

UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA

CARRERA DE ENFERMERÍA

Tesis para optar por el grado académico de

Licenciatura en Enfermería

**FUNCIONALIDAD DE LA PERSONA
ADULTA MAYOR EN RELACIÓN CON LA
EFICACIA DEL CUIDADO DE LA PERSONA
RESPONSABLE, CENTROS DIURNOS
TACARES –GRECIA, MARZO 2018.**

NATALIA PORRAS MÉNDEZ

Marzo, 2018

Tabla de contenido

Índice de tablas	4
Índice de figuras	5
CAPÍTULO I	7
EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	7
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	8
1.1.1. Antecedentes del problema	8
1.1.2 Delimitación del problema	17
1.2 PROBLEMA CENTRAL: PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	20
1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	20
1.3.1 Objetivo general:	20
1.3.2 Objetivos específicos:	20
1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES	21
1.4.1 Alcances de la investigación.....	21
1.4.2 Limitaciones de la investigación	21
CAPÍTULO II.....	22
CONTEXTO HISTÓRICO Y TEÓRICO	22
2.1 CONTEXTO TEÓRICO.....	23
2.2 Modelos y Teorías	34
CAPÍTULO III	37
MARCO METODOLÓGICO	37
3.1 ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN	38
3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	38
3.3 UNIDADES DE ANALISIS U OBJETOS DE ESTUDIO.....	39
3.4 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	41
3.5 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	44
3.6 PLAN PILOTO (VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS).....	46
CAPÍTULO IV	48
PRESENTACION DE RESULTADOS.....	48
4.2 Generalidades	49
CAPÍTULO V.....	69
	2

DISCUSIÓN E INTERPRETACION DE DATOS.....	69
5.1 DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	70
CAPÍTULO VI	77
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	77
6.1 CONCLUSIONES.....	78
6.2 RECOMENDACIONES	80
BIBLIOGRAFÍA	83
GLOSARIO Y ABREVIATURAS	88
ANEXOS	89
Anexo 1. Declaración jurada	89
Anexo 2. Consentimiento informado.....	90
Anexo 3. Instrumento	92
Anexo 5. Carta del tutor	100
Anexo 6. Carta de la Asociación Centro Diurno para Personas de la Tercera edad Quintín Vargas Aguilar.....	101
Anexo 7. Carta de AATEGRE	102
Anexos 9. Dedicatoria	103
Anexo 10. Agradecimiento.....	106

Índice de tablas

Capacidad de autocuidado según El Índice de Barthel en adultos mayores entrevistados, en los Centros Diurnos ATEGRE y Quintín Vargas Aguilar, 2018.	55
Nivel de satisfacción de la escala de Likert en los centros Diurnos ATEGRE y Quintín Vargas Aguilar, 2018.	66

Índice de Figuras

Figura N°1 Adultos mayores entrevistados por sexo en los Centros Diurnos ATEGRE y Quintín Vargas Aguilar, 2018.....	49
Figura N°2 Adultos mayores entrevistados por edad en los Centros Diurnos ATEGRE y Quintín Vargas Aguilar, 2018.....	50
Figura N°3 Adultos mayores entrevistados por estado civil en los Centros Diurnos ATEGRE y Quintín Vargas Aguilar, 2018.....	51
Figura N°4 Adultos mayores entrevistados por escolaridad en los Centros Diurnos ATEGRE y Quintín Vargas Aguilar, 2018.....	52
Figura N°5 Adultos mayores entrevistados por tiempo de haber ingresado en los Centros Diurnos ATEGRE y Quintín Vargas Aguilar, 2018.....	53
Figura N°6 Adultos mayores entrevistados por motivo de haber ingresado en los Centros Diurnos ATEGRE y Quintín Vargas Aguilar, 2018.....	54
Figura N°7 Grado de independencia según el Índice de Barthel en adultos mayores entrevistados, en los Centros Diurnos ATEGRE y Quintín Vargas Aguilar, 2018.	56
FiguraN°8 Grado de independencia según la capacidad para utilizar el teléfono de la escala de Lawton y Brody en los Centros Diurnos ATEGRE y Quintín Vargas Aguilar, 2018.....	57
Figura N°9 Grado de independencia según la capacidad para ir de compras de la escala de Lawton y Brody en los Centros Diurnos ATEGRE y Quintín Vargas Aguilar, 2018.	58
Figura N°10 Grado de independencia según la capacidad de preparación de alimentación de la escala de Lawton y Brody en los Centros Diurnos ATEGRE y Quintín Vargas Aguilar, 2018.	59

Figura N°11 Grado de independencia según la capacidad de cuidado del hogar de la escala de Lawton y Brody en los Centros Diurnos ATEGRE y Quintín Vargas Aguilar, 2018.....	60
Figura N°12 Grado de independencia según la capacidad de lavado de ropa de la escala de Lawton y Brody en los Centros Diurnos ATEGRE y Quintín Vargas Aguilar, 2018.	61
Figura N°13 Grado de independencia según la capacidad para utilizar medios de transporte de la escala de Lawton y Brody en los Centros Diurnos ATEGRE y Quintín Vargas Aguilar, 2018.	62
Figura N°14 Grado de independencia según la capacidad para utilizar medicación en relación con la escala de Lawton y Brody en los Centros Diurnos ATEGRE y Quintín Vargas Aguilar, 2018.	63
Figura N°15 Grado de independencia según la capacidad para utilizar el dinero en relación con la escala de Lawton y Brody en los Centros Diurnos ATEGRE y Quintín Vargas Aguilar, 2018.	64
Figura N°17 Nivel de motivación de los adultos mayores que asisten a los Centros Diurnos ATEGRE y Quintín Vargas Aguilar, 2018.....	67
Figura N°18. Estado de salud posterior a la asistencia a los Centros Diurnos ATEGRE y Quintín Vargas Aguilar, 2018.....	68

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1.1. Antecedentes del Problema

En este apartado se realizará la búsqueda de estudios e investigaciones nacionales e internacionales sobre el funcionamiento de la persona adulta mayor en relación con la eficacia del cuidado de la persona responsable, se encuentran los siguientes trabajos relacionados con el tema.

Estudios Internacionales:

Referente a la celebración del Día Internacional de las Personas de Edad, La Dra. Margaret Chan, Directora General de Organización Mundial de la Salud (OMS), (1) publica el 30 de setiembre del 2015 en Ginebra un informe, que proporciona datos estadísticos donde revela el número de personas mayores a 60 años se duplicara para el año 2050. Gracias a los avances en medicina se proporciona una esperanza de vida cada vez más prolongada, lo que exigirá importantes cambios en el sistema de salud y en la estructura social. (1)

La OMS siendo una institución a nivel mundial sobre temas de salud, brinda una proyección importante sobre la situación futura de los adultos mayores en distintos escenarios a los que se enfrentara la población en estudio en las diferentes condiciones que favorecen o perjudican su salud y desempeño en la sociedad.

La profesora Universitaria de Enfermería Salazar Agulló (2) en el año 2006 propone la creación del Proyecto de Ley Promoción de la Autonomía Personal y de Atención a las Personas Dependientes en España. El objetivo del proyecto es proporcionar nuevos derechos para todos los ciudadanos de carácter universal, para ayudar a las personas dependientes y promocionar la autonomía de los cuidadores.

España presenta más de un millón de personas que padecen de alguna dependencia grave o severa, y de ellos el 80% tienen más de 65 años, lo que presenta una complicación en el futuro, ya que la sociedad envejece con rapidez, por lo que se dispone de una elevada esperanza de vida de 83 años para las mujeres y 76,9 años para los hombres. (2)

La problemática socio-sanitaria en este país es una cuestión de gran magnitud sin resolver. La cobertura asistencial en general es bastante escasa: sólo el 3,5% de las personas mayores de 65 años cuenta con ayuda domiciliaria, el 2,84 tele asistencia, el 0,54% cuenta con lugares en centros diurnos y hay 3,86 plazas residenciales por cada 100 personas dependientes. (2)

Los centros geriátricos actuales dependen de múltiples organismos para su administración y en general ofrecen una atención imposible, siendo el factor económico el más significativo para muchas familias, debió es esta situación gran mayoría de la población adulta mayor vivir en sus propias casas hasta el final de sus días sin calidad de atención para su salud. (2)

De acuerdo con la autora, las enfermeras desempeñan un papel estratégico como intermediarias entre el usuario y el sistema público (sanitario, social, educativo) y propone esta profesión como la más apta para asumir el reto. La enfermería es la profesión de los cuidados, esta ley es una oportunidad más para brindar el servicio a la sociedad, y cumplir con los objetivos establecidos por el proyecto para lograr calidad de vida y adultos mayores más funcional e independiente para la sociedad. (2)

El contexto presentado en España no es desigual en otras partes del mundo, debido a que es una problemática de muchos gobiernos, no basta con conocer o cuestionarse si se brinda atención o no, lo realmente importante es lograr que esa atención o servicios de calidad sean accesible para

los adultos mayores y sus familias, con el objetivo de evitar la discapacidad y aumentar funcionalidad en la sociedad.

Flores et al., (3) realiza un estudio denominado Nivel de Sobrecarga en el Desempeño del Rol del Cuidador Familiar de Adulto Mayor con Dependencia Severa, realizado en Chile en el año 2012.

El autor tiene como objetivo determinar el nivel de sobrecarga en el desempeño del relacionado con características sociodemográficas. Este proceso se lleva a cabo en una población 67 cuidadores familiares adscritos a Programas de Postgrado donde se evaluó a cada individuo por medio de la Escala de Zarit y la Encuesta Sociodemográfica. (3)

Los resultados refieren que los cuidadores son mujeres, hijas, casadas, media de edad 58,6 años, condición socioeconómica baja, sin ocupación, escolaridad media incompleta, llevan 1 - 5 años cuidando, dedican 21 - 24 h diarias, sin actividad recreativa, sin ayuda de otras personas y reconocen el apoyo de Centros de Salud Comunitarios. (3)

Se evidencia que más de la mitad de la población presentan sobrecarga intensa. La variable sobrecarga del cuidador sólo se asoció significativamente a instituciones que apoyan al cuidador y es factor predictivo de la sobrecarga. (3)

Flores (3) concluye haciendo énfasis que el cuidado de las personas mayores se puede sobrellevar con la organización del trabajo familiar en forma igualitaria, equitativa y recomienda iniciativas, proyectos que fortalezca el desarrollo social, aumentando las redes de apoyo para la población del Chile.

El asumir inesperadamente la tarea de asistir a diario a un familiar enfermo-dependiente se convierte en un rol abrumador y nocivo en ocasiones para la condición de los adultos mayores y sus cuidadores debido a la falta de conocimiento y condiciones básicas para su atención. El

abordaje adecuado de estos individuos con formación y ayuda profesional puede disminuir el desgaste físico y psicológico, y hacer de esta práctica cuidar puede ser una experiencia conmovedora y gratificante.

Durán et al., (4) realiza en Colombia en el año 2009 una investigación enfocada a la Integración social y habilidades funcional en adultos mayores, el objetivo del presente estudio es identificar la relación entre las variables, habilidades funcionales e integración social del adulto mayor y conocer si existen diferencias en función del sexo, la edad y el estado civil.

El autor realizó un estudio transversal con adultos mayores de 60 años, que asisten al centro diurno de la ciudad de Santiago de Cali, la muestra utilizada es no probabilística compuesta por un total de 500 adultos mayores. (4)

Los resultados muestran diferencias significativas en la integración social en función del estado civil, siendo mayor en los adultos mayores solteros y viudos. En función de la edad, se encuentran diferencias significativas en las habilidades funcionales, siendo mayor en los adultos entre los 60 y 65 años. No se encontraron diferencias significativas en función del sexo. (4)

Durán et al concluye que la autonomía y las habilidades funcionales del adulto mayor están estrechamente relacionadas con la frecuencia de las actividades físicas y de integración social, lo que favorece su calidad de vida y obstaculiza la aparición de cambios biopsicosociales significativos en esta etapa. (4)

Rodríguez Díaz et al., (5) realizó una investigación sobre la intervención en adultos mayores institucionalizados en 4 centros de bienestar de Bucaramanga en Colombia en el año 2010, cuyo objetivo fue medir el efecto de 5 estrategias de cuidado de enfermería en el adulto mayor con deterioro de la movilidad física y conductas generadoras de la salud.

La herramienta utilizada para la valoración de las estrategias de enfermería al adulto mayor consta de 33 ítems distribuidos en 5 sesiones. Al realizar la asimilación de la valoración de movilidad física entre la primera semana y la séptima semana se observa el progreso en la realización de los movimientos con un incremento de 59,7% partiendo de un 22,4% durante la primera semana a un 82,1% en la séptima semana. (5)

De acuerdo con el autor encuentra similitud con otros estudios al que afirmar que el ejercicio es eficaz para mejorar la capacidad motora puesto que en la población objeto de estudio, se evidenció un incremento de la movilidad física completa en un 59,7%, corroborando los beneficios de la actividad física. (5)

El estudio se basa en la Teoría de Autocuidado de Dorothea Orem y en comparación con el estudio realizado en los centros de bienestar demuestra, que el apoyo educativo es indispensable para que los adultos mayores adquieran un hábito que contribuya al mejoramiento de su estado de salud, a través de las prácticas de autocuidado y el uso adecuado de los dispositivos de ayuda. (5)

Rodríguez Díaz et al., (5) concluye que la relación de los adultos mayores con cada una de las prácticas de autocuidado, actividad física, uso adecuado de dispositivos de ayuda, y formación de líderes permite que continúen con el proceso de autocuidado y de esta manera se fomenta la independencia del adulto mayor-enfermera y la relación facilitador-cliente.

Bejines –Soto et al., (6) realizan diagnósticos de la capacidad funcional del adulto mayor en la ciudad de México en el año 2014, enfocado en el instrumento evaluativo la Escala de Barthel, el cual permite cuantificar el grado de autonomía funcional de las personas mayores que están en la comunidad o confinadas en casas hogares, para valorar la capacidad de realizar 10 actividades básicas de la vida diaria.

