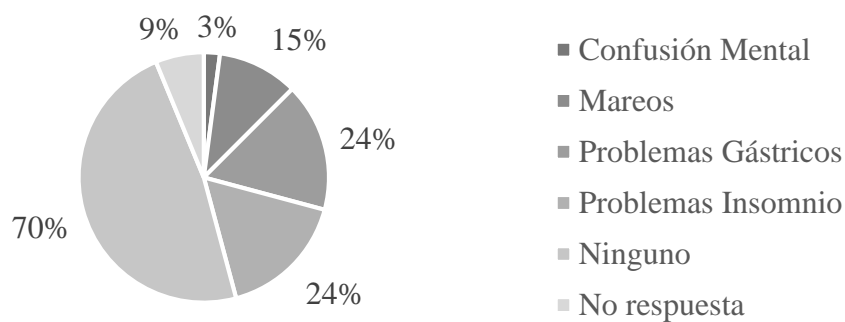


Figura N° 14. Distribución porcentual del total de la población encuestada que toma más de 4 fármacos al día según la presencia de malestares por tomar más de 4 fármacos al día, Los Sitios de Moravia, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.

El 70 % (23 personas) no presenta alguna de las consecuencias mencionadas en el instrumento relacionadas con la ingesta de más de 4 medicamentos.

Tabla N° 8

Distribución porcentual del total de la población encuestada según la educación recibida por enfermería para el manejo de enfermedades crónicas y la polifarmacia, Los Sitios de Moravia, 2019

Educación para el manejo de enfermedades crónicas y la polifarmacia	Sí	f	No	f	N/R	f	TOTAL
	f	(%)	f	(%)	f	(%)	
a. Valorar alguna anormalidad en su forma de respirar; mantenerse recto y con la cabeza mirando hacia arriba durante alguna alteración respiratoria	14	13	50	48	40	38	104
b. Eliminar el fumado; evitar respirar el humo de cocinas o fogatas	27	26	38	37	39	38	104
c. Realizar actividad física durante 30 minutos al día como mínimo	46	44	34	33	24	23	104
d. Prácticas sexuales seguras	23	22	40	38	41	39	104
e. Si es diabético, a mantener un control de su glicemia en ayunas	38	37	32	31	34	33	104
f. Tomarse la presión, con un periodo de descanso previo a la toma de al menos 5 minutos, sin haber fumado o consumido alcohol/café, sin haber pasado por emociones excitantes	61	59	30	29	13	13	104
g. Realizarse un chequeo general de salud cada año y mantener su carné de vacunas al día	64	62	28	27	12	12	104
h. Si toma algún tratamiento farmacológico: sobre la importancia de tomar su tratamiento en un momento específico y con regularidad, según dosis e intervalos indicados; no añadir ni mezclar medicamentos para el control de su enfermedad	62	60	28	27	14	13	104

Fuente: Elaboración propia, 2019.

De las 17 personas que padecen de EPOC o asma, solamente a 6 personas se les educa sobre cómo valorar alguna anormalidad en su patrón respiratorio, por el contrario, a 11 de esas 17 personas sí se les educa que es necesario eliminar el fumado y evitar respirar humo. La mayoría de la población (46 personas) recibe educación sobre la importancia de mantener una actividad física mayor a 30 minutos por día; por el contrario, a la minoría de la población (23 personas) se le educa sobre las prácticas sexuales seguras.

De las 34 personas que padecen diabetes, a 25 se les educa de forma correcta. De las 68 personas que padecen de hipertensión, a 53 se les educa correctamente. 75 % de la población toma medicamentos, es decir 78 personas, de ellas, 59 reciben educación de cómo tomar su tratamiento.

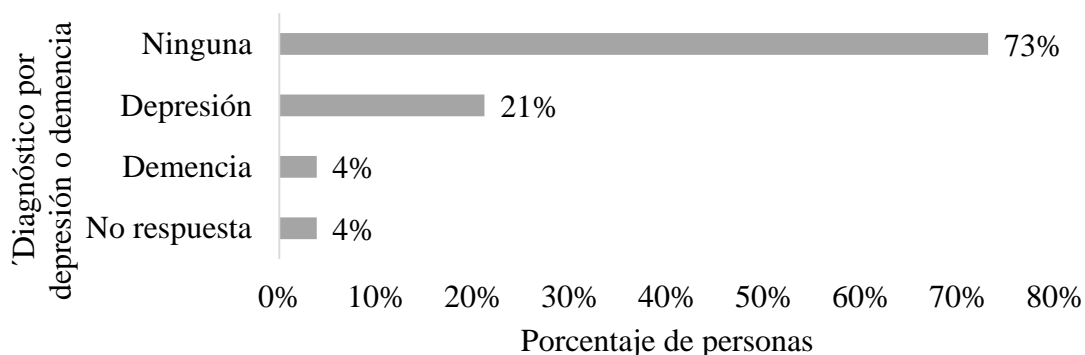


Figura N° 15. Distribución porcentual del total de la población encuestada según diagnóstico de depresión y/o demencia, Los Sitios de Moravia, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.

El 73 % (76 personas) de la población no padece ninguna de estas alteraciones mentales.

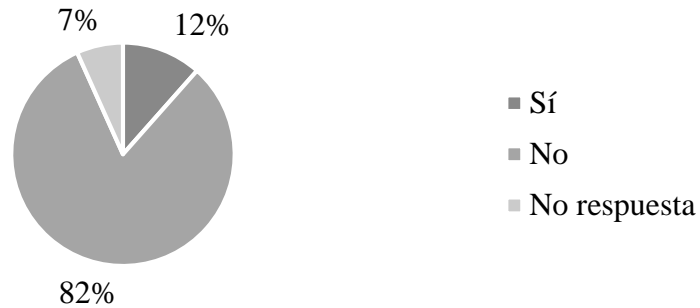


Figura N° 16. Distribución porcentual del total de la población encuestada según la presencia de periodos de desorientación en el último año, Los Sitios de Moravia, 2019.

Fuente: Elaboración propia, 2019.

El 82 % de la población (85 personas) no presentó periodos de desorientación.

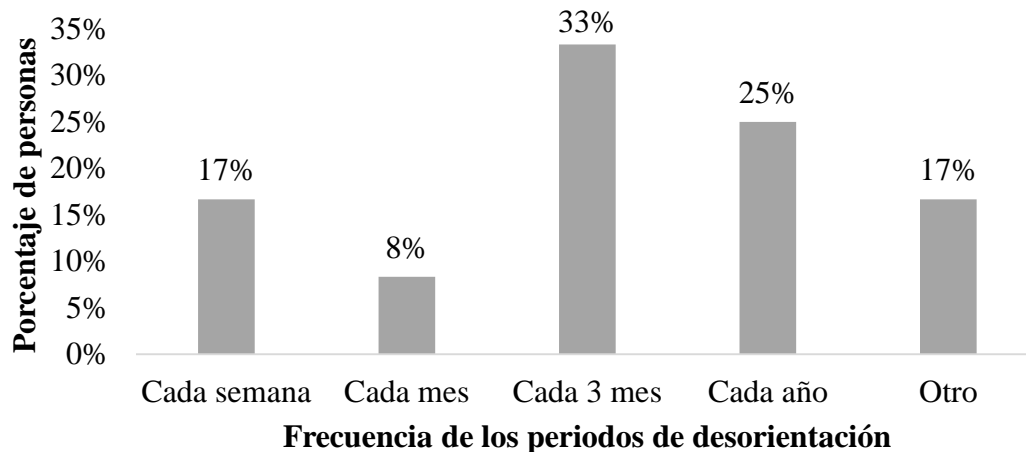


Figura N° 17. Distribución porcentual del total de la población encuestada que tuvo presencia de periodos de desorientación según la frecuencia de los periodos de desorientación, Los Sitios de Moravia, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.

El 17 % de la población (2 personas) que tiene periodos de desorientación en el último año presenta periodos de desorientación cada semana.

Tabla N° 9

Distribución porcentual del total de la población encuestada según la presencia de indicadores de deterioro cognitivo, Los Sitios de Moravia, 2019

Indicadores de deterioro cognitivo	Sí	f	No	f	N/R	f	TOTAL
	f	(%)	f	(%)	f	(%)	
Pierde objetos comunes con mucha facilidad	23	22	66	63	15	14	104
Se olvida de asistir a citas o compromisos importantes	18	17	71	68	15	14	104
Tiene más dificultad que otras personas para encontrar palabras precisas en una conversación común	7	7	81	78	16	15	104

Fuente: Elaboración propia, 2019.

La mayoría de la población responde “no” a los indicadores de deterioro cognitivo, con porcentajes mayores al 60 %.

Tabla N° 10

Distribución porcentual del total de la población encuestada según la educación recibida por enfermería sobre complicaciones mentales, Los Sitios de Moravia, 2019

Educación recibida por enfermería sobre complicaciones mentales	Sí	f	No	f	N/R	f	TOTAL
	f	(%)	f	(%)	f	(%)	
a. Importancia de la salud mental	22	21	71	68	11	11	104
b. Dedicarse tiempo y aprender a conocer sus fortalezas y debilidades	26	25	65	63	13	13	104
c. Si ha tenido alguna de estas complicaciones mentales, se le ha educado sobre la importancia de comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos y opiniones sin ningún impedimento	17	16	67	64	20	19	104
d. Prestar atención a cualquier alteración en su capacidad mental	15	14	76	73	13	13	104

e. Realizar esquemas, horarios, rutinas o agenda con el fin de disminuir los periodos de desorientación; realizar juegos de mesa o ejercicios mentales para mantener su mente activa y ejercitada	11	11	81	78	12	12	104
---	----	----	----	----	----	----	-----

Fuente: Elaboración propia, 2019.

La mayoría de la población, un 68 %, no se educa en cuanto a la importancia de la salud mental. De las 22 personas que padecen depresión, 12 no reciben educación. De las 4 que padecen demencia, solo a 2 se les educa correctamente.

Tabla N° 11

Distribución porcentual del total de la población encuestada según la presencia de indicadores de complicaciones biológicas, Los Sitios de Moravia, 2019

Indicadores de complicaciones biológicas	Sí	f	No	f	N/R	f	TOTAL
	f	(%)	f	(%)	f	(%)	
a. ¿Ha cambiado su tipo de alimentación?	51	49	50	48	3	3	104
b. ¿Ha acortado sus tiempos de comida a partir de los 65 años?	57	55	43	41	4	4	104
c. ¿Sabe cuánto pesaba el año pasado y cuánto pesa actualmente?	63	61	38	37	3	3	104
d. ¿Ha perdido peso o cambiado de talla en el último año sin razón aparente?	14	13	84	81	6	6	104
e. En el último año, ¿ha notado su piel más sensible a lesiones o daños que antes no causaban mayor lesión?	72	69	28	27	4	4	104
f. ¿Logra conciliar el sueño naturalmente?	65	63	35	34	4	4	104
g. ¿Toma medicamentos para poder dormir?	15	14	86	83	3	3	104

Fuente: Elaboración propia, 2019.

El 49 % de la población ha cambiado su tipo de alimentación, 55 % come menos a partir de los 65 años. Solo el 14 % ha perdido peso o cambiado de talla sin razón alguna. El 69 % nota su piel más sensible que antes.

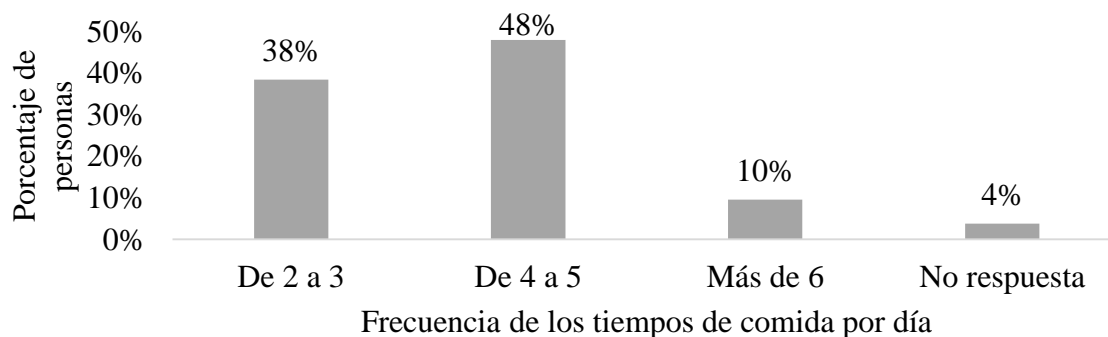


Figura N° 18. Distribución porcentual del total de la población encuestada según los tiempos de comida que realiza al día, Los Sitios de Moravia, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.

El 48 % (50 personas) come entre 4 y 5 veces por día.

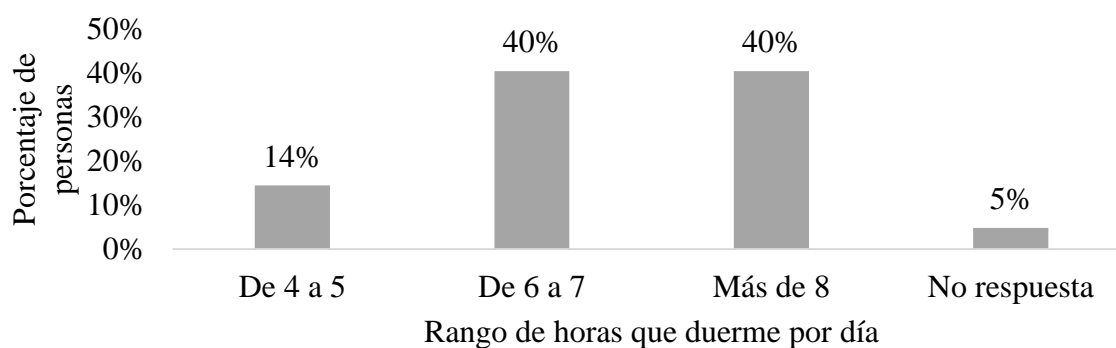


Figura N° 19. Distribución porcentual del total de la población encuestada según el rango de horas que duerme al día, Los Sitios de Moravia, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.

Un 40 % (42 personas) duerme de 6 a 7 horas y el 40 % duerme más de 8 horas por día.

Tabla N° 12

Distribución porcentual del total de la población encuestada según la educación recibida por enfermería sobre complicaciones biológicas, Los Sitios de Moravia, 2019

Educación recibida por enfermería sobre complicaciones biológicas	Sí	f	No	f	N/R	f	TOTAL
	f	(%)	f	(%)	f	(%)	
a. Importancia del autocuidado	41	39	49	47	14	13	104
b. Mantener una dieta balanceada con 5 o 6 tiempos de comida, consumir alimentos ricos en fibra, abundante agua	74	71	18	17	12	12	104
c. Prestar atención a cualquier pérdida de peso o cambio de talla sin razón aparente; consultar su alteración en el centro de salud	47	45	46	44	11	11	104
d. Valorar sus heces y orina en busca de anomalías relacionadas a la pérdida de peso o alteraciones nutricionales; ya que su orina debe ser color amarillo claro y sus heces deben ser suaves, con bordes definidos	56	54	36	35	12	12	104
e. Dormir entre 7 y 8 horas por día; tomar siestas	65	63	27	26	12	12	104

Fuente: Elaboración propia, 2019.

Un total de 49 personas no reciben educación sobre la importancia del autocuidado. El 71 % se educa con respecto a una correcta alimentación; el 63 % se educa en cuanto a las horas correctas que se debe dormir.



Figura N° 20. Distribución porcentual del total de la población encuestada según utilidad de la información brindada por enfermería para mantener o mejorar su nivel de salud, Los Sitios de Moravia, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.

Un 74 % (77 personas) considera que la información brindada por enfermería les ha sido útil para mantener su salud.

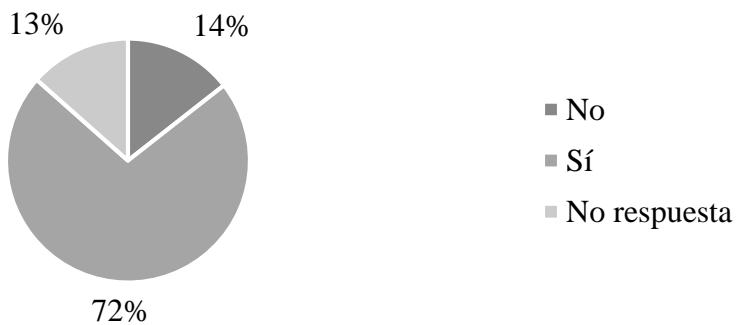


Figura N° 21. Distribución porcentual del total de la población encuestada según satisfacción con la atención que enfermería le ha brindado por medio de la visita domiciliar o durante sus citas, Los Sitios de Moravia, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.

Consecuentemente, el 72 % de la población (75 personas) está satisfecha con la atención que enfermería les ha brindado.

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

5.1 DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN O EXPLICACIÓN DE LOS RESULTADOS

En la presente investigación hay personas adultas mayores dentro de todos los rangos de edad estudiados, predominando las de edad avanzada, entre 65 y 74 años (nomenclatura asignada por la OMS). Asimismo, hay mayor participación femenina, el mayor estado civil es el casado y en unión libre, la escolaridad que resalta es primaria completa o incompleta.

Peláez, Acosta y Carrizo ² relacionan el grado de escolaridad con la autopercepción de la salud y mencionan que bajos niveles de escolaridad se han visto asociados con problemas o disminución en la calidad de la salud, siendo un factor de riesgo silencioso y poco perceptible para la calidad de salud que resulta más complicado de tratar sino se conoce. Ávila y García ⁴³ también relacionan este factor con alteraciones en la vejez, pero ellos lo relacionan como factor de riesgo para futuras discapacidades.

Cabe señalar, de igual forma, que la mayoría de la población participante vive acompañada por alguien, su cónyuge o sus hijos. Varios investigadores de Brasil ⁸ mencionan que el hecho de que una persona de la tercera edad viva sola representa un riesgo para la seguridad física del adulto, ya que en caso de que el adulto sea dependiente en sus actividades básicas o instrumentales diarias los cuidadores son, mayormente, su cónyuge o hijos. Esto refleja un riesgo para tener falta de apoyo, ya sea porque ancianos cuidan de otros ancianos o porque no presentan un buen ingreso económico y, además, tienen algunas patologías agregadas como la diabetes e hipertensión. Sin embargo, es preferible que vivan acompañados bajo una buena relación familiar ⁸.

Esto se sustenta con lo dicho por Aponte Daza en el 2015⁴⁴, quien menciona que la familia es el grupo social más importante en la vida de una persona, ella agrega que es el ámbito de protección y socialización, por ende, la disposición o no de una red familiar de apoyo repercute en la contención de situaciones de pobreza, exclusión social y de dependencia cuando hay situaciones de enfermedad crónica.

En la presente investigación, la mayoría de la población recibe algún ingreso económico mensualmente entre 100 y 199 mil colones. Es decir, la mayoría de la población no cuenta con el dinero necesario para mantener una calidad de vida óptima, ya que, según las estadísticas del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), una persona logra cubrir todos sus gastos mensuales con un promedio mayor a los 500 mil colones ⁴⁵. Factor que destaca un riesgo y vulnerabilidad para los adultos participantes de la investigación.

Guerrero y Yépez ⁴⁶ lo confirman al mencionar como conclusión de su estudio realizado en Colombia que dentro de los factores de riesgo que hacen más vulnerables a los adultos mayores está el vivir en regiones deprimidas económica, social y geográficamente, además de no contar con el acompañamiento de una persona para su cuidado.

La mayoría de las personas encuestadas se han caído de 1 a 3 veces en el último año, dato de interés investigativo, ya que, según Viera, Palmer y Chaves ⁴⁷, después de la primera caída queda un 66 % de probabilidad de reincidir, y además, mencionan que se debe hacer una evaluación de la marcha y del equilibrio a las personas con antecedentes de caídas en los últimos 12 meses.

Los resultados vinculados con las caídas, estos se asemejan a los antecedentes nacionales encontrados sobre este tema, ya que la prevalencia de caídas en Costa Rica es de 35.6 % en

adultos mayores a 60 años ⁵ y en la investigación es de un 39 % (41 personas), en su mayoría mujeres.

Un estudio realizado en Campeche (México) ⁴⁸ evidencia que, efectivamente, a mayor edad existe mayor riesgo de caídas. Estos autores añaden que el 90 % de las personas que han sufrido caídas fue a partir de los 66 años y que el 83,30 % de los sujetos de estudio está en riesgo de sufrir nuevamente una caída.

La mayoría de las personas ⁵ que se cayeron en el último año tuvo consecuencias inmediatas, pues un 66 % presentó lesiones cutáneas por las caídas, al igual que un 17 % presentó esguinces en tobillos y 10 % fracturas, las consecuencias tardías fueron menos comunes, siendo el síndrome post caída el más alto con un 29 %.

La OMS ⁴⁹ menciona que una de las causas más frecuentes de las caídas en la persona de la tercera edad es la alteración en el equilibrio, y en la investigación, un 61 % de la población que se ha caído ha sido relacionado con alteraciones del equilibrio; condición que confirma lo dicho anteriormente. Además, Guerrero, Sarabia y Can ⁴⁸ refieren que el 73.3 % de las caídas ocurre durante la deambulacion en espacios públicos.

Ante los indicadores de deterioro en la calidad de vida, se obtuvo una respuesta favorable a la salud de los entrevistados, ya que la mayoría presenta bienestar e independencia en sus actividades. Se puede decir que 8 de cada 10 incisos son favorables a la población. Este resultado puede estar relacionado con lo que mencionan Rojas Muñoz et al. ¹⁶, es decir, a un alto nivel de participación comunitaria que se desarrolla en el país.

El 17 % de la población ha tenido limitaciones para poder realizar las ABVD y un 24 % para las AIVD. Dato que refleja la necesaria intervención de enfermería, pues, según los postulados de la teoría de Henderson ³⁹, se identifica la dependencia ante estas actividades, además de la fuente de dificultad, ya que no existe la fuerza para realizar las actividades, aunque manejan el conocimiento de su situación y tienen la voluntad para realizar las acciones.

Un estudio realizado en Perú ⁵⁰ arroja datos similares a los encontrados en la investigación, ya que el 83 % de la población de ese estudio presenta un nivel de funcionalidad entre medio y alto para la realización de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, es decir, la minoría de la población tiene limitaciones para realizar dichas actividades.

En la investigación, destaca que un 55 % de la población no trabaja ni se ocupa en alguna tarea diaria, aspecto que denota un déficit en la 12° necesidad expuesta por Henderson ³⁹, este aspectos se relaciona con que el 70 % de la población tenga más tiempo libre que antes de los 65 años, tiempo que, según lo expresado por los entrevistados, no es invertido ni aprovechado de ninguna manera; por consiguiente, se identifica otro déficit en la 13° necesidad.

Herrera ⁵¹ menciona que existe una asociación estadísticamente significativa entre la práctica de actividades físicas recreativas y la calidad de vida de los adultos mayores, es decir, este influye en el nivel de calidad de vida que tenga el adulto. En este estudio se evidencia que en la población longeva hay diferencias en la calidad de vida según la práctica de las actividades físicas recreativas.

La minoría de la población, 34 %, presenta estrés o ansiedad a partir del momento que inicia la tercera edad y, según Buitrago, Cordón y Cortés ⁵², esto se puede deberse a la inquietud frente a la situación económica, el entorno familiar y el agotamiento físico, causando una preocupación excesiva, además de la jubilación, pérdida de las funciones físicas, enfermedad, dependencia y el aislamiento familiar.

La OMS ⁵³ confirma esto, ya que menciona que en los ancianos son más frecuentes experiencias como el dolor por duelo, descenso del nivel socioeconómico por la jubilación o la discapacidad, por ende, esto puede ocasionarles aislamiento, pérdida de la independencia, soledad y angustia.

A pesar de que las enfermedades crónicas son comunes en los adultos mayores, la mayoría las padece desde antes de los 65 años, un bajo porcentaje las ha adquirido después de los 65 años (11 %). El 48 % de la población padece 2 o más enfermedades crónicas, lo cual es un indicador de polifarmacia, ya que cuantas más enfermedades, mayor cantidad de medicamentos se tienen que ingerir.

Esto se confirma lo dicho por Serra y Meliz (2013) ⁵⁴, al mencionar que está demostrado que los pacientes mayores de 60 años consumen 2 ó 3 veces más medicamentos que el promedio de la población en general, además de que hay más enfermedades en estas edades. Un estudio ⁵⁵ más reciente realizado en Cartagena demuestra que el 75,2 % de la población longeva presenta polifarmacia.

La mayoría de la población toma medicamentos y está comprobado que los adultos mayores toman entre 5 y 7 medicamentos, la OMS refiere que la polifarmacia se da a partir de la ingesta de más de 3 fármacos, sin embargo, otros estudios refieren que es partir de 4

medicamentos ⁵⁴; por ende, según los criterios de la OMS el 58 % de la población presenta polifarmacia. Es sabido que, al tener más edad, se toman más fármacos ⁵⁶, de hecho, la polifarmacia es considerada como uno de los síndromes geriátricos más frecuentes ³.

Los resultados de este estudio son similares a otros ⁵⁶, donde se infiere que los efectos secundarios o consecuencias por la ingesta de muchos medicamentos no son muy comunes, ya que la mayoría de las personas que toma más de 4 medicamentos al día no presenta ningún malestar relacionado. Los malestares mayormente asociados con este factor son los problemas gástricos y de insomnio.

Un 21 % (22 personas) padece de depresión diagnosticada, dato que coincide con los descritos por la OMS, un 15 % de las personas mayores de 60 años sufren de un trastorno mental ⁵³, la depresión y la demencia son los más comunes ⁵⁷, esto debido a la multitud de eventos vividos.

Un 12 % de la población presentó periodos de desorientación en el último año. Quesada Astorga ⁵⁸ menciona que, en Costa Rica, en el ámbito comunitario la prevalencia de la desorientación o delirium es de un 14 %, valor que concuerda y se asemeja a los resultados del estudio.