La muestra está conformada por 111 adultos mayores con edad promedio de 81 años, donde el 27.9 % mostró independencia total con la capacidad de realizar los cuidados personales y desplazarse solos, el 28.8 % dependencia leve con capacidad de realizar la mayoría de las actividades básicas diaria con ayuda mínima y el 14.4 % se considera moderada debido al constante apoyo de otra persona o cuidador. (6)

El 18 % se describe, como severa, a las personas incapaces funcionalmente de efectuar por sí solas actividades básicas y el 10.8 % dependencia total a las personas incapaces de realizar la mayoría de actividades cotidianas y que generalmente viven postrados en cama o una silla de ruedas. (6)

Bejines –Soto et al., (6) concluye que el 72.1 % de los adultos mayores presentó algún grado de dependencia funcional, lo que describe que gran cantidad de los adultos mayores con un abordaje adecuado y estimulación son capaces de realizar sus actividades de vida diaria y ser funcionales para la sociedad a pesar de su edad.

Antecedentes Nacionales

Puga y Rosero (7) en el 2007 realiza en la Universidad de Costa Rica, un estudio denominado Redes sociales y salud del adulto mayor en perspectiva comparada. Costa Rica, España e Inglaterra. Dicho estudio tiene como objetivo explorar la relación entre la red social más próxima al adulto mayor, los vínculos establecidos con otros miembros del hogar y las condiciones de salud en la vejez, desde una perspectiva internacional comparada entre distintos países.

El estudio cuenta con evidencias empíricas de una sociedad latinoamericana (costarricense), una sociedad latino-europea (española) y una sociedad anglosajona (británica). Los adultos mayores de los tres países analizados han mostrado modelos de redes familiares claramente diferenciados. (7)

En general se recalca la alta longevidad y el buen estado de salud de los adultos mayores costarricenses, el cual no difiere mucho del europeo. La esperanza de vida a los 60 años es muy similar en los tres casos, siendo las adultas mayores españolas y los varones costarricenses los que gozan de una mayor longevidad. (7)

Un escenario muy similar, lo trazan los datos de morbilidad crónica declarada en las encuestas. Entre los varones, son los mayores costarricenses los que presentan un mejor estado de salud en términos de morbilidad crónica. Entre las adultas mayores, las costarricenses son las que presentan una mayor prevalencia de problemas crónicos. (7)

A la alta esperanza de vida y los bajos niveles de problemas crónicos masculinos, se suman bajos niveles de depresión, tanto en el caso de los varones como entre las mujeres mayores costarricenses, que contrastan con los de las poblaciones europeas, especialmente con la de los

adultos mayores británicos. A este escenario se suman unos bajos niveles de discapacidad básica, tanto en varones como en mujeres. (7)

Jiménez (8) en el 2010 investiga la situación de la vejez en el ámbito jurídico internacional y nacional donde analiza la Ley 7935, el cual hace referencia que la legislación existe pero no es garantía de respeto de derechos para los adultos mayores.

El autor describe la problemática que existe no es la ley sino la poca capacidad de acción de los individuos mayores para exigir sus derechos y la falta de conocimiento de la mayoría de ciudadanos de tales derechos. Pese a tan valioso instrumento jurídico, lastimosamente muchas de las premisas expresadas en la ley en la realidad son inútiles por la gran cantidad de violaciones de derechos humanos que se ven día a día para este grupo en situación de vulnerabilidad. (8)

Álvarez et al., (9) en el 2010 realiza una guía de atención para el fortalecimiento de las actividades básicas de la vida diaria en los adultos mayores, dirigido a los cuidadores del hogar Manos de Jesús, Guadalupe de Cartago. El objetivo principal, es desarrollar una manual de atención para fomentar la autonomía y funcionalidad de dicha población.

Durante la aplicación de los instrumentos el hogar, se contaba con una población de 48 residentes, de los cuales 21 cumplieron con los criterios de inclusión. El tipo de investigación cumple con los criterios de un estudio transversal, debido a que se propondrá una guía de atención dirigida a los cuidadores de los adultos mayores. (9)

Álvarez et al., (9) elabora una hoja de cotejo para determinar las carencias en la realización de las actividades básicas de la vida diaria, en la que se evalúan aspectos como: orientación en tiempo, espacio y persona, actividades locomotrices, aseo e higiene, vestirse, comer y control esfinteriano.

Los resultados de la investigación refieren que la totalidad de la población refiere que el Hogar Manos de Jesús realiza actividades recreativas dirigidas por los cuidadores, así mismo el 90% refiere que se realizan con una frecuencia de 4 a 6 veces por semana, en cuanto a la incorporación a las actividades un 45% no la realiza. El 86% de la población no presenta limitaciones para realizar actividades recreativas, sin embargo, hay falta de participación de la mayoría. (9)

En relación con las actividades locomotrices, en promedio, un 47% de la muestra, deambula y se traslada de manera excelente. Con respecto al control esfinteriano, se obtuvo que un 29%, usa pañal, los demás lo hacen de manera independiente, refiriendo la presencia de un cuidador durante la acción, brindándoles asistencia. (9)

El autor concluye que, en cuantas más actividades básicas de la vida diaria, realice el adulto mayor, mayor autonomía e independencia le confiere.

Pastor (10), realiza un estudio sobre la Percepción de la Calidad de vida de las Personas Adultas Mayores en relación a su grado de funcionalidad, en la provincia de Limón en el periodo febrero 2017, el cual tiene como objetivo determinar la percepción de la calidad de vida en los adultos mayores manifestado en el estado de salud, esto se puede relacionar al grado de funcionalidad según las características de la población por sexo y edad.

De acuerdo con el autor, utiliza la escala WHOQOL-BREF establecida por la OMS para proporcionar el conocimiento transcultural de la calidad de vida percibida por el usuario y la escala de Lawton-Brodie establece la evolución de actividades instrumentales de la vida diaria enfocando en los cuidados diarios y aptos para detectar las primeras señales de deterioro del adulto mayor. (10)

La población de esta investigación fue de un total de 241 personas, de las cuales 125 fueron hombres y 116 mujeres, con edad promedio de 75 años, que en su mayoría estaban en una relación de pareja, y que contaban con estudios de primaria mayoritariamente. Con la calidad de vida y el sexo, se evidenció que los hombres en un 40% y las mujeres con un 31% asociaron una buena calidad de vida. (10)

Pastor concluye que la mayoría de los adultos mayores fueron catalogados como funcionales, independientes o con dependencias leves con resultados positivos. En cuanto a la salud psicológica esta concuerda con la salud física la cual se encuentra en adecuada condición donde no existen problemas de autoestima y la imagen corporal. (10)

1.1.2 Delimitación del problema

Los funcionarios y adultos mayores que asisten a los centros diurnos del cantón de Grecia y el distrito de Tacaes, cuentan con una población promedio de 100 usuarios, mayores a los 65 años de ambos sexos, diversas escolaridades y condiciones socioeconómicas, donde se pretende estimar la funcionalidad y grado de independencia que desarrollan los adultos mayores relacionado con la eficacia de los cuidados proporcionados por las personas responsables.

El desarrollo del adulto mayor en la sociedad es enmarcado en relación con la agilidad o destreza física y cognitiva, que este tenga para ser funcional en distintos escenarios. La estimulación proporcionada o no puede marcar la diferencia en su funcionalidad y grado de dependencia de otros individuos o instituciones.

La influencia de los centros diurnos de adultos mayores proporciona un gran sostén a la población en cuanto a cuidados y desarrollo de habilidades sociales, física y económicas para el progreso

integral de este, siempre y cuando cumplan con los requisitos y suministros necesarios para su adecuado cuidado.

1.1.3 Justificación

Esta investigación se realiza dentro de un contexto de relevancia social, ya que se espera que los beneficiados directos sean específicamente, los adultos mayores de los Centros Diurnos de Grecia y Tacares. Lo anterior se logrará, dando a conocer aspectos relacionados con la funcionalidad y la eficacia del cuidado de la persona responsable, de los adultos con respecto a la calidad de vida y prevención de enfermedades.

La Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud se refiere al envejecimiento individual como el proceso de integración entre un individuo que envejece y una realidad contextual en proceso de cambio permanente, siendo el estado funcional el mejor indicador de salud en la población adulta mayor. (11)

Según la OMS, debido al aumento de la esperanza de vida y la disminución de la tasa de fecundidad, la proporción de personas mayores de 60 años está aumentando más rápidamente casi en todos los países. De esta forma el envejecimiento de la población puede considerarse un éxito, debido a las políticas de salud pública y el desarrollo socioeconómico, pero también constituye un reto para la sociedad, que debe adaptarse a ello para mejorar al máximo la salud y la capacidad funcional de las personas mayores, así como su participación social y su seguridad.

Los cambios demográficos ocurridos en Costa Rica en las últimas décadas han tenido y tendrán en el futuro cercano importantes implicaciones que el país debe tomar en cuenta. Al disminuir la mortalidad un mayor número de personas sobrevive hasta edades adultas. La esperanza de vida

aumentó durante el siglo pasado desde 46,9 años en 1930 hasta 77,7 años en 2000 y, actualmente, es de 79,2 años. (12)

Costa Rica cuenta con una población adulta mayor total de 740105 de los cuales los 355907 son hombres y 384198 son mujeres que corresponde a las personas mayores de 60 años. La población estimada por Instituto Nacional de Censos y Estadísticas (INEC) refiere que 6448 adultos mayores asisten a los centros diurnos ubicados en las distintas provincias del país de los cuales 1547 son hombres y 4901 son mujeres. (13)

La presente investigación pretende estimar la funcionalidad y el grado de independencia que desarrollan los adultos mayores que asisten los centros diurnos relacionado con la atención brindada por los funcionarios que laboran en el establecimiento y la capacidad reflejada en el desenvolvimiento para desarrollar las actividades de vida diaria y aporte a la sociedad.

Las personas adultas mayores constituyen una población vulnerable debido a características particulares, su desenvolvimiento en la sociedad y comportamiento en su núcleo familiar es incomparable según sus funciones físicas, psicológicas y sociales de acuerdo con su edad lo que propensa a recibir malos tratos, abusos de diferentes tipos, y abandono. (14)

Estas circunstancias han aumentado el ingreso y permanencia de personas adultas mayores a residencias geriátricas, centros diurnos en donde existen instalaciones especiales y profesionales que proveen habitación, alimentación y ayuda con las actividades cotidianas. (14)

Los adultos mayores son el grupo poblacional con más limitaciones funcionales en cuanto a la propia autonomía, requiriendo atención geriátrica e individual, en algunas ocasiones el cuidado en dichas instituciones en relación a la cantidad numerosa de individuos es limitada y no se permite

a los adultos que están institucionalizados o en casa desenvolverse de acuerdo a sus habilidades.
(14)

Uno de los aspectos relevantes del estudio es la calidad de vida de los adultos mayores desde una perspectiva integral, donde se visualiza al individuo en el contexto en el que se desarrolla relacionado con sus expectativas, patrones y preocupaciones. La relación del cuidado de las personas responsables es fundamental para saciar todas las necesidades y fortalecer sus debilidades donde no solo se favorezcan su salud física y mental, sino lograr potenciar las habilidades de interacción e impulsar ciudadanos con mayor utilidad para la sociedad.

1.2 PROBLEMA CENTRAL: PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la funcionalidad de la persona adulta mayor en relación con la eficacia del cuidado de la persona responsable, centros diurnos Tacaes –Grecia, marzo 2018?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1 Objetivo general:

Describir la funcionalidad de las personas adultas mayores en relación con la eficacia del cuidado de la persona responsable, Centros diurnos Tacaes – Grecia, en marzo 2018.

1.3.2 Objetivos específicos:

- 1.) Describir aspectos sociodemográficos en las personas mayores de 65 años que asistente a los centros diurnos Tacaes y Grecia, en marzo 2018.
- 2.) Identificar la funcionalidad de la persona adulta mayor que asistente a los centros diurnos Tacaes y Grecia, en marzo 2018.
- 3.) Identificar la percepción de la eficacia del cuidado de la persona responsable de los adultos mayores que asisten a los centros diurnos Tacaes y Grecia, en marzo 2018.

1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES

1.4.1 Alcances de la investigación

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

1.4.2 Limitaciones de la investigación

Durante el proceso de investigación se presentaron diversas limitantes las cuales dificultaron el proceso de recolección de datos. La falta de asistencia al centro diurno fue una de las causas que alargaron el tiempo de recolección de datos ya que no era regular la presencia de los adultos mayores por diversas razones entre las más comunes citas médicas y enfermedad.

El espacio físico dificultó el proceso de entrevista, ya que en uno de los centros no contaba con espacio específico para realizar el proceso y limitaba al usuario a entrar en confianza con el entrevistador por temor.

Más de la mitad de los entrevistados no permiten registrar la información por medio de grabación por temor a ser revelada, sin embargo, el total de la población firma y acepta el consentimiento informado.

CAPÍTULO II

CONTEXTO HISTÓRICO Y TEÓRICO

2.1 CONTEXTO TEÓRICO

2.1.1 Proceso de envejecimiento

El envejecimiento es la suma de todas las modificaciones morfológicas y fisiológicas que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres humanos, conducen a la disminución de la capacidad de adaptación en cada uno de los órganos, aparatos ,sistemas y hasta la muerte. (15)

Antonier (16) en el 2003 cita a “Streheler” el cual describe cuatro características que componen el concepto de envejecimiento:

1. Es universal para todos los individuos de una especie dada.
2. Se producen cambios endógenos, van de dentro hacia fuera. Es un fenómeno intrínseco no debido a agentes externos.
3. Es un fenómeno progresivo.
4. Es un fenómeno deletéreo, que produce alteraciones en el organismo.

Cada individuo envejece de una forma distinta y en este proceso actúan diversos factores de carácter: hereditarios, de sexo, estilo de vida, y relaciones afectivas, por lo tanto, el envejecimiento es una especie de reacción en cadena en la que un cambio adverso provoca otro. (17)

González (17)en el 2010 cita a Moragas, R., 1991 define “La vejez es el resultado del envejecimiento y está contemplado como una realidad que afecta a una parte de la población, como una categoría independiente del resto de la sociedad, con un conjunto de características propias y comunes entre los ancianos”.