La mayoría de la población respondió no a los indicadores de deterioro cognitivo, con porcentajes mayores al 60 %. Pierden más objetos con mucha facilidad las mujeres que los hombres, con una relación de 18 mujeres y 5 hombres. Se olvidan más de asistir a citas o compromisos importantes las mujeres, 13 específicamente; los hombres son representados con 5 personas. Finalmente, tienen más dificultad para encontrar palabras precisas en una conversación común las mujeres que los hombres, equivalente a 5 mujeres y 3 hombres.

Oviedo, Britton y Villareal ⁵⁹ mencionan que anteriormente se le considera al deterioro cognitivo leve (DCL) una condición entre el envejecimiento y la demencia, actualmente, se dice que el deterioro cognitivo relacionado con la edad se considera un problema de etiología compleja y que indica mayor riesgo de padecer demencia, por lo general, este deterioro es indicador de las primeras manifestaciones de Alzheimer.

El estado nutricional se ve alterado por el envejecimiento, en la investigación, la mitad de la población ha cambiado su tipo de alimentación y un 55 % come menos a partir de los 65 años, esto puede ser por los cambios corporales, alteraciones metabólicas y la coexistencia de enfermedades crónicas que se dan durante la vejez ³.

De hecho, 40 de 104 personas comen de 2 a 3 veces por día, es decir que, aunque para ellos está bien y es suficiente, existe un déficit en su alimentación, alterando la 2º necesidad mencionada por Henderson ³⁹, en otras palabras, comer y beber adecuadamente.

Un estudio realizado en Chillán de Chile ⁶⁰ refleja que la mayoría de las personas de la tercera edad realiza 3 tiempos de comida, sin embargo, este patrón es insuficiente, considerando que incluir una comida más podría minimizar el riesgo de déficit en el consumo de calorías y nutrientes asociados a los procesos de fragilización.

El autocuidado, al ser una función que debe aplicar cada individuo para mantener su estado de salud ²⁶ requiere un seguimiento continuo. En el estudio, la mayoría presenta un buen control de su peso, consecuentemente, un porcentaje muy bajo ha presentado pérdida de peso sin razón aparente. La Fundación para la Salud durante el envejecimiento ³⁵ relaciona la pérdida de peso con la disminución en la sensación para distinguir y apreciar sabores.

Nestlé Health Science ⁶¹ confirma lo descrito en el párrafo anterior. Se dice que la pérdida de peso que se produce de manera involuntaria en esta población es uno de los principales signos que puede ser motivo de estudio médico. Esta puede estar relacionada con una ingesta insuficiente de energía y nutrientes por pérdida de apetito o por ser una manifestación de una enfermedad. No obstante, la velocidad de dicha pérdida o sus variaciones en el tiempo es un factor más preciso para detectar un verdadero problema de pérdida de peso.

Se evidencia que las principales causas de pérdida involuntaria de peso en el anciano son: alteraciones en la percepción de sabores, inapetencia, dietas restrictivas y/o excluyentes con ingesta insuficiente, demencia, un bajo estado de ánimo o tristeza, disfagia o dificultad para masticar, diarrea, medicación o problemas gastrointestinales u otras enfermedades ⁶¹.

Los adultos, conforme envejecen, van presentando cambios en su piel, en el estudio, el 69 % de la población nota su piel más sensible que antes. Hecho que evidencia lo dicho por Fajardo Ramos ⁶², al decir, que durante el envejecimiento: “existen cambios a nivel de la epidermis como declinación de los melanocitos en aproximadamente un 15% por década [...] hay además una disminución de las células de Langerhans, disminuyendo la sensibilidad e inmunidad”.

Los trastornos del sueño son muy comunes en la tercera edad, se estima que 80 % de estas personas tienen dificultad para conciliar el sueño ³, sin embargo, este dato es contrario a los resultados de la investigación, puesto que, el 63 % de la población logra conciliar el sueño naturalmente y, además, un 80 % de ella duerme entre 6 y 8 horas.

Adicionalmente, D’Hyver de las Deses ⁶³ menciona que en la actualidad los ancianos están mostrando una situación preocupante, ya que por el problema de ocupación del tiempo libre,

ellos quieren dormir de 10 a 12 horas porque no tienen actividades o compañía, pero esto no es sano ni para el cuerpo ni para la mente.

Del 34 % que no logra dormir naturalmente solo el 14 % toma medicamentos para dormir, dejando en evidencia que 20 % de la población presenta deficiencias en la 5° necesidad que Henderson propone ³⁹, es decir, descansar y dormir.

La intervención enfermera es crucial para la salud pública. Se ha evidenciado que la prestación del cuidado de enfermería con calidad, calidez, oportuno, personalizado y con acciones participativas tiene como efecto permanente mantener al adulto mayor activo, con capacidad de regular y mejorar su nivel de autonomía ¹⁰.

El rol del profesional de enfermería en la promoción de hábitos de salud y autocuidado de la persona de la tercera edad va dirigido a promover acciones y comportamientos seguros, para que la población logre un mayor control sobre su salud. Por ende, la educación es una herramienta clave para que enfermería logre este objetivo.

Las enfermeras son el grupo más grande de proveedores de la atención de la salud que están a la vanguardia del cuidado y pasan la mayor parte del tiempo con los pacientes y sus familias. Este extenso contacto proporciona excelentes oportunidades para otorgar educación al paciente y familia (...) la educación se considera una parte integral de la atención de enfermería de alta calidad (...) es así que los escenarios habituales donde la enfermera(o) educa al paciente, familia y comunidad está dado en ambiente hospitalario, ambulatorio y comunitario ⁶⁴.

En relación con las caídas, la mayoría de la población no fue educada en todos los aspectos que debería haber sido educada por enfermería, solamente en el inciso “e.”, en el que se menciona la utilización de la mecánica corporal, se nota que la población ha recibido la información correcta por parte de enfermería.

Con respecto a la educación recibida sobre la prevención del deterioro en la calidad de vida, la población refiere no haber recibido educación en aspectos básicos como la higiene corporal, mantener una ocupación que les permita sentirse realizados y el manejo del estrés o ansiedad. Solo 7 de las 18 personas que han tenido limitaciones para manejar las ABVD recibieron la educación correspondiente, es decir, el resto de la población probablemente ha adoptado prácticas de autocuidado poco seguras, lo que, según Vargas et al. ¹², representa un riesgo para la senectud.

A modo global, la mitad de la población ha recibido educación en: cómo combatir la soledad o aislamiento de su familia, la agresión y el estrés o ansiedad, por ende, se deduce que la intervención enfermera, a pesar de que ha cubierto la mitad de la población, ha dejado la otra mitad esperando por una intervención que pueda mejorar su calidad de vida.

La educación recibida por enfermería para el manejo de enfermedades crónicas y la polifarmacia en Los Sitios de Moravia presentó un porcentaje alto en la mayoría de los ítems, 5/8 específicamente. De modo más directo en relación con las enfermedades:

EPOC o asma: a 6/17 personas se les educó sobre cómo valorar alguna anomalía en su patrón respiratorio y a 11/17 se les enseñó que era necesario eliminar el fumado y evitar respirar humo de cocinas, fogatas, etc.

Diabetes mellitus: 25/34 personas se les ha educado de forma correcta.

Hipertensión arterial: 53/68 personas se les ha dado la educación correspondiente.

Hábitos saludables: 46/104 personas han recibido educación sobre la importancia de mantener una actividad física constante, 59/78 han recibido educación de como tomar su tratamiento, 64/104 han sido educados sobre realizarse un chequeo general de salud cada año y mantener su carné de vacunas al día; por el contrario, a 23/104 se les ha educado sobre las prácticas sexuales seguras.

De esta manera, se determina que la educación que enfermería ha brindado en Los Sitios no ha cubierto del todo a la población, aún queda camino por recorrer.

La mayoría de la población no ha sido educada en cuanto a la importancia de la salud mental ni de dedicarse tiempo y aprender a descubrir sus fortalezas y debilidades. 8/22 personas que padecen depresión y 2/4 personas que padecen demencia han sido educadas correctamente. En resumen, la mayoría de la población no ha sido educada sobre las complicaciones mentales.

Por otra parte, 49/104 personas no han recibido educación sobre la importancia del autocuidado, 71 % y 63 % de la población ha sido educada con respecto a una correcta alimentación y sobre las horas correctas que se debe dormir. Un 54 % de la población sabe valorar sus heces y orina en busca de anomalías relacionadas a la pérdida de peso o alteraciones nutricionales.

Finalmente, a manera global, en la educación que enfermería debe brindar con respecto a las complicaciones del envejecimiento se deduce que en 17 de 29 ítems los resultados fueron

negativos, ya que fueron mayores los “noe” contestados por la población, refiriendo poca o ninguna intervención enfermera. Dato alarmante ante lo esperado e investigado.

En un estudio realizado en el 2018 ⁶⁴ se han evaluado distintos modelos de manejo llevados a cabo por enfermeras, sustentados teóricamente a través de modelos de educación conocidos y se han observado beneficios significativos en relación con cambios en estilos de vida, indicadores metabólicos, entre otros.

A pesar de que la mayoría de la población refirió no haber recibido toda la información que tendría que haber recibido, la mayoría de ella considera que la información brindada por enfermería les ha sido útil para mantener su salud y, por ende, la mayoría de la población está satisfecha con la atención que enfermería les ha brindado.

La teoría de Virginia Henderson se fundamenta en la necesidad de que el paciente alcance y mantenga su máximo nivel de independencia ³⁹, la promoción de la salud, al estar inmersa en esta teoría, pretende satisfacer las 14 necesidades básicas.

Es por eso por lo que se identifica que los valores ³⁸, una de las tres partes que Henderson propone para el logro de su teoría, se encuentran alterados. El enfermero (a) no ha podido ejecutar su rol adecuadamente, ya que hay un déficit en educación brindada, además de que la población refiere que algunas de las cosas en las que enfermería tuvo que haber educado alguien más lo hizo, por lo general, recibieron la educación por personas funcionarias de centros diurnos y similares.

En el primero de los metaparadigmas (enfermería), se observa que hay déficits de autonomía y educación en las personas para la satisfacción de las necesidades fundamentales que enfermería no ha suplido ³⁸.

En el segundo (la persona), se observan personas con alteraciones a nivel biológico (por indicadores de complicaciones biológicas), psicológico (por presencia de enfermedades y alteraciones mentales) y social (problemas de relaciones interpersonales, intrafamiliares, soledad y aislamiento). Este, al ser un ser indivisible, debe ser tratado de manera holística, como un todo. ³⁸

En la salud ya se han mencionado las necesidades fundamentales que no están del todo satisfechas. Henderson relaciona la salud con el hecho de desarrollarse en el nivel más alto de satisfacción si se tienen sus necesidades bien satisfechas ³⁸. De las 14 necesidades fundamentales, se encuentran alteradas en la población las siguientes: 1°, 2°, 4°, 5°, 8°, 10°, 12°, 13° y 14°, es decir, 9 de 14 están insatisfechas en la población.

El entorno podría verse afectado en la población, pues algunas personas no cuentan con los recursos económicos necesarios para mantener su calidad de vida, otras presentan problemas interpersonales (conflictos, agresión, aislamiento), es decir, el entorno familiar y social están influyendo negativamente en las personas ³⁸.

Dentro de las afirmaciones teóricas, se considera que la relación entre enfermería y la comunidad de Los Sitios de Moravia debe ser de tercer nivel, es decir, de acompañamiento. Lo que demanda educación, promoción de la salud y prevención de la enfermedad constante.

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES

La población de la tercera edad de Los Sitios de Moravia, pese a las dificultades económicas y baja escolaridad que presenta, desarrolla una convivencia adecuada y óptima, ya que, por lo general, habitan con alguien más y no se registran datos significativos de conflictos interpersonales. Esto favorece y promueve un ambiente saludable con una mejor percepción a nivel de salud, sin importar que la baja escolaridad representa un factor de riesgo para una adecuada calidad de vida ².

El 98 % de la población padece al menos una complicación asociada con el envejecimiento o síndrome geriátrico. La complicación con mayor prevalencia fue el incremento en las alteraciones cutáneas. Por el contrario, la de menor prevalencia fue la demencia.

El rol del profesional de enfermería en el área de educación en la promoción de hábitos de salud y autocuidado dirigidos a la persona de la tercera edad van enfocados a brindar herramientas, por medio de la educación, que les permitan a los longevos gozar de una mejor calidad de vida, obteniendo mayor control y conciencia de su salud. Esto se evidencia, porque un 64 % de la población presenta una buena calidad de vida.

El rol del profesional de enfermería en el área de educación en la promoción de hábitos de salud y autocuidado de la persona de la tercera edad tiene relación con el manejo de complicaciones asociadas con el envejecimiento, ya que se ha identificado en un 40 % de la población que fue más educada, como la intervención y educación brindada por enfermería puede influir, modificar y/o mantener los estilos de vida saludables, generando un mejor control de su salud.

6.2 RECOMENDACIONES

Como cierre a la presente investigación, se harán recomendaciones a las siguientes entidades:

La Asociación del Adulto Mayor de Los Sitios de Moravia:

- Coordinar un programa de ayuda social y económica, ya que se identificaron varias personas de la tercera edad con complicaciones económicas.
- Fomentar en las personas de la tercera edad el participar en los grupos de ayuda e inclusión social que tiene la comunidad y el cantón, ya que estos grupos de iguales fomentan una mejor calidad de vida.
- Impulsar en las personas de la tercera edad la participación como sujetos de investigación en estudios similares este, ya que su participación ayuda a la formación de los futuros profesionales en enfermería que, en un momento dado, serán los siguientes prestando servicios de salud.

El Equipo de Salud del Primer Nivel de Atención: EBAIS de San Vicente de Moravia, especialmente al área de enfermería:

- Incrementar sus intervenciones y profundizar en la búsqueda de la satisfacción de las 14 necesidades fundamentales que Henderson expresa, pues se evidenció insatisfacción en la mayoría de las necesidades.
- Aumentar su intervención comunitaria, promocionando la salud y previniendo la enfermedad, teniendo como base la educación, ya sea individual o grupal, debido a que es la principal herramienta de combate contra las complicaciones del envejecimiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Características del cuidado que brinda la enfermera al adulto mayor en los servicios de medicina de un hospital nacional según la percepción de los internos de enfermería 2014 [Internet]. [citado 2 de septiembre de 2018]. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4137/Palma_bi.pdf;jsessionid=F2ABD81D940DABFE9DBB210AD3C3430F?sequence=1
2. Peláez E, Acosta LD, Carrizo ED. Factores asociados a la autopercepción de salud en adultos mayores. *Health Selfperception-Relat Factors Older Adults*. octubre de 2015;41(4):638-48.
3. González-López AM, Vázquez-Cruz E, Romero-Medina JL, Gutiérrez-Gabriel I, Montiel-Jarquín AJ, Salvatori-Rubí JJ, et al. Síndromes geriátricos en pacientes con fractura de cadera no reciente en una unidad de primer nivel de atención médica. *Acta Ortopédica Mex*. octubre de 2014;28(5):287-90.
4. Laryssa Maryssan Barreto A, Helena Gabriela Soares M, Fábila Maria de L, Maria do Amparo Souza L, Jael Maria de A. Perfil Sociodemográfico E De Saúde De Idosas Que Participam De Grupos De Terceira Idade Em Recife, Pernambuco / Perfil Sociodemográfico Y De Salud De Adultos Mayores Que Participan En Grupos De Tercera Edad En Recife, Pernambuco / Sociodemographic and Health Profile of Elderly Women Participating in Groups for the Elderly in Recife, Pernambuco. *Rev Cuid*. 2017;(1):1499.
5. Vargas SR, Melguizo-Herrera Ricardo, Melguizo-Herrera E. Calidad de vida en adultos mayores en Cartagena, Colombia. *Rev Salud Pública*. 2017;19:549-54.
6. Dias de Sousa F de J, Andrade FS. Perfil De Los Adultos Mayores Usuarios De Atención Primaria. *PROFILE Elder USERS Prim Health CARE*. julio de 2017;8(2):1573-81.
7. Pereira LC, Figueiredo M do LF, Beleza CMF, Andrade EMLR, Silva MJ da, Pereira AFM. Factores predictores para incapacidad funcional de idosos atendidos na atenção básica. *Rev Bras Enferm*. febrero de 2017;70(1):112-8.
8. Oliveira DC de, Neri AL, D'Elboux MJ. Lack of anticipated support for care for community-dwelling older adults. *Rev Bras Enferm*. junio de 2016;69(3):566-73.
9. Santos-Orlandi AA dos, Brito TRP de, Ottaviani AC, Rossetti ES, Zazzetta MS, Gratão ACM, et al. Profile of older adults caring for other older adults in contexts of high social vulnerability. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2017 [citado 2 de junio de 2018];21(1). Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-81452017000100213&lng=en&nrm=iso&tlng=en
10. Puello-Alcocer EC, Amador-Ahumada C, Ortega-Montes JE. Impact of the actions of a nursing program with a promotional approach and self-care in the functional capacity of older adults. *Univ Salud*. agosto de 2017;19(2):152-62.

11. Tavares JP de A, Silva AL da, Sá-Couto P, Boltz M, Capezuti E. Nurse perception of care of hospitalized older adults - a comparative study between northern and central regions of Portugal. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2017 [citado 31 de mayo de 2018];25. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-11692017000100377&lng=en&nrm=iso&tlng=en
12. Vargas Santillán M de L, Gómez BA, Garcia Hernández M de L, Ruelas González G, Melguizo Herrera E, Ruiz Martínez AO. Self-care behaviors in older adults: a qualitative study in a Mexican population. *Práticas Autocuidado Em Idosos Um Estudo Qual Numa Popul Mex.* enero de 2018;4(16):117-26.
13. Sistema Costarricense de Información Jurídica [Internet]. Sistema Costarricense de Información Jurídica. 1999 [citado 31 de mayo de 2018]. Disponible en: http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=43655&nValor3=95259¶m2=1&strTipM=TC&lResultado=4&strSim=simp
14. Blanco Molina M, Salazar Villanea M. Predictores socioemocionales y cognitivos: su papel en la comprensión del envejecimiento con éxito en el contexto costarricense. *Socio-Emot Cogn Predict Its Roll Comprehension Success Aging Costaricas Context.* enero de 2017;16(1):159-74.
15. Rodríguez LMÁ. Síndrome de caídas en el Adulto Mayor. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamerica LXXI.* 2015;4.
16. Muñoz R, Nielssen M, Navarro Navarro T, Salas B, Esteban J. Promoting healthy living in a home older adults in Costa Rica. *Rev Costarric Salud Pública.* 2017;26(1):45-60.
17. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y salud [Internet]. World Health Organization. 2018 [citado 1 de agosto de 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
18. MIDEPLAN. Costa Rica: Prospectiva en el cambio demográfico al 2045. MIDEPLAN. :14.
19. Organización Mundial de la Salud, Salud y Bienestar Social Canadá, Asociación Canadiense de Salud Pública. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. En Ottawa, Canadá; 1986.
20. OMS. OMS | ¿Qué es la promoción de la salud? [Internet]. WHO. 2016 [citado 18 de julio de 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/health-promotion/es/>
21. Política Nacional de Salud [Internet]. [citado 13 de noviembre de 2018]. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/plannacionalsalud.pdf>
22. Freire de Albuquerque RM, Lumini Landeiro MJ, Ferreira Pereira da Silva MM, Martins T, Ciqueto Peres HH. Taking a look to promoting health and complications'

- prevention: differences by context. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2016 [citado 18 de julio de 2018];24(0). Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100374&lng=en&tlng=en
23. Aguirre Boza F. El Rol De La Enfermería De Práctica Avanzada En Atención Primaria En Chile. *ROLE Adv Pract Nurs Prim CARE CHILE*. 5 de junio de 2018;29(3):343-6.
 24. Colegio de Enfermeras de Costa Rica. Perfil del y la Profesional de Enfermería en el Primer Nivel de Atención. *La Gaceta*. 7 de diciembre de 2016;
 25. Perfil del y la Profesional de Enfermería en el Primer nivel de Atención [Internet]. [citado 13 de noviembre de 2018]. Disponible en: https://www.enfermeria.cr/docs/reglamentos/REG_ENF_EN_1_NIVEL.pdf
 26. Naranjo Hernández Y, Pacheco C, Alejandro J, Rodríguez Larreynaga M. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gac Médica Espirituana*. diciembre de 2017;19(3):89-100.
 27. Nuño-Solinis R, Rodríguez-Pereira C, Piñera-Elorriaga K, Zaballa-González I, Bikandi-Irazabal J. Panorama de las iniciativas de educación para el autocuidado en España. *Gac Sanit*. 1 de julio de 2013;27(4):332-7.
 28. Actividad física y envejecimiento poblacional. Repercusión en la calidad de vida [Internet]. [citado 1 de agosto de 2018]. Disponible en: http://m.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista_colombiana_enfermeria/volumen9/003-articulo1.pdf
 29. Hábitos de Salud en la población adulta de la comunidad de Madrid 2013 2013 [Internet]. [citado 1 de agosto de 2018]. Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DInforme+SivFRENT_A_+2013.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352862571878&ssbinary=true
 30. Hábitos de vida saludable [Internet]. *Sanitas*. [citado 1 de agosto de 2018]. Disponible en: http://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/estilo-vida/prepro_080021.html
 31. Díaz J, Espinoza-Navarro O, Pino A. Características Antropométricas y Fisiológicas de Adultos Mayores de la Comuna de Arica-Chile. *Int J Morphol*. junio de 2015;33(2):580-5.
 32. Rodríguez JRR, Tabares VZ, Jiménez ES, López RS. Evaluación geriátrica integral, importancia, ventajas y beneficios en el manejo del adulto mayor. 2014;9(1):7.

33. Sanhueza Parra M, Castro Salas M, Escobar M, M J. Adultos mayores funcionales: un nuevo concepto de salud. *Cienc Enferm.* diciembre de 2005;11(2):17-21.
34. Vera I, Lucchese R, Nakatani AYK, Sadoyama G, Bachion MM, Vila V da SC, et al. Factors associated with family dysfunction among non-institutionalized older people. *Texto Amp Contexto - Enferm.* junio de 2015;24(2):494-504.
35. Una Guía de Síndromes Geriátricos [Internet]. [citado 6 de septiembre de 2018]. Disponible en: https://www.healthinaging.org/files/documents/tipsheets/HIA-Tip-GeriatricSyndromes_Spanish.pdf
36. Sanchez JM. DECLARACION DE ALMA-ATA. 1978;3.
37. Bezerra F, Taziana S, Mesquita Lemos A, Sousa C de, Maria S, Carvalho L, et al. Promoción de la salud: la calidad de vida en las prácticas de enfermería. *Enferm Glob.* octubre de 2013;12(32):260-9.
38. Raile Alligood M, Marriner Tomey A. Modelos y Teorías en Enfermería. Séptima. España: Elsevier; 2011.
39. Broadhurst J. VIRGINIA HENDERSON. :11.
40. Cadena-Iñiguez P, Rendón-Medel R, Aguilar-Ávila J, Salinas-Cruz E. Métodos cuantitativos, métodos cualitativos o su combinación en la investigación: un acercamiento en las ciencias sociales* Quantitative methods, qualitative methods or combination of research: an approach in the social sciences. *Revista Mexicana de Ciencias Agrícolas.* 2017;8:16.
41. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación. México, D.F.: McGraw-Hill Education; 2014.
42. Darren G, Mallery P. IBM SPSS Statistics 23 Step by Step: A Simple Guide and reference. Fourteenth editioral Routedge; 2016.
43. Ávila Funes JA, Lara JMAG. 10 Hábitos efectivos para la salud del adulto mayor [Internet]. Vol. 5. México: Universidad Iberoamericana; 2014. 125 p. Disponible en: https://fiapam.org/wp-content/uploads/2014/09/10HABITOS_V_ELECTRONICO.pdf
44. Aponte Daza VC. Calidad de vida en la tercera edad. *Ajayu Órgano Difus Científica Dep Psicol UC BSP.* agosto de 2015;13(2):152-82.
45. Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos Familiares [Internet]. [citado 8 de febrero de 2019]. Disponible en: http://www.inec.go.cr/sites/default/files/documentos/pobreza_y_presupuesto_de_hogares/gastos_de_los_hogares/metodologias/documentos_metodologicos/mepobrezaenig2013-2014-01_1.pdf

46. Guerrero-R N, Yépez-Ch MC. Factores asociados a la vulnerabilidad del adulto mayor con alteraciones de salud. *Univ Salud*. 2015;17:121-31.
47. Vieira ER, Palmer RC, Chaves PHM. Prevention of falls in older people living in the community. *BMJ Online*. 28 de abril de 2016;353:i1419.
48. Guerrero Ceh JG, Sarabia Alcocer B, Can Valle AR. Incidencia del síndrome de caídas en el hogar, estudio realizado en personas mayores en el rango de edad de 60 a 80 años. *Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*. 2016;6(12):10.
49. Organización Mundial de la Salud. Caídas [Internet]. OMS. 2018 [citado 12 de febrero de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/falls>
50. Chumpitaz Chávez Y, Moreno Arteaga C. Nivel de funcionalidad en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria del adulto mayor. *Rev enferm Herediana*. 2016;9(1):30-6.
51. Herrera S. Actividad física recreativa y calidad de vida en adultos mayores. 2016;71.
52. Buitrago Bonilla LM, Cordón Espinosa L, Cortés Lugo RL. Niveles de Ansiedad y Estrés en Adultos Mayores en condición de abandono familiar [Internet]. *Revista Integración Académica en Psicología*. 2018 [citado 13 de febrero de 2019]. Disponible en: <http://integracion-academica.org/27-volumen-6-numero-17-2018/203-niveles-de-ansiedad-y-estres-en-adultos-mayores-en-condicion-de-abandono-familiar>
53. Organización Mundial de la Salud. La salud mental y los adultos mayores [Internet]. OMS. 2017 [citado 13 de febrero de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>
54. Serra Urra M, Germán Meliz JL. Polifarmacia en el adulto mayor. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*. marzo de 2013;12(1):142-51.
55. Robles AR, Hernández Martínez EK, Delabra Salinas MM, Covarrubias Solís IF, Leija Mendoza A, Ponce Ibarra BB. Calidad de vida y polifarmacia del adulto mayor integrante del programa “adultos mayores empacadores”. *Nure Investigación*. 2017;14(91).
56. González Rodríguez P, Castillo Pérez V, Hernández G, Quintana García E, Gutiérrez Gutiérrez M. Polifarmacia en el adulto mayor: es posible su prevención. *Rev Ciencias Médicas*. 2014;18:781-91.
57. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud. OMS. 2015;282.
58. Quesada Astorga D. Delirium en el Adulto Mayor. *Revista médica de Costa Rica y Centroamérica LXXII*. 2015;3-7:5.