El proceso de envejecimiento incluye la percepción por parte del mismo individuo y la sociedad que le rodea de los cambios físicos que tienen lugar en él y la reacción subsiguiente a ésta tales como los cambios psicológicos que influyen en los pensamientos, creencias, valores y comportamiento, que a su vez determinan el

desenvolvimiento de las personas en nuestra sociedad y las relaciones con otros individuos de distintos grupos etarios. (17)

2.1.1.2 Cambios biológicos del proceso de envejecimiento

Ruiz (18) refiere que con el aumento de la edad incrementa también el número de afecciones en nuestro cuerpo, por lo cual la salud se empieza a deteriorar. En el envejecimiento se presentan daños a nivel celular y molecular porque al envejecer las células son menos capaces de reparar o reemplazar componentes dañados obteniendo como resultado la muerte de las células y al hacerlo van generando diversos cambios que se manifiestan en los sistemas cardiovascular, respiratorio, metabólico y motriz.

2.1.1.3 Cambios físicos del proceso de envejecimiento

Antonier (16) hace énfasis que el tiempo produce en el organismo cambios morfológicos cardiovasculares, cambios patológicos estructurales del aparato respiratorio, muscular, óseo, digestivo, genito-urinario, cambios en la boca y dientes, cambios en los órganos sensoriales tales como disminución de la agudeza visual y pérdida auditiva, la piel denota enrojecimiento, se acompaña frecuentemente de una mayor lentitud en la capacidad psicomotriz y de una disminución en los mecanismos termorreguladores del anciano, todo ello puede suponer un riesgo para la salud del individuo.

2.1.1.4 Cambios psíquicos

El tiempo produce un envejecimiento en las capacidades intelectuales, a partir de los 30 años se inicia un declive de las capacidades intelectuales que se va acelerando con la vejez. (16)

Antonier detalla la pérdida de la capacidad para resolver problemas en la vejez, esta se acompaña de falta de espontaneidad en los procesos de pensamiento. La capacidad de lenguaje y de expresión suelen estar alteradas. La creatividad y capacidad imaginativas

se conservan. Existen alteraciones en la memoria y suelen padecer de amnesia focalizada en el tiempo. (16)

De acuerdo con el autor el carácter y personalidad no suelen alterarse, a menos que se produzcan alteraciones patológicas. La capacidad de adaptación suele estar disminuida por el miedo ante situaciones desconocidas. (16)

2.1.1.5 Cambios sociales

Los comportamientos y conductas relacionadas con el aspecto social cambian en esta etapa de la vida, dependiendo del tipo de actividad que desempeñe el adulto mayor, así como del rol o estatus dentro del trabajo, la familia y sociedad. (16)

El anciano como individuo. La cercanía a la muerte se hace presente en esta etapa de la vida y la actitud, conciencia sobre esta lleva a actitudes distintas en relación con otras etapas causando aceptación de la realidad de la muerte. Esta es vivida por los ancianos como liberación, como el final de una vida de lucha, preocupaciones y problemas, para otros es una alternativa mejor aceptada que el posible deterioro o la enfermedad. Otros ancianos rechazan el hecho de morir y suelen rodearse de temor y angustia. (16)

El anciano como integrante del grupo familiar. Las relaciones familiares suelen ser cambiantes, debido a la convivencia con sus nietos e hijos pasan por distintas etapas. La primera etapa cuando el anciano es independiente y ayuda a los hijos y actúa de recadero. La segunda etapa cuando aparecen problemas de salud, las relaciones se invierten, y la familia suele plantearse el ingreso del anciano en una residencia. (16)

El anciano como persona capaz de afrontar las pérdidas. La ancianidad es una etapa caracterizada por las pérdidas (facultades físicas, psíquicas, económicas, rol, afectivas, etc.) Las pérdidas afectivas caracterizadas por la muerte de un cónyuge o un amigo van acompañadas por gran tensión emocional y sentimiento de soledad. El sentimiento de soledad es difícil de superar. (16)

2.1.2 Población adulta mayor

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

Según Gutiérrez: “La gran mayoría de los ancianos son funcionales e independientes; sin embargo, los ancianos dependientes, aun cuando son minoría, absorben una porción significativa de los gastos en salud y requieren frecuentemente de cuidados prolongados, administrados por personal experimentado. Ellos tienen alto riesgo de institucionalización en asilos de estancia prolongada, donde las condiciones óptimas son difícilmente alcanzadas y por tanto su evolución suele ser desfavorable.” (19)

Peláez (20) señala que el envejecimiento es un proceso natural y la longevidad es un objetivo natural y deseable en cualquier sociedad. Sin embargo, el envejecimiento representa también un factor de riesgo para la funcionalidad normal del organismo y de muchas enfermedades.

La calidad de vida y la funcionalidad en la vejez están relacionadas con las características personales y el estilo de vida, los recursos de la sociedad y el medio ambiente al que se está expuesto. (20)

El envejecimiento influye en todas las estructuras de la sociedad y produce una necesidad de servicios de cuidado adecuado para los adultos mayores. Hasta ahora, el interés de los gobiernos por desarrollar servicios médicos para el adulto mayor ha sido lento y escaso. Se tiende a decir que el problema del anciano es social y se desestiman los informes que señalan que los tres problemas más relevantes para ellos, según importancia, son: mala salud, soledad y pobreza. (21)

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

En 1999 la Gaceta publica la Ley número 7935, Ley integral para la persona adulta mayor la cual tiene como objetivo principal garantizar a esta población igualdad de oportunidades y vida digna en todos los ámbitos. El capítulo número I describe la definición legal para la persona adulta mayor en la que menciona que todo individuo que sea mayor sesenta y cinco años o más tiene derecho a recibir los beneficios y deberes de dicha legislación. (22)

El Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM) es el ente rector en materia de envejecimiento y vejez en nuestro país y está adscrito a la Presidencia de la República. Busca garantizar el mejoramiento en la calidad de vida de las personas adultas mayores mediante la formulación y ejecución de las políticas públicas integrales que generen la creación de condiciones y oportunidades para que estas personas tengan una vida plena y digna. (23)

Algunas de sus funciones son formular las políticas y los planes nacionales en materia de envejecimiento, velar por el cumplimiento de declaraciones, convenios, leyes, reglamentos y demás disposiciones conexas, referentes a la protección de los derechos de las personas adultas mayores y administrar recursos financieros para la ejecución de programas específicamente establecidos por Ley. (23)

El CONAPAM describe los centros diurnos como un servicio organizado por la comunidad y con apoyo institucional. Su propósito es ofrecer un trabajo multidisciplinario y de responsabilidad multisectorial, para atender durante el día a

personas adultas mayores. El Cuidado se dirige hacia personas independientes y de escasos recursos económicos o en riesgo social. Esta modalidad es un complemento a la vida familiar, ya que mantiene estrecha relación persona adulta mayor, familia y comunidad. (24)

Las actividades básicas que brinda son: nutrición, terapia recreativa, integración al medio social productivo, psicología, trabajo social, medicina general, personal de planta capacitado, equipo auxiliar adecuado y adaptaciones necesarias, distribución adecuada de planta física. Los criterios básicos de ingreso para una persona son: mayor de sesenta y cinco años (para que puedan recibir recursos del CONAPAM), sin recursos familiares ni económicos, movilidad independiente, diagnóstico médico o epicrisis, estudio socioeconómico y otros criterios que la organización disponga. (24)

Por lo que los centros diurnos es una alternativa que facilita el desarrollo que favorece los distintos cambios en el proceso de envejecimiento, fortaleciendo áreas como la interacción social, actividad física y entre otras, promoviendo adultos mayores más saludables, funcionales e independientes para la sociedad.

2.1.3 Funcionalidad

El Diccionario de la lengua española define funcionalidad como la cualidad de ser funcional, es decir que para tener un concepto claro se debe entender el significado de función, el cual se describe como la capacidad de actuar propia de los seres vivos, y de las maquinas o instrumentos. (25)

Menéndez (26) refiere que en 1975 la OMS intentó dar una definición operacional del concepto de salud en la que se tomara en cuenta la función, considerándola como "un estado o calidad del organismo humano que expresa su funcionamiento adecuado en condiciones dadas, genéticas o ambientales".

Parra (27) refiere que la funcionalidad o independencia funcional es la capacidad de cumplir acciones requeridas en el diario vivir, para mantener el cuerpo y subsistir independientemente, cuando el cuerpo y la mente son capaces de llevar a cabo las actividades de la vida cotidiana se dice que la funcionalidad está indemne.

Spiridus et al., (28) en el 2004 refiere que la capacidad funcional del adulto mayor es definida como "el conjunto de habilidades físicas, mentales y sociales que permiten al sujeto la realización de las actividades que exige su medio y/o entorno".

La capacidad se fundamenta por la existencia de habilidades psicomotoras, cognitivas y conductuales. La habilidad psicomotora, entendida como la ejecución de habilidades prácticas que requieren la actividad coordinada muscular, junto con un proceso cognitivo de intencionalidad, que son las bases para las actividades de la vida diaria.

(28)

2.1.3.1 Evaluación del Estado Funcional

Los cambios normales a causa del envejecimiento y los problemas de salud de los adultos mayores se manifiestan frecuentemente como declinaciones en el estado funcional. Estos problemas de salud condicionantes de deterioro funcional en los adultos mayores de no ser tratados pueden conducir a situaciones de incapacidad severa y ponen al individuo en riesgo. (29)

La funcionalidad se define por medio de tres componentes, estos pueden indicar la futura declinación o mejoría en el estado de salud del adulto mayor y permite al personal de salud intervenir de forma apropiada.

La OPS y la OMS (29) refiere en su artículo sobre la evaluación funcional del adulto mayor los componentes que definen la funcionalidad son:

1. Las Actividades Básicas de la Vida Diaria: tales como se, vestirse, utilizar el inodoro, movilizarse entrar y salir de la cama, continencia y alimentación.

2. Las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria: tales como el uso de transporte, ir de compras, uso del teléfono, control de fármacos y la capacidad para realizar las tareas domésticas.
3. Marcha y equilibrio. (29)

La valoración del adulto mayor debe de ser multidimensional con el acompañamiento del área física, mental, social y funcional; esta última siendo un eje fundamental para identificar la función, ya que es una de las dimensiones más sensibles en la evaluación del usuario geriátrico dado que refleja la condición general de salud del paciente y se identifica el grado de independencia o dependencia.

León et al., (30) en el 2011 cita la clasificación habitual para la función establecida por Lazcano en el 2007:

1. Funcional o independiente: tiene la capacidad de cuidar de sí mismo y mantiene lazos sociales.
2. Inicialmente dependiente: requiere de cierta ayuda externa, como transporte o para las compras.
3. Parcialmente dependiente: necesita ayuda constante en varias de las actividades de la vida cotidiana, pero aún conserva cierta función.
4. Dependiente funcional: requiere de ayuda para la mayor parte de las actividades de la vida cotidiana y necesita que alguien le cuide todo el tiempo.

La evaluación de la funcionalidad permite categorizar a los adultos mayores según sus necesidades para establecer prioridades y plan de atención para fortalecer las áreas deficientes.

2.1.3.2 Escalas de funcionalidad

La generalización del uso de escalas tiene como objetivo conocer la situación basal del paciente, determinar el impacto de la enfermedad actual, transmitir información objetiva, poder monitorizar los cambios y en último término, establecer tratamientos específicos y valorar la respuesta al mismo. El objetivo de las escalas de valoración funcional es determinar la capacidad de una persona para realizar las actividades de la vida diaria de forma independiente.

Tigras (31) las escalas más utilizadas para evaluar la funcionalidad en esta población son el Índice de Katz (IK), el Índice de Barthel (IB) y en España la Escala Funcional de la Cruz Roja.

1. **Índice de Katz:** Evalúa el grado de dependencia/independencia de las personas utilizando seis funciones básicas: baño (esponja, ducha o bañera), vestido, uso del retrete, movilidad, continencia y alimentación. En la escala original cada actividad se categorizaba en tres niveles (independencia, dependencia parcial y dependencia total) pero actualmente ha quedado reducido a dos (dependencia o independencia). (31)
2. **Índice de Barthel o Índice de Discapacidad de Maryland:** Valora la capacidad de una persona para realizar de forma dependiente o independiente 10 actividades básicas de la vida diaria como la capacidad de comer, moverse de la silla a la cama y volver, realizar el aseo personal, ir al retrete, bañarse, desplazarse, subir y bajar escaleras, vestirse y mantener el control intestinal y urinario. Su puntuación oscila entre 0 (completamente dependiente) y 100 (completamente independiente) y las categorías de respuesta entre 2 y 4 alternativas con intervalos de cinco puntos en función del tiempo empleado en su realización y la necesidad de ayuda para llevarla a cabo. (31)

3. **Escala de la Cruz Roja de Madrid:** Es una escala simple y fácil de utilizar sin normas detalladas sobre su aplicación. El evaluador debe clasificar al paciente en el grado funcional que más se aproxime a su situación actual. Evalúa la incapacidad física según una escala de seis grados que oscilan entre el 0 (independencia) y el 5 (incapacidad funcional total). La información se obtiene preguntando directamente al paciente o a su cuidador. El tiempo de aplicación es inferior a un minuto. (31)
4. **Escala de Lawton y Brody:** Evalúa la capacidad funcional mediante 8 ítems: capacidad para utilizar el teléfono, hacer compras, preparar la comida, realizar el cuidado de la casa, lavado de la ropa, utilización de los medios de transporte y responsabilidad respecto a la medicación y administración de su economía. A cada ítem se le asigna un valor numérico 1 (independiente) o 0 (dependiente). La puntuación final es la suma del valor de todas las respuestas y oscila entre 0 (máxima dependencia) y 8 (independencia total). La información se obtiene preguntando directamente al individuo o a su cuidador principal. (31)

Para efectos de la investigación según las variables establecidas en el objetivo principal las escalas utilizadas y que se ajustan según la recolección de datos en relación a la funcionalidad de adulto mayor son el Índice de Barthel y la Escala de Lawton y Brody.