59. Oviedo D, Britton G, Villareal A. Deterioro Cognitivo Leve y Enfermedad de Alzheimer: Revisión de conceptos. *Invest pens crit.* 2017;5(2):30.
60. Barrón V, Rodríguez A, Chavarría P. Hábitos alimentarios, estado nutricional y estilos de vida en adultos mayores activos de la ciudad de Chillán, Chile. *Rev Chil Nutr.* marzo de 2017;44(1):8-8.
61. Pérdida de peso involuntaria y desnutrición en mayores [Internet]. <https://www.nestlehealthscience.es>. [citado 22 de marzo de 2019]. Disponible en: <https://www.nestlehealthscience.es/condiciones-medicas/envejecimiento/perdida-de-peso-y-desnutricion-en-los-mayores>
62. Fajardo Ramos E. Lesiones de piel en el Adulto Mayor. *Revista Edu-fisica.com.* 2016;8.
63. D'Hyver de las Deses C. Alteraciones del sueño en adultos mayores. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM* [Internet]. 2018;61(1). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2018/un181e.pdf>
64. Soto P, Masalan P, Barrios S. La educación en salud, un elemento central del cuidado de enfermería. *Rev Médica Clínica Las Condes.* 1 de mayo de 2018;29(3):288-300.

ANEXOS

Anexo 1: Declaración Jurada

DECLARACIÓN JURADA

Yo Esteban Serrano Montes, cédula de identidad número 1-1561-0883, en condición de egresado 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 Licenciado en Enfermería titulado "*Rol del profesional de enfermería en la promoción de hábitos de salud y autocuidado de la persona de la tercera edad en relación al manejo de complicaciones asociadas al envejecimiento, los Sitios de Moravia, tercer cuatrimestre, 2018*" es una obra original y para su realización he respetado todo lo preceptuado por las Leyes Penales, así como la Ley de Derechos de Autor y Derecho Conexos, número 6683 del 14 de octubre de 1982 y sus reformas, publicada en la Gaceta número 226 del 25 de noviembre de 1982; especialmente el numeral 70 de dicha ley en el que se establece: "Es permitido citar a un autor, transcribiendo los pasajes pertinentes siempre que éstos no sean tantos y seguidos, que puedan considerarse como una producción simulada y sustancial, que redunde en perjuicio del autor de la obra original". Asimismo, que conozco y acepto que la Universidad se reserva el derecho de protocolizar este documento ante Notario Público. Firmo, en fe de lo anterior, en la ciudad de San José, el 17 de febrero de 2019.



Esteban Serrano Montes

Nombre completo

1-1561-0883

Número de cédula

Anexo 2: Agradecimiento

Al finalizar la primera etapa de este sueño que inició cuando solo era un niño, mi corazón se llena de agradecimiento con Dios por permitirme llegar hasta esta etapa, ha sido magnífico poder aprender y formarme como profesional en Enfermería, y a la vez, poder experimentar su gracia y favor constante.

Quiero agradecer a mis padres, Yadely Montes Marchena y Uriel Serrano Álvarez, quienes con su buen ejemplo me han enseñado a persistir en mis metas y a siempre dar lo mejor de mí; agradecerles por ser mi sustento y apoyo económico y emocional, gracias por darme tanto a través de todos estos años. Sin su apoyo, mi sueño no se hubiese podido cumplir.

A mi tutora, la Msc. María Cecilia Astúa V., por mostrarme tanta pasión por la enseñanza y la enfermería, pero, sobre todo por acogerme como su estudiante de tesis, por orientarme y guiarme en el momento que más lo necesité. Ese día, en la oficina de doña Marcela, usted fue enviada como un ángel a llevarme luz. Gracias por cada ayuda brindada durante todo este proceso.

A los buenos profesores, que más que eso, son grandes profesionales que me enseñaron el valor de la enfermería, a defenderla y a siempre poner en alto tan preciada carrera.

Finalmente, pero no menos importante, quiero agradecer a cada compañero por su aporte en mi formación profesional, en especial, a aquellas amigas con las que lloré y sonreí por cada triunfo o pérdida de esta batalla, son grandes personas, colegas y amigas.

Esteban Serrano Montes

Anexo 3: Carta de aprobación de la tutora

San José, 22 de febrero de 2019.

Msc.
Vanessa Aguilar Zeledón.
Directora Carrera de Enfermería
Universidad Hispanoamericana

Estimada Msc. Aguilar.

El estudiante **ESTEBAN SERRANO MONTES** ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado **ROL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN LA PROMOCIÓN DE HÁBITOS DE SALUD Y AUTOCUIDADO DE LA PERSONA DE LA TERCERA EDAD EN RELACIÓN AL MANEJO DE COMPLICACIONES ASOCIADAS AL ENVEJECIMIENTO. LOS SITIOS DE MORAVIA, TERCER CUATRIMESTRE 2018** . el cual ha elaborado para optar por el grado académico de Licenciatura en enfermería.

En mi calidad de tutora, 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%	10 %
b)	CUMPLIMIENTO DE ENTREGA DE AVANCES	20%	17%
c)	COHERENCIA ENTRE LOS OBJETIVOS, LOS INSTRUMENTOS APLICADOS Y LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACION	30%	30 %
d)	RELEVANCIA DE LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	20%	19%
e)	CALIDAD, DETALLE DEL MARCO TEORICO	20%	20%
	TOTAL		96%

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

Atentamente,


Msc. María Cecilia Astúa V, Tutora.
Cédula 3-213-890
marvastua@gmail.com

Anexo 4: Carta de aprobación del lector

San José, 08 de abril de 2019.

*Departamento de Registro
Universidad Hispanoamericana
Presente*

La estudiante ESTEBAN SERRANO MONTES, cedula 1-1561-0883, me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado, “**ROL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN LA PROMOCIÓN DE HÁBITOS DE SALUD Y AUTOCUIDADO DE LA PERSONA DE LA TERCERA EDAD EN RELACIÓN AL MANEJO DE COMPLICACIONES ASOCIADAS AL ENVEJECIMIENTO. LOS SITIOS DE MORAVIA, TERCER CUATRIMESTRE 2018**”, el cual ha elaborado para optar por el grado académico de Licenciatura en Enfermería.

En mi calidad de lectora, he verificado que se han hecho las correcciones indicadas durante el proceso de lectura 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.

En virtud de la aprobación obtenida, se avala el traslado al proceso de filólogo.

Atentamente,



Licda. Melissa Quesada Corella
Cédula identidad 4-0201-0667
Carné Colegio Profesional 11645

Anexo 5: Carta de aprobación del filólogo

Carta de aprobación filológica

San José, 10 de abril de 2019

Msc.
Vanessa Aguilar Zeledón
Directora Carrera de Enfermería
Universidad Hispanoamericana

Estimada señora:

He revisado y corregido en todos los extremos filológicos: la redacción, la ortografía, la puntuación, la morfología, la sintaxis y los vicios de la tesis titulada **“Rol del profesional de enfermería en la promoción de hábitos de salud y autocuidado de la persona de la tercera edad en relación con el manejo de complicaciones asociadas con el envejecimiento. Los sitios de Moravia, tercer cuatrimestre 2018”**, presentada por el estudiante Esteban Serrano Montes, para optar por el grado académico de **Licenciatura en Enfermería**.

Con las correcciones realizadas en este trabajo de investigación, este es un documento con valor filológico y cumple con los requisitos necesarios para ser presentada ante las autoridades universitarias correspondientes.

Atentamente,



Margarita Sirlene Chaves Bonilla

Filóloga

Cédula # 2 0717 0620

Carné afiliado # 83791 "COLYPRO"

Anexo 6: Carta de aprobación post defensa

San José, 7 de mayo 2019.

Msc.
Vanessa Aguilar Z.
Directora Carrera de Enfermería.
Universidad Hispanoamericana

Estimada Msc. Aguilar

El estudiante **ESTEBAN SERRANO MONTES** me ha presentado, para efectos de revisión después de la defensa pública el trabajo de investigación denominado **ROL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN LA PROMOCIÓN DE HÁBITOS DE SALUD Y AUTOCUIDADO DE LA PERSONA DE LA TERCERA EDAD EN RELACIÓN AL MANEJO DE COMPLICACIONES ASOCIADAS AL ENVEJECIMIENTO. LOS SITIOS DE MORAVIA, TERCER CUATRIMESTRE 2018**, el cual contiene los cambios recomendados por el Tribunal.

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

Atentamente,



Msc. María Cecilia Astúa V

Cédula 3-213-890

maryastua@gmail.com

Anexo 7: Consistencia del cuestionario

. alpha p14_1- p30_5, item

Test scale = mean(unstandardized items)

Item	average					
	Obs	Sign	item-test correlation	item-rest correlation	interitem covariance	alpha
p14_1	104	+	0.2316	0.1674	.0138467	0.7267
p14_2	104	+	0.2594	0.1870	.0133246	0.7198
p14_3	103	+	0.0427	-0.0451	.0146162	0.7411
p14_4	47	+	0.0977	0.0090	.0139484	0.7312
p14_5	94	+	0.3842	0.3351	.013432	0.7198
p14_6	100	+	0.3409	0.2834	.0131879	0.7159
p14_7	102	+	0.2223	0.1386	.0135038	0.7240
p14_8	96	+	0.1857	0.1238	.013852	0.7257
p14_9	97	+	0.3281	0.2725	.013467	0.7199
p14_10	98	+	0.0298	-0.0509	.0147231	0.7410
p16_1	98	-	-0.2383	-0.3050	.0166719	0.7666
p16_2	96	+	0.3735	0.2967	.0125995	0.7098
p16_3	98	+	0.4712	0.3986	.0122912	0.7045
p16_4	97	+	0.4556	0.3814	.0121821	0.7025
p16_5	94	+	0.3253	0.0993	.0127559	0.7502
p21_1	64	-	0.3048	0.2302	.013642	0.7252
p21_2	65	-	0.4669	0.3892	.0130845	0.7178
p21_3	80	-	0.4416	0.3638	.0134231	0.7233
p21_4	63	-	0.4136	0.3325	.0130293	0.7166
p21_5	70	-	0.3991	0.3199	.0134471	0.7237
p21_6	91	-	0.4163	0.3431	.0132442	0.7198
p21_7	92	-	0.4363	0.3638	.0132719	0.7200
p21_8	90	-	0.3949	0.3210	.0134488	0.7229

```

p25_pierde~_ | 89 + 0.2886 0.2127 .0133354 0.7205
pseolvida | 89 + 0.3362 0.2675 .0130665 0.7152
pTienemásd~_ | 88 + 0.1961 0.1481 .0141462 0.7297
p26_1 | 93 + 0.2711 0.1981 .0137878 0.7272
p26_2 | 91 + 0.3071 0.2315 .0134723 0.7230
p26_3 | 84 + 0.2610 0.1909 .0134027 0.7208
p26_4 | 91 + 0.2669 0.2040 .0134839 0.7212
p26_5 | 92 + 0.2798 0.2260 .013689 0.7235
p27_1 | 22 - -0.0549 -0.1397 .0139781 0.7316
p27_2 | 22 + 0.5901 0.5266 .0132262 0.7199
p27_3 | 22 + 0.2667 0.1818 .0137178 0.7274
p27_4 | 20 + -0.0144 -0.0868 .0140104 0.7317
p27_5 | 21 + 0.2774 0.1984 .0136217 0.7262
p27_6 | 21 - 0.3157 0.2366 .0135971 0.7258
p27_7 | 22 - 0.1541 0.0769 .0136487 0.7259
p30_1 | 18 - 0.1469 0.0597 .0136909 0.7271
p30_2 | 18 - 0.3325 0.2728 .0135289 0.7241
p30_3 | 19 - -0.0392 -0.1308 .0138429 0.7295
p30_4 | 18 - 0.0339 -0.0589 .0137532 0.7282
p30_5 | 18 - 0.1342 0.0443 .0136593 0.7266
-----+-----
Test scale | .0135744 0.7299
-----

```

Fuente: Programa Stata, realizado por el estadista Lic. Roger Bonilla, 2019.

Anexo 8: Instrumento

**UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA
Instrumento de Investigación**

Estimado participante:

El presente instrumento pretende recolectar información, para determinar si el rol del profesional de enfermería en la promoción de hábitos de salud y autocuidado de la persona de la tercera edad tiene relación con el manejo de complicaciones asociadas al envejecimiento, en los Sitios de Moravia, durante el III Cuatrimestre del 2018.

La información que usted brinde será de gran valor para el estudio y con fines meramente académicos, por lo que se le garantiza total confidencialidad a la información que usted brinde. Su respuesta es importante para la investigación, por lo que agradezco su sinceridad al responder.