2.1.4 Eficacia del cuidado

Báez (32) en el 2009 describe el cuidar como una actividad humana que se define en relación a un proceso cuyo objetivo va más allá de la enfermedad, se demuestra en la práctica interpersonal, que tiene como finalidad promover la salud y el crecimiento de la persona.

De acuerdo con el autor el significado de cuidado en el profesional de enfermería se refiere a la sinonimia de atención oportuna, rápida, continua y permanente, orientada a resolver problemas particulares que afectan la dimensión personal de los individuos que demandan en distintas modalidades de atención en salud. (32)

Mokate (33) en 1999 hace referencia a la palabra “eficacia” proveniente del Latín *efficere* que, a su vez, es derivado de *facere*, que significa “hacer o lograr”. Adicionalmente describe la definición del Diccionario de la Lengua Española de la Real Academia Española donde señala que “eficacia” significa “virtud, actividad, fuerza y poder para obrar”. La eficacia se demuestra al logra o hacer lo que se debía hacer de manera correcta lo que se encuentra relacionado con la satisfacción del usuario por parte del funcionario. La satisfacción Mora (34) la define como "la razón o acción con que se responde enteramente a un gusto, placer o queja. Es estar conforme uno con algo o alguien". De acuerdo con su investigación refiere que la satisfacción del cuidado corresponde a una expresión de bienestar referido por los usuarios, respecto a la calidad de las acciones o cuidados de enfermería.

Es un elemento significativo y se puede entender como una evaluación personal del servicio recibido, basado en patrones subjetivos de orden cognitivo y afectivo, y están establecidos por la comparación entre la experiencia vivida y los criterios subjetivos de los usuarios. La satisfacción de los individuos es un buen punto de partida en el análisis de la calidad. Las quejas y los requerimientos de los usuarios permiten que los proveedores de las instituciones definan los estándares de calidad adecuados para cada servicio, con el fin de implementar los cambios necesarios.

Para efectos de investigación la opinión de los usuarios es primordial para evaluar si el cuidado se está brindando con calidad y de forma integral, así como también permite identificar deficiencias desde el quehacer de funcionario responsable.

2.2 Modelos y Teorías

La funcionalidad del adulto mayor se mide o valora en relación con la independencia o dependencia que este mismo desarrolle en el cumplimiento de las actividades para satisfacer sus necesidades básicas de vida diaria. Esta investigación pretende demostrar cómo influye la eficacia del cuidado de la persona responsable en la dependencia del adulto mayor para satisfacer sus necesidades y ser individuos más funcionales para la sociedad.

La teorizante de enfermería que se relaciona con los criterios establecidos en la investigación es Virginia Henderson, quien nació en 1897 en Kansas City, Missouri, y muere en marzo de 1996. Su principio e interés por la Enfermería tiene lugar durante la primera Guerra Mundial. En 1918 ingresó en la Army School of Nursing de Washington D.C, donde se graduó en 1921 y aceptó el puesto de enfermera de plantilla en el Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York.(35)

De acuerdo con la teorizante su influencia proviene del Paradigma de la Integración, situándose dentro de la Escuela de las Necesidades. El modelo tiene influencias provenientes de la fisiología (Stackpole) y la psicología (Thorndike). (35)

Para Henderson, la enfermería es una profesión independiente cuya función principal es ayudar, desarrolla la teoría denominada “El modelo de Virginia Henderson y las 14 Necesidades humanas Básicas”, que van desde las necesidades físicas hasta las psicológicas, muy similares a las de Abraham Maslow. (35)

En 1958 Henderson expone en su estudio los 4 conceptos básicos del Meta-paradigma de enfermería de la siguiente manera:

Enfermería:" La función específica de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o una muerte tranquila, que éste realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, la

voluntad y el conocimiento necesario. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible "(36).

Persona: un todo complejo que presenta 14 Necesidades Básicas (cada necesidad tiene dimensiones de orden bio-fisiológico y psico-sociocultural). Toda persona tiende hacia la independencia en la satisfacción de sus necesidades básicas y desea alcanzarla.(36)

Salud: se equipará con la independencia de la persona para satisfacer las 14 necesidades básicas. La satisfacción de estas necesidades, en toda su complejidad, es la que mantiene la integralidad de la persona. Requiere de fuerza, voluntad o conocimiento.(36)

Entorno: inicialmente se refiere a él como algo estático, aunque reconoce su influencia positiva o negativa sobre el usuario y recomienda a la enfermera que lo modifique de tal forma que promueva la salud. En escritos más recientes habla de la naturaleza dinámica del entorno y de su impacto sobre el usuario y la familia.(36)

El paciente era considerado como un individuo que necesita ayuda para conseguir independencia e integridad total de mente y cuerpo. La presente investigación toma como apoyo la teoría de las 14 necesidades humanas básicas relacionado con la eficacia del cuidado hacia la funcionalidad de la persona adulta mayor que asiste a los centros diurnos en estudio.

Las necesidades humanas básicas según Henderson (36), son:

1. Respirar con normalidad.
2. Comer y beber adecuadamente.
3. Eliminar los desechos del organismo.
4. Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada.
5. Descansar y dormir.
6. Seleccionar vestimenta adecuada.
7. Mantener la temperatura corporal.

8. Mantener la higiene corporal.
9. Evitar los peligros del entorno.
10. Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones.
11. Ejercer culto a Dios, acorde con la religión.
12. Trabajar de forma que permita sentirse realizado.
13. Participar en todas las formas de recreación y ocio.
14. Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud.(36)

La relación de este modelo es descubrir con el desarrollo de la investigación la descripción de las personas que tienen el conocimiento, la fuerza y la voluntad para cubrir y satisfacer las necesidades básicas para clasificarlos como usuarios independientes e identificar la falta o falla de estas necesidades en la persona, o catalogar a los usuarios como personas dependientes de otras personas responsables.

Por tal motivo, en la investigación se toma en cuenta la medición de la funcionalidad de la población adulta mayor con relación al dominio del cuidador o responsables sobre las necesidades de los pacientes para influir en su desenvolvimiento de vida diaria las cuales puede favorecer o no su salud.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN

El enfoque cuantitativo se define como un proceso sistemático, formal y objetivo, que se vale de los datos numéricos para obtener la información, utiliza métodos hipotéticos-deductivos, que se refiere al origen hipotético con base en el material empírico recolectado a través de procedimientos de observación y experimentación, los cuales, permiten deducir planteamientos particulares.(37)

Pértegas Díaz (38) en el 2002 cita en su artículo a Cáceres (1996) el cual refiere que la Investigación Cuantitativa, se centra fundamentalmente en los aspectos observables y susceptibles de cuantificación de los fenómenos educativos, utiliza la metodología empírico-analítica y se sirve de pruebas estadísticas para el análisis de datos.

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

3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN

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

Los estudios descriptivos son útiles para mostrar con precisión los ángulos o dimensiones de un fenómeno, suceso, comunidad, contexto o situación. (39)

3.3 UNIDADES DE ANÁLISIS U OBJETOS DE ESTUDIO

El estudio está dirigido a adultos mayores de 65 años, que cuentan con las facultades psicológicas idóneas para proporcionar la requerida información de forma directa, independientemente del sexo.

Al ser un estudio descriptivo, se desarrolla un conjunto de acciones con el fin de conocer los factores la funcionalidad y la gestión del cuidado de los individuos que asisten al Centro Diurno Quintín Vargas Aguilar ubicado en Tacaes y Centro de la Tercera Edad Grecia (ATEGRE) ubicado en el distrito de San Roque ambas instituciones pertenecen al cantón de Grecia y cuentan con los servicios públicos y básicos para brindar sus servicios.

3.3.1 Población y muestra

Según el INEC(13) para el 2017 se proyecta 2549 personas entre los 60 y 64 años, 1956 de 65 a 60 años , 1394 de 70 a 74 años y 2693 mayores de 75 años en el cantón de Grecia. La población total utilizada para dicha investigación es de 106 Adultos mayores, 41 adultos que asisten al Centro Diurno Quintín Vargas Aguilar y 65 del Centro Diurno Tercera Edad Grecia (ATEGRE). Se trabaja con el total de la población, por lo tanto, no hay muestra.

3.3.2 Criterios de inclusión y exclusión

Para la selección de población se toman en cuenta los criterios y condiciones específicas para ser parte del estudio.

Criterios de inclusión: Se incluyen usuarios que deben cumplir con los siguientes criterios para ser elegibles.

- Adultos mayores de 65 años.
- Adultos mayores que asisten a los Centro Diurnos Quintín Vargas Aguilar y al Centro Diurno Tercera Edad Grecia (ATEGRE).

- Población que asiste en marzo de 2018.

Criterios de exclusión: se indican las condiciones específicas, con las que cuenta el individuo que no le permiten formar parte de la población seleccionada para el estudio.

- Adultos mayores con deterioro cognitivo o pérdida de memoria.
- Adultos mayores quienes no deseen participar, no acepten o firmen el consentimiento informado.

3.4 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Objetivo específico	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores	Instrumento
Caracterizar Socio demográficamente las personas de 60 a 65 años que asistente a los centros diurnos Tacares y Grecia, en marzo 2018.	Aspectos sociodemográficos	Conjunto de características biológicas, socioeconómico culturales que están presentes en la población sujeta a estudio, tomando aquellas que puedan ser medibles.	Son las características medibles de la población de estudio, estas abarcan sexo, lugar de estadía, escolaridad, edad y entre otras características sociales y demográficas.	Social	Lugar de estadía.	I Parte. Pregunta 5
					Ocupación	
					Estado civil	I Parte. Pregunta 3
				Demográfica	Escolaridad	I Parte. Pregunta 4
					Edad	I Parte. Pregunta 2
					Sexo	I Parte. Pregunta 1

Objetivo específico	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores	Instrumento
Identificar la percepción de la eficacia del cuidado de la persona responsable de la persona adulta mayor que asistente a los centros diurnos Tacares y Grecia, en marzo 2018.	La percepción de la eficacia del cuidado de la persona responsable de la persona adulta mayor.	Capacidad para recibir, mediante los sentidos, las imágenes, impresiones o sensaciones externas, o comprender y conocer algo en concordancia al efecto deseado de la acción del cuidado.	Son las acciones y actividades percibidas por la población adulta mayor que favorece o no el cuidado por parte de los funcionarios.	Pro -actividad Actitud profesional Comunicación verbal. Actividades para satisfacer necesidades básicas.	Identificación y atención. Tiempo de respuesta Educación Empatía, interés respeto, disposición. Instrucciones directas y claras. Información oportuna. Alimentación Trasladarse Aseo personal Descanso Compañía.	Escala de Likert en relacional nivel de satisfacción con la institución.

3.5 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Inicialmente, el cuestionario cuenta con preguntas para describir los aspectos sociodemográficos de las personas que participan en el estudio, en esta sección se incluye: género, edad, escolaridad, tiempo de asistencia al centro y ocupación.

En la segunda parte del instrumento se desarrollan preguntas basadas en la validación del Índice de Barthel que es una medida genérica que valora el nivel de independencia del paciente con respecto a la realización de algunas actividades básicas de la vida diaria (AVD), mediante la cual se asignan diferentes puntuaciones y ponderaciones según la capacidad del individuo estudiado.(40)

Las actividades para satisfacer las necesidades básicas de vida diaria incluidas en el índice original son diez: comer, trasladarse entre la silla y la cama, aseo personal, uso del retrete, bañarse/ ducharse, desplazarse (andar en superficie lisa o en silla de ruedas), subir/bajar escaleras, vestirse/desvestirse, control de heces y control de orina. Las actividades se valoran de forma diferente, pudiéndose asignar 0, 5, 10 ó 15 puntos. La categoría total puede variar entre 0 (completamente dependiente) y 100 puntos (completamente independiente).(40)

En la tercera parte del instrumento la escala de Lawton y Brody es una de las medidas más utilizadas en la población anciana, institucionalizada, con objeto de evaluar la autonomía física y las actividades instrumentales de la vida diaria, la escala valora 8 ítems, capacidad para utilizar el teléfono, hacer compras, preparación de la comida, cuidado de la casa, lavado de la ropa, uso de medios de transporte, Responsabilidad respecto a la medicación y administración de su economía y les asigna un valor numérico 1 (independiente) o 0 (dependiente).(41)

La puntuación final es la suma del valor de todas las respuestas. Oscila entre 0 (máxima dependencia) y 8 (independencia total). Esta información se obtiene preguntando directamente al individuo o a su cuidador principal. El tiempo aproximadamente requerido para su realización es de 4 minutos.

El último segmento del instrumento se enfoca en la tercera variable, la percepción de la eficacia del cuidado de la persona responsable de los adultos mayores que asisten a los centros diurnos. El método utilizado para recolección de datos es la Escala de Likert ya que frecuentemente son utilizadas para la medición de actitudes.

Briones G (21) en 1995 cita a Summers (1982) quien define el término actitud como: “la suma total de inclinaciones y sentimientos, prejuicios o distorsiones, nociones preconcebidas, ideas, temores, amenazas y convicciones de un individuo acerca de cualquier asunto específico”.

La percepción de la eficacia del cuidado es una opinión que se expresa por medio de una actitud por lo que la escala analiza los pensamientos y sentimientos de la persona hacia los hechos ya especificados. La escala se construye en función de una serie de ítems que reflejan una actitud positiva o negativa acerca de un estímulo o referente.(42)

Se evalúan acciones y actividades percibidas por la población adulta mayor que favorece o no el cuidado por parte de los funcionarios para conocer el grado de satisfacción.

3.5.1 Validez de un cuestionario

La evaluación de la validez del índice de Barthel es realizada en 572 pacientes con accidente cerebrovascular agudo mediante la comparación con un índice de motricidad, obteniendo correlaciones significativas entre 0,73 y 0,77. (40)

Escala de Lawton y Brody utilizada para medir las actividades instrumentales de la vida diaria y la capacidad de desenvolvimiento en la sociedad de los adultos mayores tienen un buen coeficiente de reproductibilidad (0,94).(41)

Para efectos de evaluación se confecciona un instrumento que incluye las dos escalas antes mencionadas, además cuenta con un apartado general y la escala de Likert la cual tiene como objetivo medir la satisfacción de los usuarios.

3.5.2 Confiabilidad

De los resultados de este estudio del Índice de Barthel se deduce una buena fiabilidad con índices de Kappa entre 0,47 y 1,00. Con respecto a la fiabilidad intra-observador se obtuvieron índices de Kappa entre 0,84 y 0,9723,24. El alpha de Cronbach de 0,86-0,92 para la versión original y de 0,90-0,92 para la versión propuesta por Shah .(40)

3.6 PLAN PILOTO (VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS)

La prueba piloto se aplica al 15 % del total de la población, consiste en utilizar todos los procedimientos e instrumentos que se utilizarán para llevar a cabo la investigación, corresponde a un grupo de 16 personas.

Se lleva a cabo en una institución con actividades y funciones semejantes a los establecimientos utilizados en la investigación, el Centro Diurno del Poro de Grecia, una fundación pequeña con limitantes económicas y de infraestructura que brinda atención a una población de 20 Adultos mayores, de los cuales se evaluaron 16 usuarios que cumple con los criterios de inclusión y exclusión del estudio. Para efectos de la validación se intenta validar la escala de Likert, pero no fue posible ya que los resultados expresados fueron valores constantes, esto debido a que el nivel de satisfacción en este grupo etario tiende a ser menos crítico.

El Alpha de Cronbach debe ser basado en hechos y no opiniones por lo cual la escala de Likert no cumple con los requisitos, de tal manera se valida la Escala de Lawton y Brody la cual es de tipo binario donde 0 representa el cese de las actividades y 1 la ejecución de las actividades, representando mayor variabilidad y fluidez en los resultados. El alpha de Cronbach se realiza de la pregunta número 18 a la 25, lo que otorga una validez al instrumento del 78 %.

CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

4.2 Generalidades

La interpretación y análisis de los datos se realiza por medio de 16 gráficos y 2 tablas, elaborados a partir de los resultados de la aplicación del cuestionario a los 100 adultos mayores que participaron en la investigación.

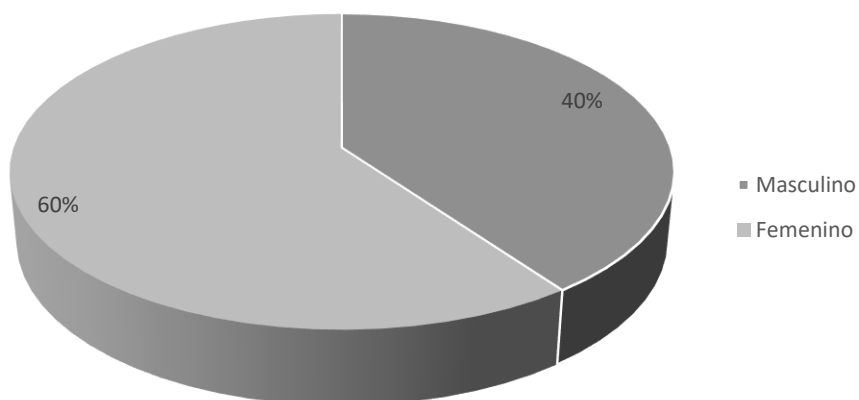


Figura N°1 Adultos mayores entrevistados por sexo en los Centros Diurnos ATEGRE y Quintín Vargas Aguilar, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

De los 100 adultos mayores que participaron en la investigación, el 60 % de los adultos mayores pertenece al sexo femenino, mientras que el 40% pertenece al sexo masculino, para un total de 100%.

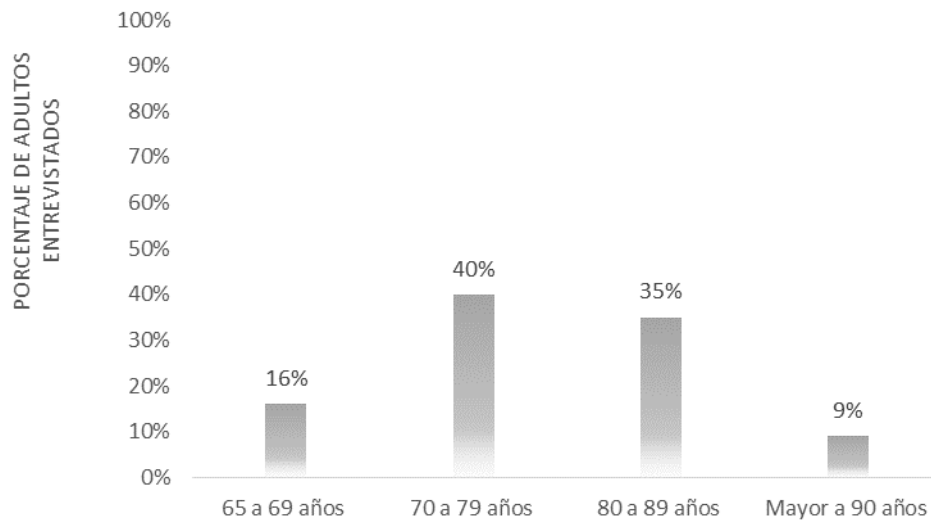


Figura N°2 Adultos mayores entrevistados por Edad en los centros Diurnos ATEGRE y Quintín Vargas Aguilar, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

La población adulta mayor en las instituciones es muy diversa, donde el 16% de la población se encuentra de los 65 a 69 años ,40% entre los 70 a 79 años ,35% de los 80 a 89 años y el grupo más pequeño con un 9 % mayor a 90 años.

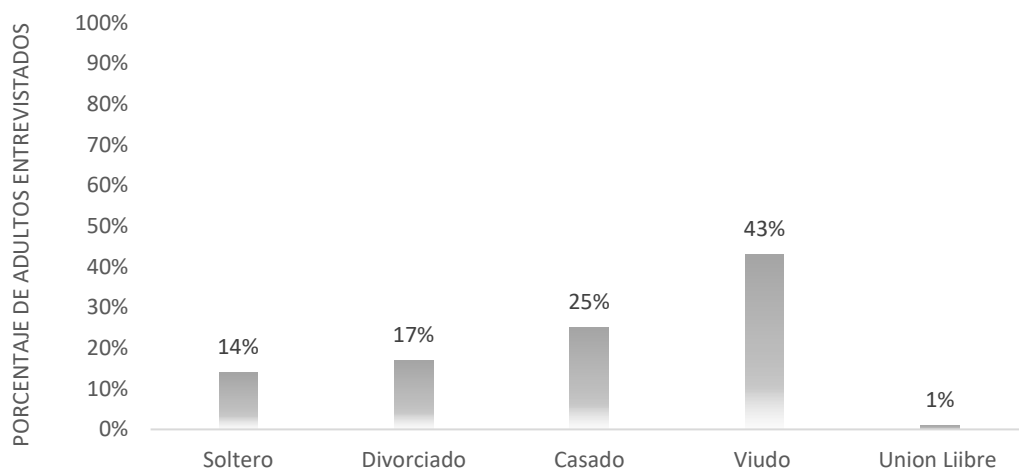


Figura N°3 Adultos mayores entrevistados por Estado Civil en los centros Diurnos ATEGRE y Quintín Vargas Aguilar, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

El 14 % de las personas adultas mayores que participó del estudio son solteros, el 17% divorciado, 1% unión libre, el 25% está casado y el 43% de las personas adultas mayores son viudas. Por lo tanto, se denota que el estado civil que predomina en casi la mitad de los participantes es la viudez.

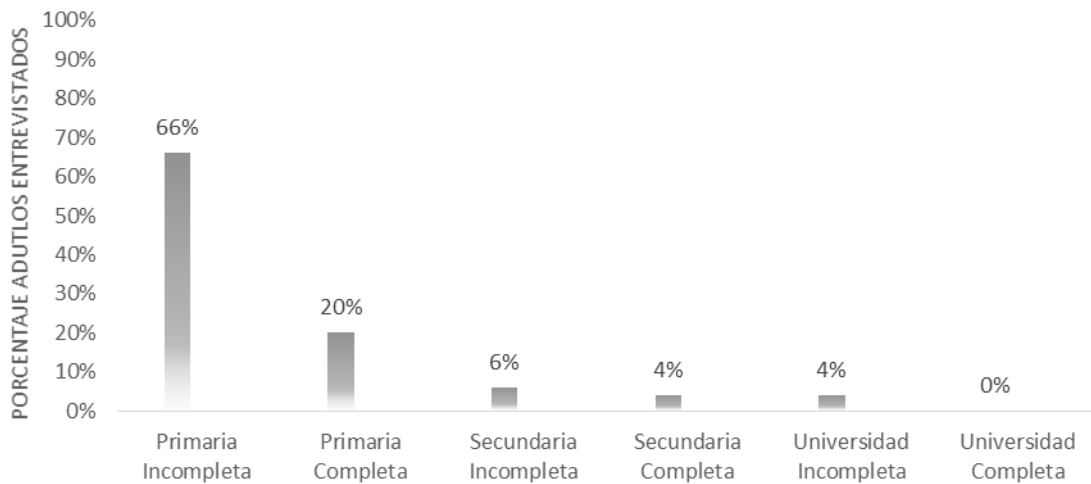


Figura N°4 Adultos mayores entrevistados por Escolaridad en los centros Diurnos ATEGRE y Quintín Vargas Aguilar, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

De los participantes 66 % tiene el grado académico de primaria incompleta, 20% tiene educación primaria completa, y un 6% educación secundaria incompleta, 4% educación secundaria completa, 4 % educación universitaria incompleta.

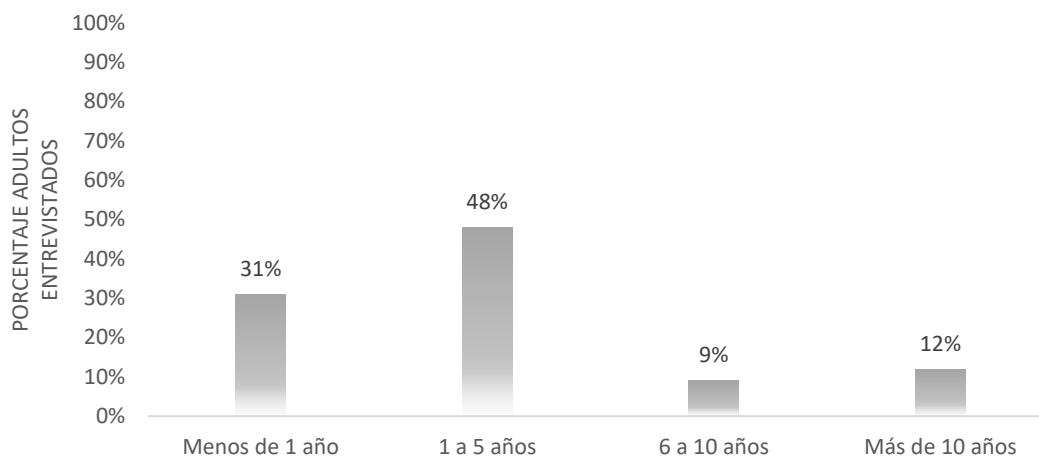


Figura N°5 Adultos mayores entrevistados por tiempo de haber ingresado en los centros Diurnos ATEGRE y Quintín Vargas Aguilar, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

De acuerdo con el ingreso de adultos mayores el 31% tiene menos de un año de asistir a los Centros Diurnos, un 48%, de 1 a 5 años, un 9% 6 a 10 años, y solamente un 12% tiene más de 10 años de permanencia en la institución.

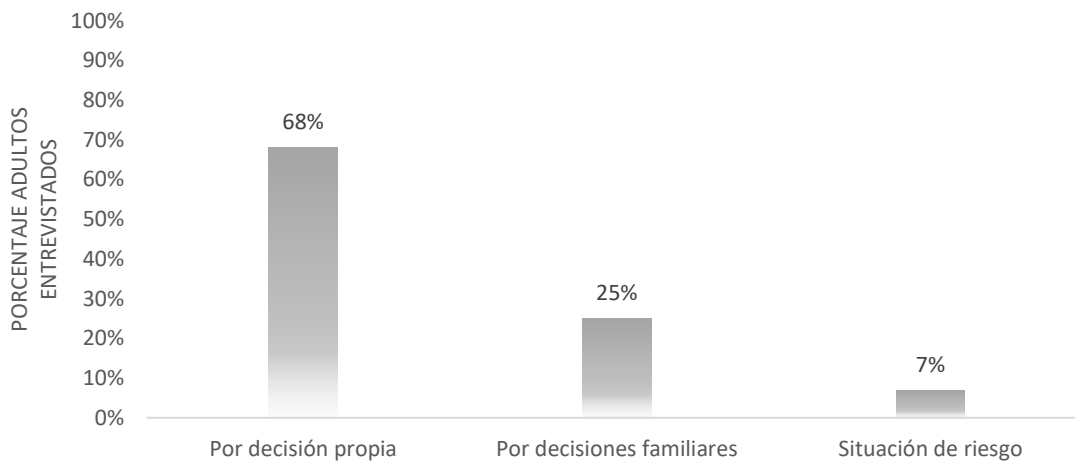


Figura N°6 Adultos mayores entrevistados por motivo de haber ingresado en los centros Diurnos ATEGRE y Quintín Vargas Aguilar, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

Del total de los participantes el 25%, señala que el motivo del ingreso a los Centros corresponde a decisiones de los familiares con consentimiento del adulto mayor debido a la soledad, trabajo por parte de los miembros de la familia o por situación de viudez que generan preocupación, un 68% de los adultos ingresó por decisión propia ya que era personas muy activas y después de su retiro se sentían improductivas y solitarias. Aquellos que ingresaron debido a situaciones de riesgo, representan un 7%.

Tabla N°1

Capacidad de Autocuidado según El Índice de Barthel en adultos mayores entrevistados, en los centros Diurnos ATEGRE y Quintín Vargas Aguilar, 2018.