- A. Su participación en este estudio es voluntaria. Tiene el derecho de negarse a participar o a interrumpir su participación en cualquier momento, sin que esta decisión afecte la calidad.
- B. No perderá ningún derecho legal por firmar este documento.
- C. Si quisiera más información más adelante, puede obtenerla comunicándose con el investigador a cargo. Cualquier consulta adicional puede hacerla en el momento que guste.

He leído o se me ha leído, toda la información descrita en esta fórmula, antes de firmarla. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, accedo a participar como sujeto de estudio en esta investigación.

FECHA: _____

Firma del sujeto

Firma del Investigador

Esteban Serrano Montes
Estudiante enfermería
Universidad Hispanoamericana

INSTRUCCIONES GENERALES:

- Marque con una equis (X) sobre el paréntesis de la respuesta que coincida con su situación o que se acerque a su opinión. Solo se permite una respuesta por cada pregunta, excepto cuando se indique lo contrario.
- En caso de preguntas semi abiertas responda lo más claro posible.
- Si se equivoca, coloque una cruz (+) sobre la equis de la respuesta errónea formando así un asterisco (*), y marque la correcta como se le indicó anteriormente.

I PARTE - DATOS GENERALES

1. Marque el grupo en el que se encuentra la edad que usted tiene:
 65 años a 74 años 85 años a 94 años
 75 años a 84 años Más de 95 años
2. ¿Cuál es su sexo? Femenino Masculino
3. ¿Cuál es su estado civil?
 Soltero (a) Casado (a) Viudo (a)
 Unión Libre Divorciado
4. ¿Cuál es escolaridad?
 Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta
 Secundaria completa Técnico Universidad incompleta
 Universidad completa Analfabeto
5. ¿Con quién vive usted? Puede marcar varias opciones.
 Padres Hermanos Cónyuge
 Hijos Solo Otros (especifique): _____
6. Mensualmente, ¿recibe algún ingreso económico? Sí No
7. Si recibe algún ingreso económico mensual, ¿cuánto dinero recibe en total cada mes?
 Menos de 99 mil colones Entre 100 mil y 199 mil
 Entre 200 mil y 299 mil Entre 300 mil y 399 mil
 Más de 400 mil colones

II PARTE - COMPLICACIONES FÍSICAS O FUNCIONALES (CAÍDAS)

8. ¿Se ha caído en el último año? (si no se ha caído puede saltar a la pregunta 14)
 Sí No
9. ¿Cuántas veces se ha caído en este año?
 De 1 - 3 veces De 4 - 6 veces De 7 - 9 veces Más de 10 veces
10. ¿Cuáles han sido las causas de su(s) caída(s)? (puede marcar varias respuestas)
 Alteraciones del equilibrio o problemas al caminar
 Pérdida de fuerza muscular
 Alteraciones de la visión
 Obstáculos (piedras, muebles, huecos); pisos con desniveles, resbaladizos o gradas; mucha o poca iluminación; calzado o ropa inadecuada
 Ingestión de bebidas alcohólicas o alguna droga
 No utilizar ayudas técnicas indicadas (bastón, andadores, lentes)
 Ninguna de las anteriores
11. ¿Ha tenido secuelas o consecuencias por dicha(s) caída(s)? Sí No
12. Si se ha caído, ¿cuáles han sido las secuelas o consecuencias de esas caídas? Puede marcar varias opciones.
 Tener miedo de volver a caerse Lesiones en la piel (raspones, moretes, heridas)
 Esguinces o torceduras de tobillos Fracturas, ¿dónde? _____
 Hospitalización Dependier de alguien
 Ninguna de las anteriores

13. ¿Ha recibido información y/o educación por algún profesional de enfermería durante sus citas o visitas domiciliarias en los siguientes aspectos? Coloque una equis (x) en la opción de su preferencia.

Tema. Educación recibida sobre la prevención de caídas	Sí	No
13.1. Valorar su capacidad de movimiento y el dolor relacionado al movimiento		
13.2. Alternativas u opciones para mantener posturas deseables si se presenta alguna limitación física, de modo que le permita hacerlo con facilidad		
13.3. Utilizar zapatos con suela antideslizante, barandas, bastón, materiales adhesivos antideslizantes para evitar las posibles caídas relacionadas a inestabilidad física		
13.4. Utilización de sillas, asientos, muebles y otros utensilios ergonómicos para evitar caídas, dolores de espalda y dolor en las articulaciones		
13.5. Utilización la mecánica corporal en su diario vivir (la forma correcta de agacharse, levantar o mover objetos, sentarse y/o desplazarse)		

III PARTE - DETERIORO EN LA CALIDAD DE VIDA

14. Marque con una equis (X) en la casilla de sí o no, si a partir de la tercera edad:

Tema. Indicadores de deterioro en la calidad de vida	Sí	No
14.1. Ha tenido limitaciones para realizar las actividades básicas diarias como bañarse, vestirse, defecar/orinar, ir al sanitario, movilizarse, alimentarse		
14.2. Ha tenido limitaciones para realizar las actividades instrumentales diarias como usar el teléfono, ir de compras, cocinar, cuidar del hogar, lavar, transportarse, medicarse, manejar sus finanzas		
14.3. Ha tenido problemas económicos para mantener su vida a como estaba acostumbrado(a)		
14.4. Si trabaja, ¿considera haber tenido mayores dificultades o alteraciones para poder hacerlo?		
14.5. Ha tenido más conflictos con otras personas		
14.6. Ha sido agredido(a) física, verbal o emocionalmente por su familia, amigos o grupo social		
14.7. Ha experimentado mayor soledad o percibido un aislamiento de su familia, amigos o grupo social		
14.8. Ha tenido problemas para recibir educación o aprender en lo que usted ha deseado		
14.9. Su tiempo libre ha disminuido (afectando su tiempo de ocio o recreación)		
14.10. Su tiempo libre ha aumentado (promoviendo su desocupación y tiempo de ocio)		

15. ¿Considera que el haber iniciado la tercera edad le ha producido estrés o ansiedad?
 () Sí () No ¿Por qué? _____

16. ¿Ha recibido información y/o educación por algún profesional de enfermería durante sus citas o visitas domiciliarias en los siguientes aspectos? Coloque una equis (x) en la opción de su preferencia.

Tema. Educación recibida sobre prevención del deterioro en la calidad de vida	Sí	No
16.1. Mantener la higiene corporal, realizar baño diario, lavar y secar bien cada parte del cuerpo, utilizar desodorante, realizar lavado bucal después de cada comida, utilizar hilo dental		
16.2. Sobre la importancia de tener un trabajo u ocupación que le permita sentirse realizado; repercusiones físicas y emocionales de participar en diversas formas de recreación y ocio		
16.3. Importancia de desarrollar o mantener un núcleo familiar, y no permitir que la falta de apoyo familiar, problema físico o situación económica le generen desmotivación personal para mantener su salud		
16.4. Resolver los conflictos con otras personas bajo un diálogo respetuoso; no permitir ningún tipo de agresión física o emocional; uso de asertividad (defender sus derechos respetando a los demás) en sus conversaciones diarias		
16.5. Importancia de detectar las situaciones que le generan estrés/ansiedad; realizar actividades como: hablar con alguien, salir o pasear, acudir al centro de salud y eliminar el factor detonante para disminuir y/o manejar el estrés/ansiedad		

IV PARTE - POLIFARMACIA

17. De las siguientes enfermedades crónicas, ¿cuáles padece?:
- () Cáncer () EPOC o asma
 () Diabetes (azúcar en la sangre) () Hipertensión arterial (presión alta)
 () VIH/sida () Alzheimer o Parkinson
 () Otra: _____ () Ninguna
18. Durante la tercera edad ¿ha adquirido más enfermedades crónicas? es decir, enfermedades con una duración mayor a 6 meses: () Sí () No
19. ¿Cuántos fármacos o medicamentos toma diariamente?
- () No toma () De 1 a 2 () De 3 a 4 () Más de 4
20. Si toma más de 4 medicamentos, ¿presenta alguno(s) de los siguientes efectos o malestares? Puede marcar varias opciones.
- () Mareos al ponerse de pie o caídas () Problemas gástricos
 () Problemas de insomnio (le cuesta dormir por las noches) () Confusión mental
 () Ninguna de las anteriores
21. ¿Ha recibido información y/o educación por algún profesional de enfermería durante sus citas o visitas domiciliarias en los siguientes aspectos? Coloque una equis (x) en la opción de su preferencia.

Tema. Educación recibida sobre el manejo de enfermedades crónicas y polifarmacia	Sí	No
21.1. Valorar alguna anomalía en su forma de respirar; mantenerse recto y con la cabeza mirando hacia arriba durante alguna alteración respiratoria		
21.2. Eliminar el fumado; evitar respirar el humo de cocinas o fogatas		
21.3. Realizar actividad física durante 30 minutos al día como mínimo		
21.4. Prácticas sexuales seguras		
21.5. Si es diabético, a mantener un control de su glicemia en ayunas		
21.6. Tomarse la presión, con un periodo de descanso previo a la toma de al menos 5 minutos, sin haber fumado o consumido alcohol/café, sin haber pasado por emociones excitantes		
21.7. Realizarse un chequeo general de salud cada año y mantener su carné de vacunas al día		
21.8. Si toma algún tratamiento farmacológico: sobre la importancia de tomar su tratamiento en un momento específico y con regularidad, según dosis e intervalos indicados; no añadir ni mezclar medicamentos para el control de su enfermedad		

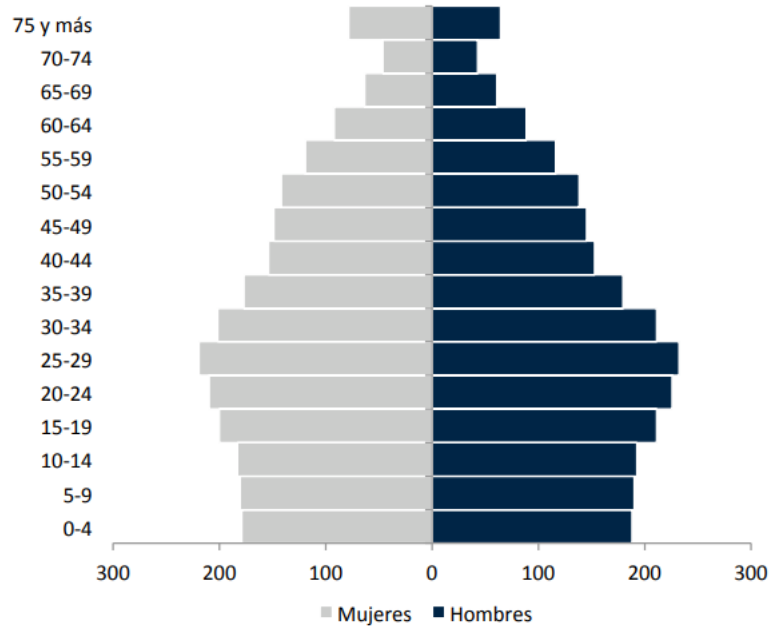
V PARTE - COMPLICACIONES MENTALES

22. ¿Ha sido diagnosticado(a) en los últimos dos años con alguna de las siguientes patologías?
- () Depresión () Demencia (alteraciones en la memoria, razón y conducta)
 () Otra _____ () Ninguna
23. ¿Ha tenido periodos de desorientación en el último año?
- () Sí () No
24. Si ha tenido periodos de desorientación, ¿qué tan frecuentes son?
- () Cada semana () Cada mes () Cada 3 meses
 () Cada año () Otro (especifique): _____
25. Marque con una equis (X) en la casilla de sí o no, si ha experimentado las siguientes situaciones:

Tema. Indicadores de deterioro cognitivo	Sí	No
Pierde objetos comunes con mucha facilidad		
Se olvida de asistir a citas o compromisos importantes		
Tiene más dificultad que otras personas para encontrar palabras precisas en una conversación común		

Anexo 9: Pirámide poblacional

Gráfico 2. Costa Rica. Pirámide de población. 2016



Cantidades en miles de personas.

Fuente: Elaboración Unidad de Análisis Prospectivo con datos del INEC.

Anexo 10: Plan piloto

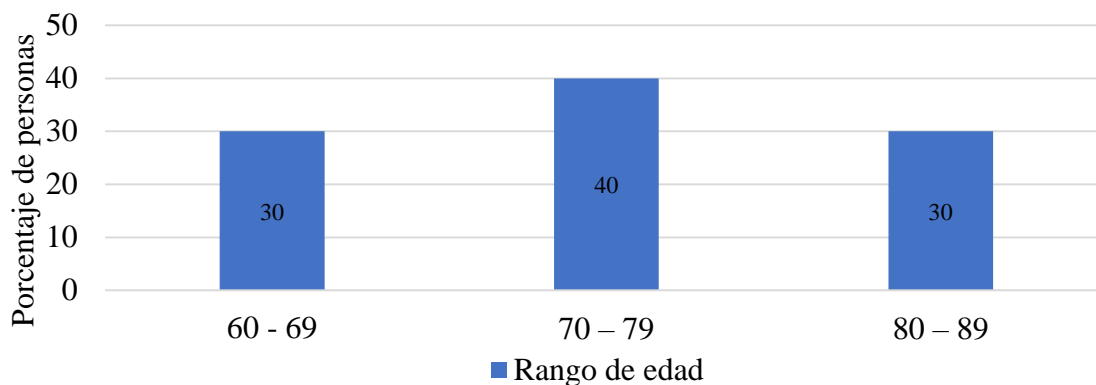


Figura N° 1. Distribución porcentual del total de la población encuestada según edad, Río Cañas de Guanacaste, 2018. fuente: elaboración propia, 2019.