Capacidad de autocuidado	Comer	Trasladarse entre objeto y otro	Aseo personal	Uso del retrete	Ducha rse	Desplazarse	Subir y bajar Gradass	Vestirse y desvestirse	Control de heces	Control de orina
Incapaz	0%	0%	0%	0%	0%	0%	2%	0%	0%	0%
Dependiente	0%	0%	0%	0%	1%	3%	0%	0%	0%	0%
Necesita Ayuda	1%	1%	1%	1%	0%	0%	35%	2%	0%	0%
Necesita Algo de Ayuda	0%	23%	0%	0%	0%	16%	0%	0%	0%	0%
Independiente	99%	76%	99%	99%	99%	81%	63%	98%	0%	0%
Accidente Excepcional	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	5%	11%
Contiene	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	95%	89%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: Elaboración propia, 2018

Este índice es una medida genérica que valora el nivel de independencia del paciente con respecto a la realización de algunas actividades básicas de la vida diaria, al cual se asignan diferentes puntuaciones y ponderaciones según la capacidad del individuo estudiado, la tabla demuestra las puntuaciones individuales, sin embargo, el resultado se demuestra en categorías con puntuaciones totales. Las dos actividades con mayor variabilidad en el índice son la capacidad de subir y bajar gradass con donde un 35 % de la población necesita ayuda física, verbal o algún tipo de baranda,

bordón o muleta. Las actividades como comer, aseo personal, uso del retrete y ducharse alcanzan un 99% de la población con mayor independencia.

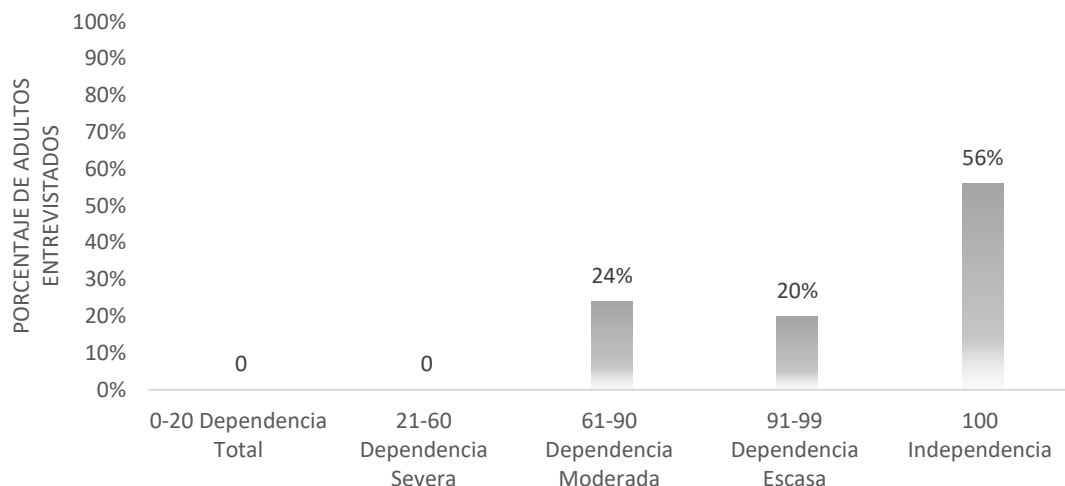
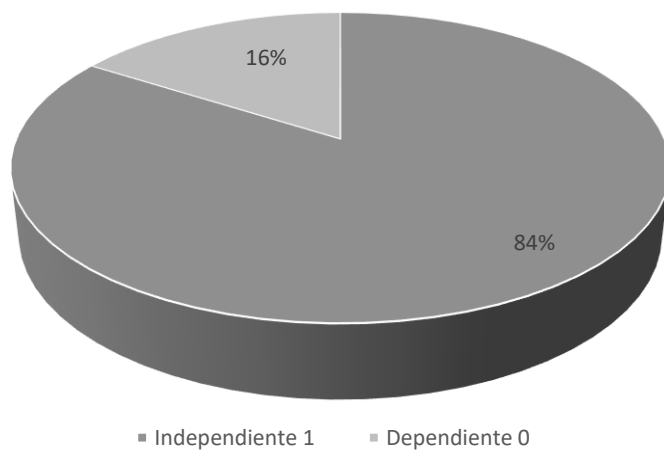


Figura N°7 Grado de Independencia según el Índice de Barthel en adultos mayores entrevistados, en los centros Diurnos ATEGRE y Quintín Vargas Aguilar, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

De acuerdo con la valoración funcional de los usuarios se determina que el 56% de los adultos mayores son capaces de realizar 10 actividades de la vida diaria con completa independencia, el 24% de la población realiza de manera moderada las actividades teniendo mayor facilidad y capacidad de manifestación en ciertas categorías, pero no en su totalidad; el 20% de la población tiene una dependencia escasa.



FiguraN°8 Grado de independencia según la capacidad para utilizar el teléfono de la escala de Lawton y Brody en los centros Diurnos ATEGRE y Quintín Vargas Aguilar, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

Se establece que el 84 % del total de la población es capaz de utilizar el teléfono por iniciativa propia, marcar algunos números o contestar, sea de un teléfono fijo o móvil y el 16 % de los adultos no utilizan del todo el teléfono.

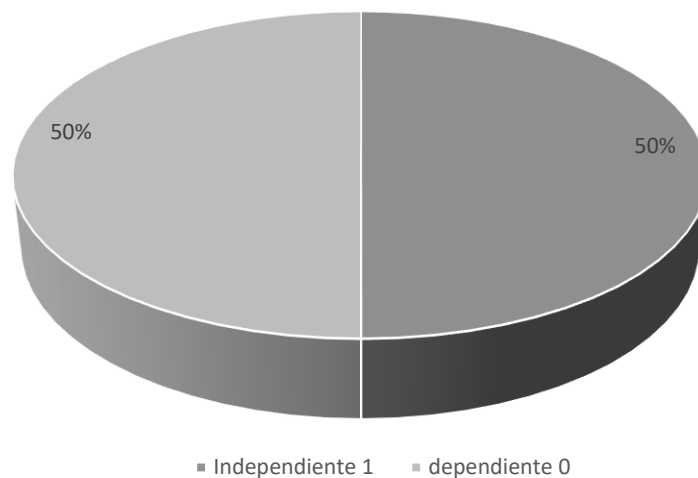


Figura N°9 Grado de independencia según la capacidad para ir de compras de la escala de Lawton y Brody en los centros Diurnos ATEGRE y Quintín Vargas Aguilar, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

Del total de participantes en la investigación el 50% es capaz de realizar sus compras con independencia y el otro 50 % depende de sus familiares y cuidadores para realizar esta actividad de mayor complejidad que las actividades de vida diaria.

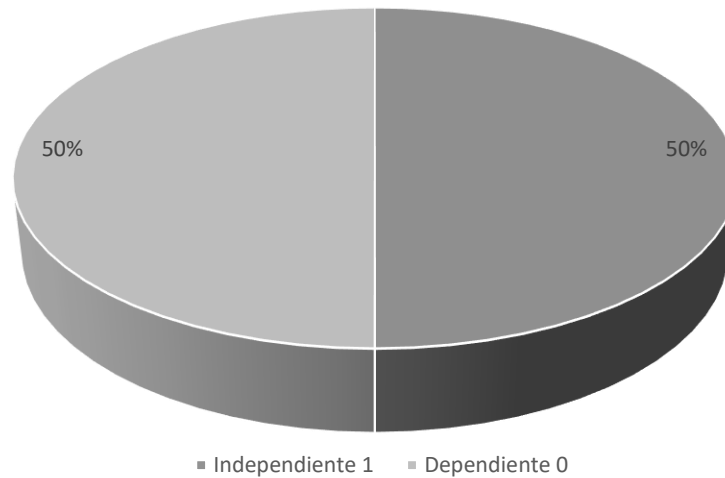


Figura N°10 Grado de independencia según la capacidad de participación en la preparación de alimentos con respecto a la escala de Lawton y Brody en los centros Diurnos ATEGRE y Quintín Vargas Aguilar, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

De acuerdo con el total adultos mayores que participan en la investigación, el 50% es capaz de preparar sus alimentos con total independencia y el otro 50 % depende de sus familiares para su sustento.

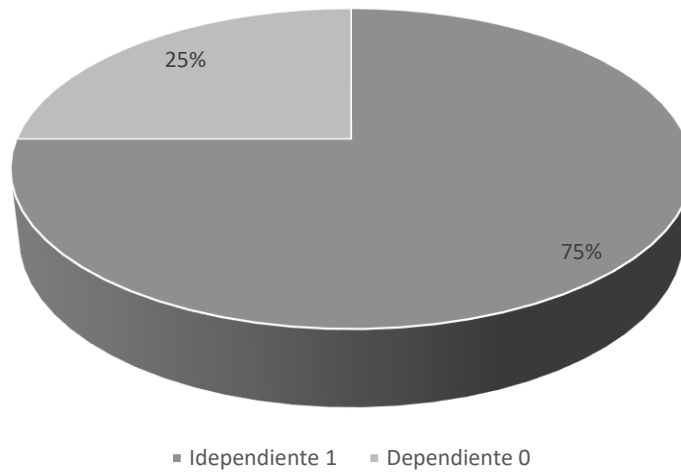


Figura N°11 Grado de independencia según la capacidad de participación en el cuidado del hogar con respecto a la escala de Lawton y Brody en los centros Diurnos ATEGRE y Quintín Vargas Aguilar, 2018.

Fuente: elaboración propia, 2018.

Se determina que el 75% de la población es independiente con relación a los cuidados y manejo del hogar y el 25% restante evidencia dependencia de sus familiares o cuidadores.

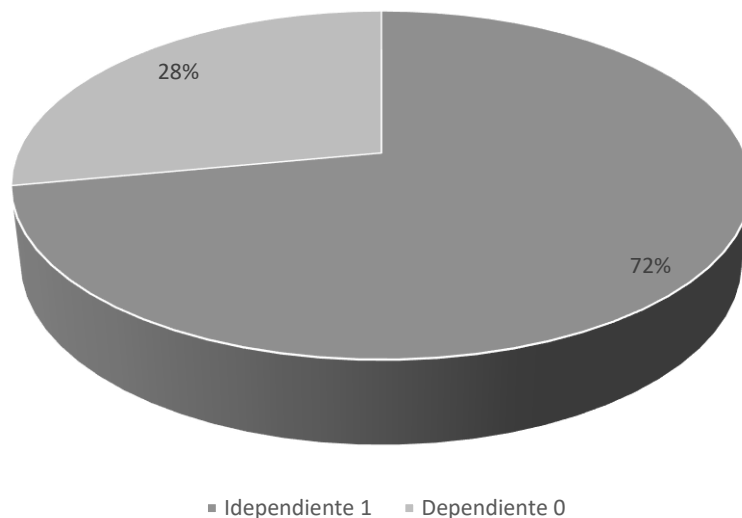


Figura N°12 Grado de independencia según la capacidad de participación en el lavado de ropa con respecto a la escala de Lawton y Brody en los centros Diurnos ATEGRE y Quintín Vargas Aguilar, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

Las actividades instrumentales de la vida, diaria son actividades más complejas que las actividades básicas de la vida diaria, y su realización permite que una persona pueda ser independiente dentro de una comunidad. La figura anterior muestra que el 28% de la población presenta dependencia para realizar esta tarea y el 72% de la población la realiza con total independencia.

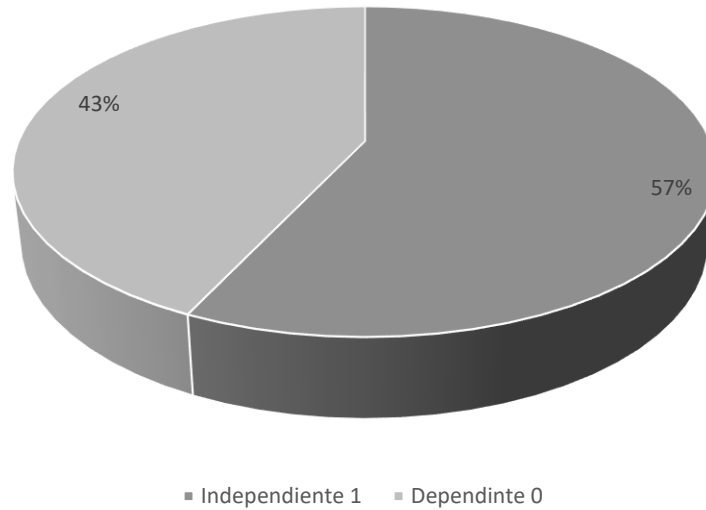


Figura N°13 Grado de independencia según la capacidad para utilizar medios de transporte según la escala de Lawton y Brody en los centros Diurnos ATEGRE y Quintín Vargas Aguilar, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

El 57 % de la población evidencian independencia total o parcial para utilizar medios de transporte tales como bus o taxi sin la colaboración de alguna persona, al contrario un 43% refleja total dependencia de medios que no necesite mayor complejidad para su abordaje o asistencia de sus seres queridos.

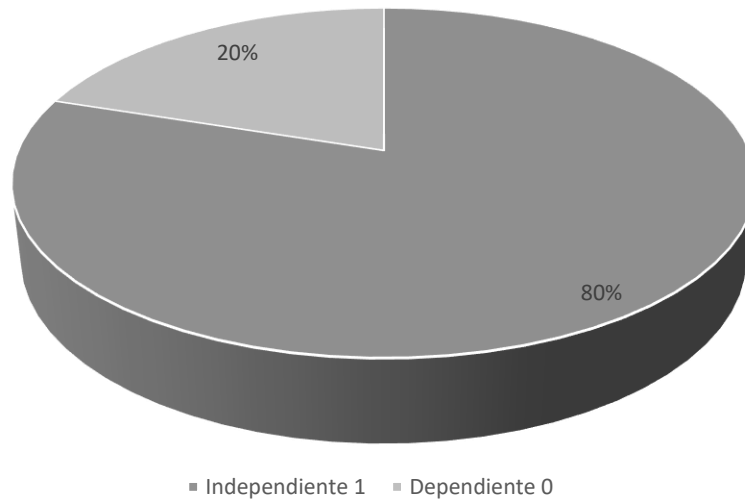


Figura N°14 Grado de independencia según la capacidad para utilizar medicación en relación con la escala de Lawton y Brody en los centros Diurnos ATEGRE y Quintín Vargas Aguilar, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

El 80% de la población toman sus medicamentos con los horarios y dosis correctas con independencia y el 20% restante necesita colaboración o dependen de sus encargados.