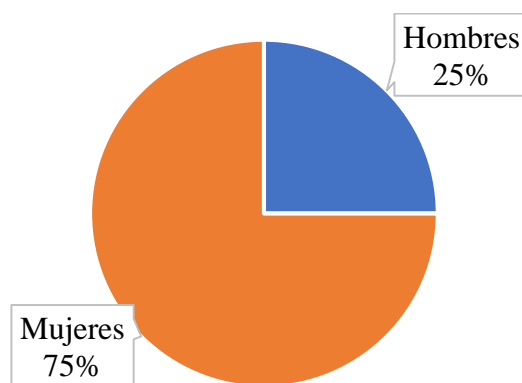


Figura N° 2. Distribución porcentual del total de la población encuestada según sexo, Río Cañas de Guanacaste, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2019.

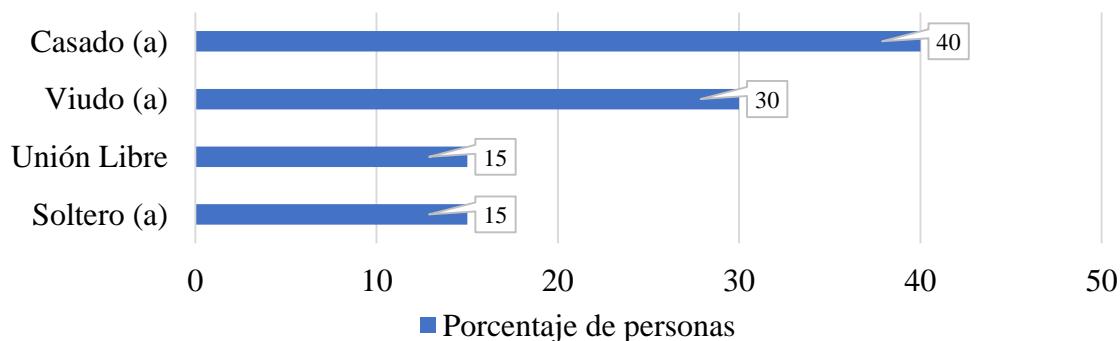


Figura N° 3. Distribución porcentual del total de la población encuestada según estado civil, Río Cañas de Guanacaste, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2019.

Tabla N° 1
Distribución porcentual del total de la población encuestada según escolaridad,
Río Cañas de Guanacaste, 2018

Escolaridad	Valor absoluto	%
Primaria incompleta	6	30
Primaria completa	14	70
TOTAL	20	100

Fuente: Elaboración propia, 2019

Tabla N° 2
Distribución porcentual del total de la población encuestada según convivencia,
Río Cañas de Guanacaste, 2018

Convivencia	Valor absoluto	%
Hermanos	4	20
Cónyuge	9	45
Hijos	3	15
Solo	2	10
Otros	2	10
TOTAL	20	100

Fuente: Elaboración propia, 2019.

Tabla N° 3
Distribución porcentual del total de la población encuestada según fuente de ingresos
económicos, Río Cañas de Guanacaste, 2018

Fuente	Valor absoluto	%
Salario	3	15
Pensión	17	85
Algún Familiar	1*	5

*una persona recibe ingresos por pensión y algún familiar

Fuente: Elaboración propia, 2019.

Tabla N° 4
Distribución porcentual del total de la población encuestada según cantidad de ingreso
económico, Río Cañas de Guanacaste, 2018
(aproximado y en colones)

Ingreso económico	Valor absoluto	%
Entre 100 mil y 199 mil	5	25
Menos de 99 mil	15	75
TOTAL	20	100

Fuente: Elaboración propia, 2019.

COMPLICACIONES FÍSICAS O FUNCIONALES (CAÍDAS)

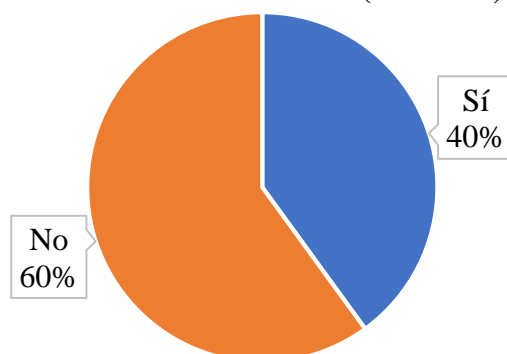


Figura N° 5. Distribución porcentual del total de la población encuestada según la presencia de caídas en el último año, Río Cañas de Guanacaste, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2019.

Tabla N° 5

Distribución porcentual del total de la población encuestada que sufrió una caída en el último año según el número de caídas que tuvo, Río Cañas de Guanacaste, 2018

Número de caídas	Valor absoluto	%
De 1 - 3 veces	6	75
De 4 - 6 veces	1	12.5
Más de 10 veces	1	12.5
TOTAL	8	100

Fuente: Elaboración propia, 2019

Tabla N° 6

Distribución porcentual del total de la población encuestada según causa de las caídas, Río Cañas de Guanacaste, 2018

Causas	Valor absoluto	%
Alteraciones del equilibrio o problemas al caminar	5	62,5
Pérdida de fuerza muscular	3	37,5
Alteraciones de la visión	1	12,5
Obstáculos (piedras, muebles, huecos); pisos con desniveles, resbaladizos o gradas; mucha o poca iluminación; calzado o ropa inadecuada	6	75

*5 personas contestaron respuestas múltiples

Fuente: Elaboración propia, 2019.

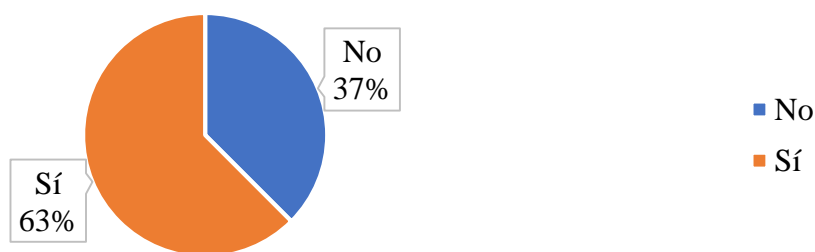


Figura N° 6. Distribución porcentual del total de la población encuestada según la presencia de consecuencias por las caídas, Río Cañas de Guanacaste, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2019.

Tabla N° 7

Distribución porcentual del total de la población encuestada según las consecuencias de las caídas, Río Cañas de Guanacaste, 2018 (5 personas con consecuencias)

Consecuencias	Valor absoluto	%
Síndrome Post Caída	1	20
Lesiones en la piel como Abrasiones (raspones), equimosis (moretes), heridas	5	100
Dependencia	1	20

*2 personas contestaron respuestas múltiples

Fuente: Elaboración propia, 2019.

Tabla N° 8

Distribución porcentual del total de la población encuestada según la educación recibida por enfermería en prevención de caídas, Río Cañas de Guanacaste, 2018

EDUCACIÓN	Sí f	fr (%)	No f	fr (%)	TOTAL
a. Valorar su capacidad y/o dolor relacionado con el movimiento	2	25	6	75	8
b. Alternativas u opciones para mantener posturas deseables si se presenta alguna limitación física, de modo que le permita hacerlo con facilidad	3	37,5	5	62,5	8
c. Utilizar zapatos con suela antideslizante, barandas, bastón, materiales adhesivos antideslizantes para evitar las posibles caídas relacionadas a inestabilidad física	4	50	4	50	8
d. Utilización de sillas, asientos, muebles y otros utensilios ergonómicos para evitar caídas, dolores de espalda y dolor en las articulaciones	3	37,5	5	62,5	8

e. Trascendencia de utilizar la mecánica corporal en su diario vivir	5	62,5	3	37,5	8
f. La forma correcta de agacharse, levantar o mover objetos, sentarse y/o desplazarse	5	62,5	3	37,5	8

Fuente: Elaboración propia, 2019.

DETERIORO EN LA CALIDAD DE VIDA

Tabla N° 9

Distribución porcentual del total de la población encuestada según disminución en la calidad de vida a partir del momento que inició la tercera edad, Río Cañas de Guanacaste, 2018

Disminución en la calidad de vida	Valor absoluto	%
Sí	14	70
No	6	30
TOTAL	20	100

Fuente: Elaboración propia, 2019.

Tabla N° 10

Distribución porcentual del total de la población encuestada según la presencia de indicadores de deterioro en la calidad de vida, Río Cañas de Guanacaste, 2018

INDICADORES	Sí f	fr (%)	No f	fr (%)	N/R f	fr (%)	TOTAL
a. Ha tenido limitaciones para realizar las actividades básicas diarias como bañarse, vestirse, defecar/orinar, ir al sanitario, movilizarse, alimentarse	1	5	19	95			20
b. Ha tenido limitaciones para realizar las actividades instrumentales diarias como usar el teléfono, ir de compras, cocinar, cuidar del hogar, lavar, transportarse, medicarse, manejar sus finanzas	10	50	10	50			20
c. Ha tenido problemas económicos para mantener su vida a como estaba acostumbrado(a)	19	95	1	5			20
d. Si trabaja, ¿considera haber tenido mayores dificultades o alteraciones para poder hacerlo?	4	20	5	25	11	55	20
e. Ha experimentado mayor soledad	10	50	10	50			20
f. Ha percibido un aislamiento de su familia, amigos o grupo social	8	40	12	60			20
g. Ha tenido más conflictos con otras personas			20	100			20
h. Ha sido agredido(a) física, verbal o emocionalmente por su familia, amigos o grupo social	1	5	19	95			20

i. Ha tenido problemas para recibir educación o aprender en lo que usted ha deseado	1	5	16	80	3	15	20
j. Su tiempo libre ha disminuido afectando su tiempo de ocio o recreación	4	20	14	70	2	10	20
k. Su tiempo libre ha aumentado, promoviendo su desocupación y tiempo de ocio	14	70	4	20	2	10	20

Fuente: Elaboración propia, 2019.

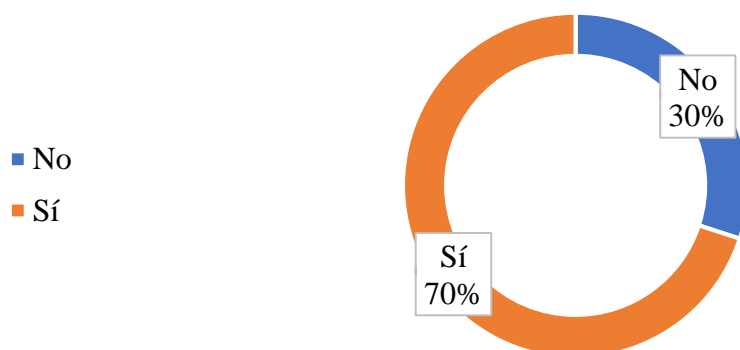


Figura N° 7. Distribución porcentual del total de la población encuestada según si se presentó estrés o ansiedad a partir del momento que inició la tercera edad, Río Cañas de Guanacaste, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2019.

Tabla N° 11

Distribución porcentual del total de la población encuestada según la educación recibida por enfermería sobre prevención del deterioro en la calidad de vida, Río Cañas de Guanacaste, 2018

EDUCACIÓN	Sí f	fr (%)	No f	fr (%)	TOTAL
a. Mantener la higiene corporal, realizar baño diario, lavar y secar bien cada parte del cuerpo, utilizar desodorante, realizar lavado bucal después de cada comida, utilizar hilo dental	2	10	18	90	20
b. Acudir al centro respectivo en busca de ayuda económica	3	15	17	85	20
c. Sobre la importancia de tener un trabajo u ocupación que le permita sentirse realizado	4	20	16	80	20
d. Importancia de desarrollar o mantener un núcleo familiar	4	20	16	80	20
e. No permitir que alguno de los siguientes factores le generen desmotivación personal para mantener su salud: falta de apoyo familiar, problema físico o situación económica	9	45	11	55	20
f. Resolver los conflictos con otras personas bajo un diálogo respetuoso y no permitir ningún tipo de agresión física o emocional	6	30	14	70	20

g. El uso de asertividad (defender sus derechos respetando a los demás) en sus conversaciones diarias	3	15	17	85	20
h. Repercusiones de aprender o descubrir conocimientos de forma continua para el desarrollo normal de la salud	2	10	18	90	20
i. Repercusiones físicas y emocionales de participar en diversas formas de recreación y ocio	0		20	100	20
j. Detectar las situaciones detonantes del estrés/ansiedad	14	70	6	30	20
k. Realizar algunas de las siguientes actividades para disminuir y/o manejar el estrés/ansiedad: hablar con alguien, salir o pasear, acudir al centro de salud, buscar y eliminar el factor detonante	9	45	11	55	20

Fuente: Elaboración propia, 2019.

POLIFARMACIA

Tabla N° 12

Distribución porcentual del total de la población encuestada según las enfermedades crónicas que padece, Río Cañas de Guanacaste, 2018

Enfermedades crónicas	Valor absoluto	%
EPOC o asma	6	30
Diabetes	10	50
Hipertensión arterial	15	75
Ninguna	3	15

Fuente: Elaboración propia, 2019.