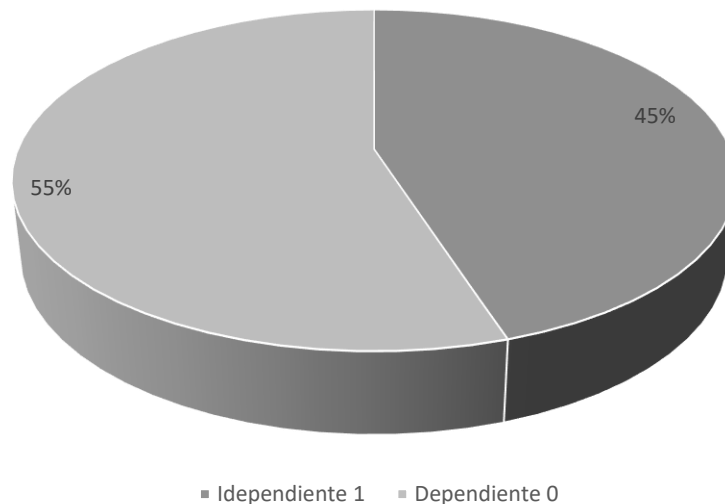


Figura N°15 Grado de independencia según la capacidad para utilizar el dinero en relación con la escala de Lawton y Brody en los centros Diurnos ATEGRE y Quintín Vargas Aguilar, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

El 45% de la población describe la dependencia de la supervisión de sus familiares para el manejo y administración del dinero, sin embargo, un 55% prefiere independencia y capacidad para realizar esta tarea.

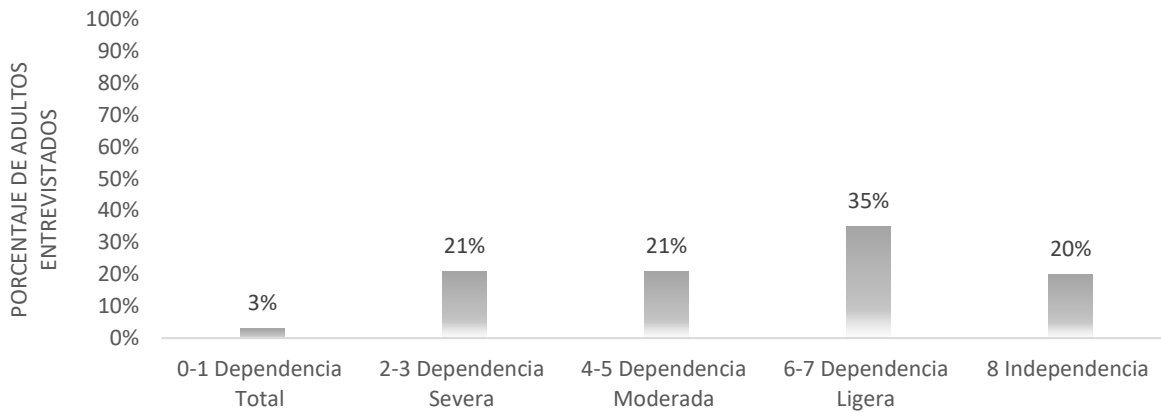


Figura N°16 Grado de independencia de las Actividades Físicas y de Vida diaria de la escala de Lawton y Brody en los centros Diurnos ATEGRE y Quintín Vargas Aguilar, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018

El 3% de la población refleja dependencia total, es decir, no son autosuficientes en la mayoría de las actividades físicas, el 21% de la población manifiestan dependencia severa y moderada lo que expresa que puede desarrollar ciertas actividades con ayuda o con menos frecuencia, pero son capaces de realizar actividades no complejas, 35 % de la población presenta dependencia ligera, muchos de los adultos son capaces de realizar sus tareas, pero viven con sus familias donde realizan muchas de las actividades y el 20 % de la población son totalmente independientes.

Tabla N°2

Nivel de satisfacción según la escala de Likert en los centros Diurnos ATEGRE y Quintín

Vargas Aguilar, 2018.

Nivel de satisfacción	Atención Brindada.	Dudas y quejas.	Educación temas de salud.	Trato y Motivación	Instrucciones , directrices y normas.	Satisfacción de vida	Alimentación recibida.	Movilización	Actividades físicas y de recreación.	Tiempo de descanso y sueño.
Muy insatisfecho	0%	0%	0%	0%	1%	0%	0%	0%	0%	0%
Insatisfecho	0%	0%	1%	1%	2%	2%	2%	0%	1%	0%
Neutral	0%	0%	0%	0%	1%	4%	4%	3%	1%	0%
Satisfecho	5%	6%	5%	3%	2%	21%	11%	7%	3%	8%
Muy Satisfecho	95%	94%	94%	96%	94%	73%	83%	90%	95%	92%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: Elaboración propia, 2018.

Escala utilizada para evaluar la satisfacción del cuidado a partir de la eficacia de los servicios prestados de las instituciones hacia los adultos mayores.

Casi la totalidad de los servicios prestados por la institución según la percepción de los adultos mayores se encuentran entre el 92% y 96% en la categoría de muy satisfecho debido a que este grupo etario tiende a ser menos crítico y más agradecido, sin embargo, la categoría satisfacción de vida la variabilidad es notorio enfocado a las distintas situaciones personales que viven en sus familias y relacionados con aspectos de salud.

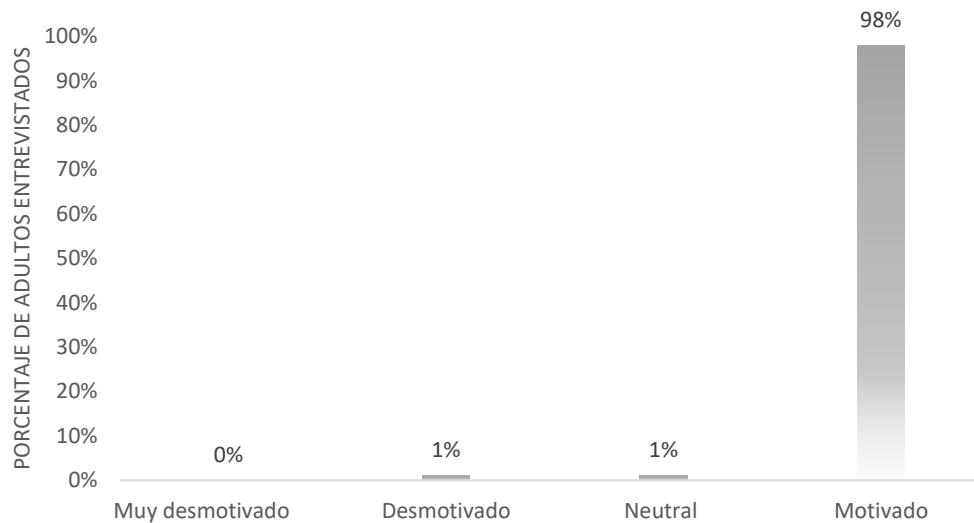


Figura N°17 Nivel de motivación de los Adultos Mayores que asisten a los centros Diurnos ATEGRE y Quintín Vargas Aguilar, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

Se observa que el 98 % de la población de adultos mayores, incluidos en la investigación, se encuentran motivados y entusiasmados por la asistencia al centro, el 1% refiere sentirse desmotivado por situaciones personales, el 1% refiere sentirse neutral.

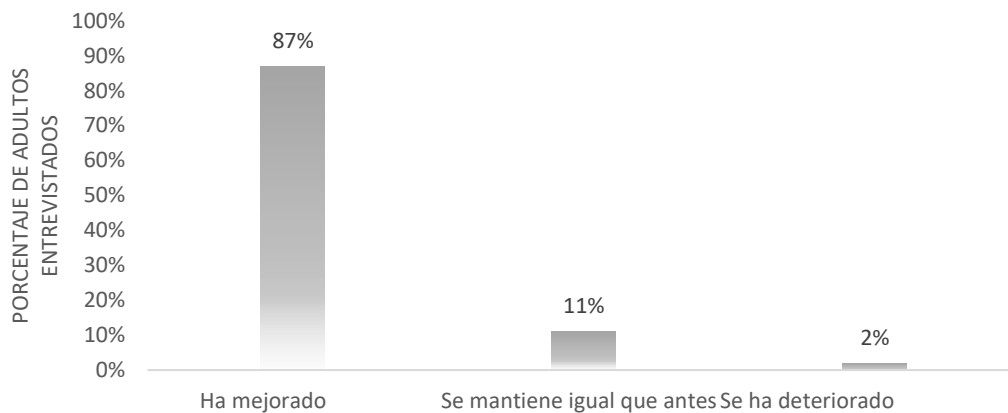


Figura N°18. Estado de salud posterior a la asistencia a los centros Diurnos ATEGRE y Quintín Vargas Aguilar, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

Se refleja que el 87 % de la población refiere que su salud tanto física como psicológica ha mejorado posterior al ingreso al centro, su nutrición, condición física y estado mental son los principales avances, sin embargo, el 11% se mantiene igual que antes, pero no muestra deterioro de su salud y un 2% refiere que se ha deteriorado enfocado a las patologías normales del envejecimiento.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE DATOS

5.1 DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Según el INEC(13) Costa Rica tiene una población de 355907 de género masculino y 384198 género femenino, lo cual predice el comportamiento de la investigación. Las instituciones incluidas en el estudio cuentan con población mixta siendo el género femenino más participativo que el masculino.

La población en estudio está conformada por dos instituciones de la cual el Centro Diurno de Grecia aporta el 63 % de la población y el Centro Diurno Quintín Vargas el 37% restante para un total de 100%, de acuerdo con la metodología de la investigación se tomará la población como un total y no se realizara estudios comparativos.

La mayoría de la población estudiada debe de tener como requisito edad superior de 65 años para entrar en la condición de adulto mayor según lo establecido por la legislación costarricense(23).

La investigación se lleva a cabo con edades mayores a los 65 años teniendo mayor incidencia los adultos que se encuentran entre 70 y 79 años esto debido a condiciones propias del proceso de envejecimiento, ya que los adultos mayores con menos edad se sienten más funcionales y con mayor aprovechamiento de sus capacidades físicas e intelectuales.

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

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

educativos, gran porcentaje del total de la población es femenina las cuales en su mayoría se dedicaba a las tareas domésticas.

Si bien es cierto, la asistencia al centro diurno favorece la funcionalidad e independencia en los adultos mayores ya que se proporcionan espacio, tiempo y actividades para que el desarrolle actitudes y aptitudes para mejorar sus capacidades de interacción social, cognitivas y disminuyan los factores de riesgo para la salud; los motivos de ingreso son diversos y en su mayoría se adjudica a una decisión propia o en conjunto con la familia debido a soledad, sin embargo, se presentan situaciones de riesgo, además es significativo mencionar que las personas que reportan haber ingresado por este motivo, responden principalmente a problemas psiquiátricos.

La independencia o dependencia mide el conocimiento y fuerza de voluntad que tienen los individuos para cubrir sus necesidades y establecer la funcionalidad del cumplimiento de actividades de vida diaria del sujeto en estudio, que van desde las necesidades físicas hasta las psicológicas, lo cual se fundamenta en el modelo de Virginia Henderson y las 14 Necesidades humanas Básicas.(35)

Según Antonier (16) el tiempo produce un deterioro en el organismo provocando cambios morfológicos y cambios patológicos a nivel muscular y óseo, adicionalmente, se presenta disminución de la agudeza visual y pérdida auditiva, que proporciona frecuentemente una mayor lentitud en la capacidad psicomotriz. De acuerdo con la escala de Barthel la marcha es una de las actividades que presenta mayor dependencia con relación a los factores antes expuestos por el autor predispone el comportamiento de la investigación de acuerdo con los cambios físicos del envejecimiento.

Ramírez(43) en el año 2000 publica su estudio Arreglos de Convivencia de la Población Adulta mayor, a cual se refiere que en esta etapa de la vida se caracteriza por el retiro de las responsabilidades laborales, acentuándose la dependencia cada vez más en la familia, la comunidad y la sociedad. La disminución de las capacidades físicas propias del proceso, a su vez, conduce a la población de 60 años y más a depender cada vez más de sus familiares para su cuidado y atención.

De acuerdo con el estudio y el tipo de actividad que desempeñe el adulto mayor, así como del rol o estatus dentro de la familia y sociedad, algunas actividades de vida diaria tales como utilización del teléfono, compras y la preparación de alimentos, están sujetas al acompañamiento o domicilio de la población en estudio, de acuerdo con esto la mitad de las personas viven con sus familias o conyugues, por motivo de protección y cuidado, estos realizan dichas actividades. Sin embargo, el otro 50% de la población vive solo y ellos realizan sus propios cuidados y tareas.

El 70% de la población adulta mayor demuestra independencia, colaborando en sus hogares con actividades como aseo del hogar, lavado de ropa y son capaces de responsabilizarse de su propia medicación. La mayoría viven solos, con familias numerosas y trabajadoras las cuales no pueden hacerse responsable en su totalidad de estas tareas del hogar, no obstante, otra parte de la población cree tener la posibilidad de aportar contribución en estas actividades sintiéndose útiles y funcionales según sus capacidades físicas y psicológicas.

De acuerdo con el CONAPAM (24) la atención brindada por los centros diurnos se dirige hacia personas independientes y de escasos recursos económicos o en riesgo social. Esta modalidad es un complemento a la vida familiar, ya que se mantiene una estrecha relación entre la persona adulta mayor -familia -comunidad. Por lo tanto, define el comportamiento de la investigación.

En general los porcentajes revelados por los índices de Barthel y la escala de Lawton y Brady demuestra que los adultos mayores que asisten a los centros diurnos necesitan un grado de dependencia o acompañamiento meramente educativo y un sistema de autocuidado parcialmente compensatorio, pero la mayor parte de la población muestra alto estado de independencia lo que refleja ciudadanos funcionales para la sociedad.