Tabla N° 13

Distribución porcentual del total de la población encuestada según la adquisición de más enfermedades crónicas durante la tercera edad, Río Cañas de Guanacaste, 2018

Adquisición de enfermedades crónicas	Valor absoluto	%
Sí	20	100
TOTAL	20	100

Fuente: Elaboración propia, 2019.

Tabla N° 14

Distribución porcentual del total de la población encuestada según la cantidad de fármacos que toma, Río Cañas de Guanacaste, 2018

Cantidad de fármacos	Valor absoluto	%
No toma	3	15
De 1 a 2	7	35

De 3 a 4	5	25
Más de 4	5	25
TOTAL	20	100

Fuente: Elaboración propia, 2019.

Tabla N° 15

Distribución porcentual del total de la población encuestada que toma más de 4 fármacos al día según la presencia de malestares por tomar más de 4 fármacos al día, Río Cañas de Guanacaste, 2018. (de un total de 5 personas)

Malestares	Valor absoluto	%
Problemas gástricos	1	20
Problemas de insomnio	1	20
No presentan ninguno de estos malestares	3	60
TOTAL	5	100

Fuente: Elaboración propia, 2019.

Tabla N° 16

Distribución porcentual del total de la población encuestada según la educación recibida por enfermería para el manejo de enfermedades crónicas y la polifarmacia, Río Cañas de Guanacaste, 2018

Educación para el manejo de enfermedades crónicas y la polifarmacia	Sí f	f (%)	No f	f (%)	N/R f	f (%)	TOTAL
a. Valorar alguna anormalidad en su forma de respirar			20	100			20
b. Mantenerse recto y con la cabeza mirando hacia arriba durante alguna alteración respiratoria			20	100			20
c. Eliminar el fumado	16	80	4	20			20
d. Realizar actividad física durante 30 minutos al día como mínimo	18	90	2	10			20
e. Evitar respirar el humo de cocinas o fogatas	19	95	1	5			20
f. Prácticas sexuales seguras	5	25	15	75			20
g. Si es diabético, a mantener un control de su glicemia en ayunas	8	40	4	20	8	40	20
h. Tomarse la presión, con un periodo de descanso previo a la toma de al menos 5 minutos, sin haber fumado o consumido alcohol/café, sin haber pasado por emociones excitantes	18	90	2	10			20
i. Importancia de tener su carné de vacunas al día	16	80	4	20			20
j. Realizarse un chequeo general de salud cada año	8	40	12	60			20
k. Si toma algún tratamiento farmacológico, sobre la importancia de tomar su tratamiento en un momento	14	70	6	30			20

específico y con regularidad, según dosis e intervalos indicados

1. Importancia de no añadir ni mezclar medicamentos para el control de su enfermedad	8	40	12	60	20
--	---	----	----	----	----

Fuente: Elaboración propia, 2019.

COMPLICACIONES MENTALES

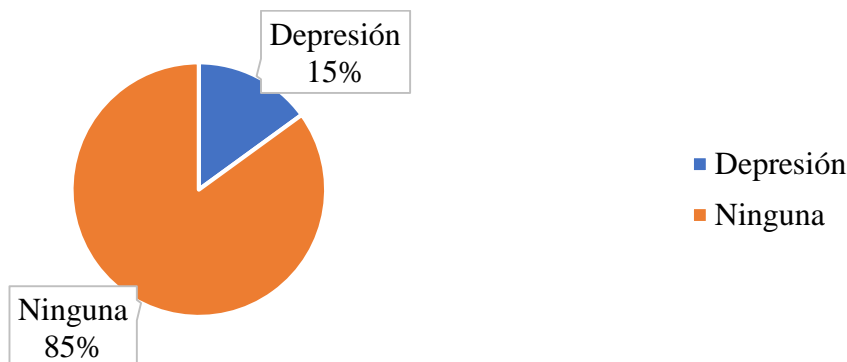


Figura N° 8. Distribución porcentual del total de la población encuestada según diagnóstico de depresión y/o demencia, Río Cañas de Guanacaste, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2019.

Tabla N° 17

Distribución porcentual del total de la población encuestada según la presencia de periodos de desorientación en el último año, Río Cañas de Guanacaste, 2018

Periodos de desorientación	Valor absoluto	%
No	20	100
TOTAL	20	100

Fuente: Elaboración propia, 2019

Debido a que ninguna persona presentó periodos de desorientación, no se puede tabular la pregunta 25, relacionada a la frecuencia de los periodos de desorientación.

Tabla N° 18

Distribución porcentual del total de la población encuestada según la presencia de indicadores de deterioro cognitivo, Río Cañas de Guanacaste, 2018

Indicadores de deterioro cognitivo	Sí f	f (%)	No f	f (%)	TOTAL
Pierde objetos comunes con mucha facilidad	8	40	12	60	20
Se olvida de asistir a citas o compromisos importantes	2	10	18	90	20
Tiene más dificultad que otras personas para encontrar palabras precisas en una conversación común	1	5	19	95	20

Fuente: Elaboración propia, 2019.

Tabla N° 19

Distribución porcentual del total de la población encuestada según la educación recibida por enfermería sobre complicaciones mentales, Río Cañas de Guanacaste, 2018

Educación sobre complicaciones mentales	Sí f	f (%)	No f	f (%)	N/R f	f (%)	TOTAL
a. Importancia de la salud mental	1	5	19	95			20
b. Dedicarse tiempo y aprender a conocer sus fortalezas y debilidades	3	15	17	85			20
c. Si ha tenido alguna de estas complicaciones mentales, se le ha educado sobre la importancia de comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos y opiniones sin ningún impedimento	3	15	1	5	16	80	20
d. Prestar atención a cualquier alteración en su capacidad mental	7	35	13	65			20
e. Realizar esquemas, horarios, rutinas o alguna otra ayuda con el fin de disminuir los periodos de desorientación	1	5	19	95			20
f. Manejar una agenda con los eventos importantes; realizar juegos de mesa o ejercicios mentales para mantener su mente activa y ejercitada			20	100			20

Fuente: Elaboración propia, 2019.

COMPLICACIONES BIOLÓGICAS

Tabla N° 20

Distribución porcentual del total de la población encuestada según la presencia de indicadores de complicaciones biológicas, Río Cañas de Guanacaste, 2018

Indicadores de complicaciones biológicas	Sí f	f (%)	No f	f (%)	N/R f	f (%)	TOTAL
a. ¿Ha cambiado su tipo de alimentación?	8	40	12	60			20
b. ¿Ha acortado sus tiempos de comida a partir de los 65 años?	15	75	5	25			20
c. ¿Sabe cuánto pesaba el año pasado y cuánto pesa actualmente?	11	55	9	45			20
d. ¿Ha perdido peso en el último año sin razón aparente?	3	15	15	75	2	10	20
e. ¿Ha cambiado de talla?	6	30	11	55	3	15	20

f. En el último año, ¿ha notado su piel más sensible a lesiones o daños que antes no causaban mayor lesión?	15	75	5	25	20
g. ¿Logra conciliar el sueño naturalmente?	14	70	6	30	20
h. ¿Toma medicamentos para poder dormir?	4	20	16	80	20

Fuente: Elaboración propia, 2019.

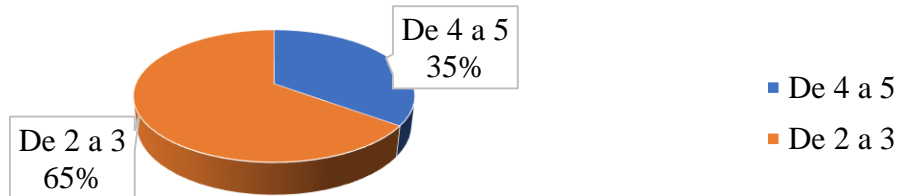


Figura N° 9. Distribución porcentual del total de la población encuestada según los tiempos de comida que realiza al día, Río Cañas de Guanacaste, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2019.

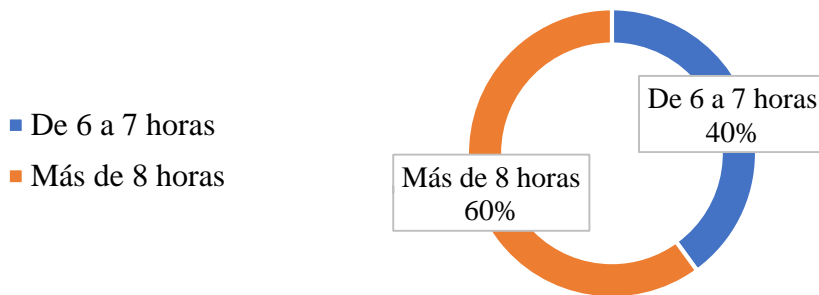


Figura N° 10. Distribución porcentual del total de la población encuestada según el rango de horas que duerme al día, Río Cañas de Guanacaste, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2019.

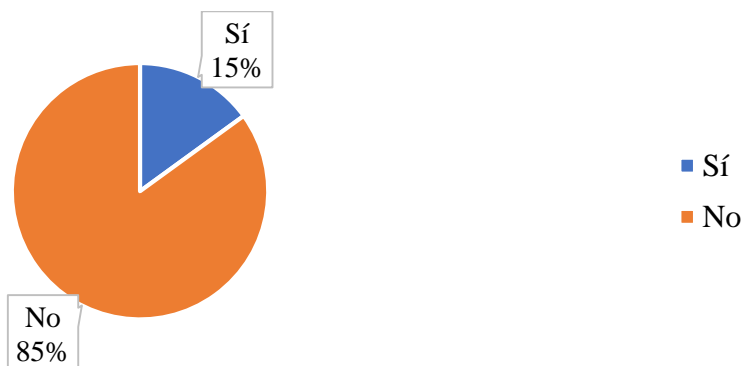


Figura N° 11. Distribución porcentual del total de la población encuestada según la presencia de quemaduras en el último año, Río Cañas de Guanacaste, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2019.

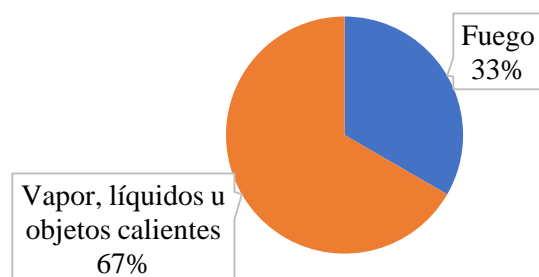


Figura N° 11. Distribución absoluta del total de la población encuestada según la causa de las quemaduras en el último año, Río Cañas de Guanacaste, 2018. (población total de 3 quemados). Fuente: Elaboración propia, 2019.

Tabla N° 33

Distribución porcentual del total de la población encuestada según la educación recibida por enfermería sobre complicaciones biológicas, Río Cañas de Guanacaste, 2018

Educación sobre complicaciones biológicas	Sí f	f (%)	No f	f (%)	TOTAL
a. Importancia del autocuidado	7	35	13		20
b. Mantener una dieta balanceada con 5 o 6 tiempos de comida, consumir alimentos ricos en fibra, abundante agua	17	85	3	15	20
c. Prestar atención a cualquier pérdida de peso o cambio de talla sin razón aparente; consultar su alteración en el centro de salud	4	20	16	80	20
d. Valorar sus heces y orina en busca de anomalías relacionadas a la pérdida de peso o alteraciones nutricionales; ya que su orina debe ser color amarillo claro y sus heces deben ser suaves, con bordes definidos	10	50	10	50	20
e. Utilizar protector solar; lubricar contantemente su piel; utilizar guantes de protección al realizar tareas que puedan lesionar su piel; no rascarse de manera intensa para no dañar la piel; manipular los utensilios calientes con limpienes o las medidas necesarias	17	85	3	15	20
f. Dormir entre 7 y 8 horas por día; tomar siestas	14	70	6	30	20
g. No tocar cables sin saber si tienen electricidad o líquidos sin saber que son	1	5	19	95	20

Fuente: Elaboración propia, 2019

Tabla N° 34

Distribución porcentual del total de la población encuestada según quién le ha brindado más información como la de este cuestionario, Río Cañas de Guanacaste, 2018

Quién brinda más información	Valor absoluto	%
Enfermero(a)	18	90
Auxiliar de enfermería	1	5
No responde	1	5
TOTAL	20	100

Fuente: Elaboración propia, 2019

Tabla N° 35

Distribución porcentual del total de la población encuestada según utilidad de la información, brindada por enfermería, para mantener o mejorar su nivel de salud, Río Cañas de Guanacaste, 2018

Utilidad de la información	Valor absoluto	%
Sí	14	70
No	5	25
No responde	1	5
TOTAL	20	100

Fuente: Elaboración propia, 2019

Tabla N° 36

Distribución porcentual del total de la población encuestada según el nivel de satisfacción con la atención que enfermería le ha brindado por medio de la visita domiciliar o durante sus citas, Río Cañas de Guanacaste, 2018

Nivel de satisfacción	Valor absoluto	%
Lo normal	19	95
No responde	1	5
TOTAL	20	100

Fuente: Elaboración propia, 2019