Virginia Henderson (35) describe el cuidado como la acción dirigida a suplir los déficit de la autonomía del sujeto para poder actuar de modo independiente en la satisfacción de las necesidades fundamentales. El cuidado es una función propia de enfermería sin embargo los centros diurnos no cuentan con este tipo de personal, pero tratan de cumplir con calidad y de la mejor manera posible la atención a los adultos mayores, proporcionando a los individuos servicios con seguridad, respeto, vocación, empatía, amor y calidad.

La eficacia del cuidado se evalúa a partir de la percepción de los servicios prestados por parte del personal a los adultos según su nivel de satisfacción, en relación con este grupo etario tiende a ser menos críticos y más agradecidos, sin embargo, en la condición de satisfacción de vida, la variabilidad es notoria, en su mayoría la satisfacción es positiva.

En esta investigación la gestión del cuidado se evalúa a partir de la capacidad de producir un efecto adecuado, es decir que tan satisfechos están los individuos con la atención de las necesidades proporcionadas ligadas a las necesidades básicas, para efectos de agilidad y mayor validez del estudio se realiza desde una expectativa de percepción o conocimiento de las acciones, por medio de las impresiones que comunican los adultos mayores en estudio sobre los funcionarios, ya que si se evaluara cada funcionario sobre el cumplimiento de sus funciones, tendría la facilidad de manipular los resultados del estudio, lo cual sería un fenómeno predecible.

La evaluación de estos cuidados, a partir de una opinión externa, dada por los mismos usuarios sobre las personas que proporcionan los servicios (cuidadores) suministra un punto de vista estándar de las labores, además, de que ayuda a la administración de la institución, a que puedan planificar, organizar y controlar la provisión de cuidados, oportunos, seguros, integrales de la población en estudio.

Cada función que se ejecuta en el centro diurno esta correlacionada en dirección de las necesidades básicas de la teorizante Virginia Henderson desde la alimentación, respiración, hasta las relaciones interpersonales. Sin importar el grupo etario estas necesidades son básicas para cualquier individuo.

De acuerdo con las opiniones y actitudes evaluadas por la escala de Likert las acciones que presenta mayor eficacia manifestada por la satisfacción son la atención brindada por los funcionarios, trato, motivación y las actividades físicas y de recreación. Por el contrario, las actividades con menor satisfacción son los servicios de alimentación, este es uno de los rubros que presenta mayor disgusto en la población debido a la diversidad de preferencias alimentarias.

Las relaciones personales entre compañeros y funcionarios del centro definen en su gran mayoría esta categoría, ya que muchas de las respuestas se basan en las relaciones de amistad, amorosas o enemistades en la población. Se evidencia el nivel de satisfacción a partir del nivel de complacencia de sus necesidades, que se demuestra diariamente con la asistencia al centro diurno con una 98 % del total de la población estudiada.

La distribución de los servicios básicos que brinda estas instituciones de acuerdo con lo establecido por el CONAPAM son: nutrición, terapia recreativa, integración al medio social productivo,

psicología, trabajo social, medicina general, personal de planta capacitado, equipo auxiliar adecuado y adaptaciones necesarias, distribución adecuada de planta física.(24)

De acuerdo con lo establecido por el ente rector se identifica que el centro diurno brinda la atención básica para satisfacer los requerimientos de dicha población, pero no la suficiente. Por otro lado, si comparamos los servicios prestados no cuentan con personal específico por diversos motivos, sino que los mismos que se encargan de otras actividades como limpieza y cocina son los que vigilan y asisten tales necesidades como la asistencia al deambular, acompañamiento al servicio sanitario y entre otras.

Del análisis de datos 87 % del total de la población en estudio refiere que su estado de salud ha mejorado luego del ingreso al centro, el cual les ha proporcionado una participación activa, permitiéndoles sentirse como individuos provechosos y saludables para la sociedad.

Los adultos mayores entrevistados refieren que posterior al ingreso al centro sus habilidades cognitivas, físicas y motoras se fortalecieron, debido a los cuidados proporcionados por el personal a través de terapia, actividades recreativas y asistencia en sus necesidades, las cuales favorece su independencia en comparación con otros adultos que no asisten al centro diurno, por lo que se puede demostrar que la funcionalidad está estrechamente relacionada al cuidado de la persona responsable.

Basado en la teorizante de las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson (36), la cual señala que la función específica de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o una muerte tranquila, que éste realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible.

Por consiguiente, la finalidad de este modelo es orientar el proceso a la satisfacción de las necesidades tratando de conseguir un nivel máximo de independencia.

El abordaje del profesional de enfermería debe dirigirse a la evaluación holística, la valoración debe de girar en torno a la geriatría y gerontología.

El abordaje del profesional de enfermería se debe enfocar preferiblemente, en la educación para la ejecución de un autocuidado sustentador.

Se deben de establecer programas de atención comunitaria, institucional y hospitalaria cuyo objetivo general sea contribuir a elevar el nivel de salud, grado de satisfacción y calidad de vida del adulto mayor mediante acciones de prevención, promoción, asistencia y rehabilitación ejecutadas por el sistema de salud.

CAPÍTULO VI
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES

Se concluye que la población participante en la investigación en ambas instituciones, no presenta diferencias entre ellas y que en su totalidad predomina el género femenino, los cuales son adultas mayores de 70 a 79 años. Grupo etario predominante en estos centros diurnos para adultos mayores. Es importante resaltar que un gran número de la población son viudos, y la población en general cuenta como grado máximo de escolaridad la primaria incompleta.

Más de la mitad de los adultos mayores evaluados, tiene de 1 a 5 años de permanencia en la institución y el motivo de ingreso al centro fue decisión propia.

Por lo tanto, los usuarios que asisten a los centros, usualmente, son independientes esto se demuestra a partir de las escalas implementadas en la población estudiada, donde se logra identificar cada una de las actividades para satisfacer las necesidades básicas de vida diaria y actividades más complejas, pero no esenciales para realizar acciones diarias y con ello el nivel de independencia.

Así mismo las actividades que presentan mayor dependencia asistencial de acuerdo con el Índice de Barthel son aquellas relacionadas con la marcha, ya que necesitan algo de ayuda física o verbal, la capacidad para subir y bajar gradas es una de las acciones que requiere de mayor asistencia física y colaboración de instrumentos tales como muletas, barandas y andaderas para efectuar la acción. La población que cabe en esta categoría tiene patologías propias del envejecimiento que disminuye o afectan su independencia.

De acuerdo con la escala que valora las actividades de vida diaria, las acciones que presentan igualdad de condiciones en cuanto a dependencia e independencia son la capacidad para utilizar el

teléfono, capacidad para ir de compras y preparación de comida. Acciones tales como aseo del hogar, lavado de ropa y administración de la medicación son las que revelan un mayor grado de independencia proporcionando autonomía y libertad a esta población.

Así mismo, el perfil de enfermería se debe ser efectuado con base en la gestión del cuidado donde se interrelaciona, entiende y comprende las necesidades físicas y emocionales de los usuarios sanos y enfermos, con el objetivo de brindar seguridad, evitar riesgos y complicaciones a partir de una atención humana y oportuna que le permita ser un adulto mayor sano, independiente y funcional.

Por tanto, la realización o no de las necesidades humanas básicas tales como el deambular, alimentación, respiración, eliminación y entre otras se integran a los programas ya implementados en los centros diurnos tales como terapia física, ocupacional y actividades recreativas, que favorece la estimulación de conductas de comunicación, socialización y agilidad física entre sus compañeros los cuales beneficia su independencia en la sociedad.

De acuerdo con la escala de Likert la mayoría de la población se encuentra satisfecha con los servicios de alimentación, recreación descanso y entre otras que proporciona el centro. Sin embargo, los centros no cuentan con atención de psicología y enfermería la cual según los usuarios y administradores es necesaria debido a las situaciones de salud física y mental normales del envejecimiento.

6.2 RECOMENDACIONES

Al Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor

Realizar e incorporar a los centros diurnos e instituciones que atiendan la población adulta mayor junto con los profesionales de salud, campañas sobre el proceso educativo del autocuidado para promover población funcional e independiente. Estos programas básicamente, se apoyan en actividades de autocuidado que, cuando el adulto mayor adopta, como parte de su vida, pueden evitar la discapacidad y el declive funcional determinantes de su estado de salud. Por lo cual es importante la presencia del profesional de enfermería en estos centros con el objetivo de velar por el cumplimiento de la normativa establecida por dichas instituciones.

A los profesionales de enfermería

Instar a los futuros profesionales que laboraran con esta población a poner en práctica los modelos de enfermería como base de la atención para ayudar al individuo sano y enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su autocuidado, toda persona tiende hacia la independencia en la satisfacción de sus necesidades básicas y desea alcanzarla para lo cual requiere de fuerza, voluntad o conocimiento del entorno y de su impacto como profesional sobre el usuario y la familia.

El futuro personal de enfermería debe desempeñar sus funciones con fuerte apego a principios científicos y éticos; sus intervenciones permiten fortalecer la calidad en los servicios de salud, a través de acciones interdisciplinarias. De acuerdo con el modelo de Virginia Henderson los profesionales de enfermería y estudiantes que se relacionen con adultos mayores deberán comprometerse a valorar las necesidades básicas a partir de la dependencia e independencia, tomando como base la gestión del cuidado.

El futuro profesional de enfermería debe concentrar su labor de acuerdo al cuidado directo, educación, administración e investigación, funciones propias de su perfil, permitiendo asegurar que las actividades que deban ser desarrolladas en los distintos campos de actuación se realicen de forma sistemática, racional, organizada y asegurando el uso adecuado de los recursos para el bienestar de los usuarios.

A personas encargadas del cuidado directo, Centro Diurno Quintín Vargas Aguilar ubicado en Tacares y Centro de la Tercera Edad Grecia (ATEGRE).

Establecer en las actividades durante el día, espacios en donde se fomente la recreación de los adultos mayores. Se debe enfatizar el aprovechamiento del tiempo libre, desarrollo de destrezas mediante manualidades, confección de artesanía, actividades lúdicas y habilitar espacios de capacitación para la adquisición de nuevos aprendizajes.

Realizar evaluaciones físicas y psicológicas de los adultos mayores de nuevo ingreso y asistencia periódica al centro sobre sus habilidades funcionales, a partir de las Escala de Barthel midiendo la capacidad de una persona para realizar 10 actividades de la vida diaria, que se consideran básicas, de esta forma se obtiene una estimación cuantitativa de su grado de independencia. Adicionalmente se valorará y analizará de manera objetiva la autonomía física y las actividades instrumentales de la vida a partir de la escala de Lawton y Brady.

A las Juntas de Desarrollo de ambos Centros Diurnos:

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

Incorporar a los adultos mayores en campañas de salud e incrementar las visitas médicas a las instituciones para que de esta manera logren obtener una atención más individualizada y directa.

Estas medidas principalmente deben ser realizadas por los equipos del primer nivel de atención, donde la pesquisa temprana de los problemas y promoción de salud en este grupo es primordial, sin embargo, se requiere de la sensibilidad de la autoridad sanitaria para la capacitación continua en la materia.

Realizar evaluaciones periódicas a los funcionarios que laboran en el centro para identificar las actitudes y acciones que favorecen o perjudica el desempeño de las funciones en la institución. Así mismo estimar el grado de satisfacción de los adultos mayores que asisten al centro en relación a la gestión del cuidado ya sea a partir de la escala de Likert o u análisis FODA que permita obtener soluciones para afrontar cambios y mejoras en cuanto a la atención brindada por el centro.

Plantear a la Junta de Protección Social proyectos que favorezcan la integración de personal para fortalecer el equipo multidisciplinario en el área de salud de acuerdo a la necesidad del centro.

BIBLIOGRAFÍA

1. OMS | Se calcula que el número de personas mayores de 60 años se duplicará de aquí a 2050 [Internet]. WHO. [citado 3 de octubre de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/older-persons-day/es/>
2. Salazar Agulló M. Las enfermeras y la Ley de Dependencia en España. *Index Enferm.* 2006;15(52-53):07-9.
3. Flores G E, Rivas R E, Seguel P F. NIVEL DE SOBRECARGA EN EL DESEMPEÑO DEL ROL DEL CUIDADOR FAMILIAR DE ADULTO MAYOR CON DEPENDENCIA SEVERA. *Cienc Enferm.* abril de 2012;18(1):29-41.
4. Diana María Durán, Laura JuLiana VaLDerraMa O OzO, ana FernanDa uribe-rODríguez, Juan MaxiMO uribe LinDe. Integración social y habilidades funcionales en adultos mayores. [Internet]. Pontificia Universidad Javeriana, Cali, Colombia; 2007. Disponible en: <http://sparta.javeriana.edu.co/psicologia/publicaciones/actualizarrevista/archivos/V07N0118.PDF>
5. Rodríguez-Díaz B, Moreno C, Jaimes N. Efecto de estrategias de cuidado de enfermería en el adulto mayor con deterioro de la movilidad física y conductas generadoras de la salud en centros de bienestar en la ciudad de Bucaramanga. Febrero a Junio de 2010. *Rev Cuid* [Internet]. 2011 [citado 27 de noviembre de 2017];2(1). Disponible en: <https://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/51>
6. Bejines-Soto, Velasco-Rodríguez, García-Ortiz, et al. Valoración de la capacidad funcional del adulto mayor residente en casa hogar, 1Departamento de Salud y Bienestar [Internet]. Facultad de Enfermería, Centro Universitario del Sur, Universidad de Guadalajara, Jalisco, México; 2Facultad de Enfermería, Universidad de Colima, Colima, México.; 2015. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2015/eim151c.pdf>
7. Puga D, Rosero-Bixby L, Glaser K, Castro T, editor. Red social y salud del adulto mayor en perspectiva comparada: Costa Rica, España e Inglaterra. *Poblac Salud En Mesoamérica* [Internet]. 2007. Disponible en: <http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/psm/article/view/4545>
8. Jiménez, M. M. ¿EXISTE PROTECCIÓN REAL A LOS DERECHOS HUMANOS DEL ADULTO MAYOR?
9. PAULA ELENA ÁLVAREZ MONTOYA, JUAN DIEGO BRENES POVEDA. GUÍA DE ATENCIÓN PARA EL FORTALECIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA EN LOS ADULTOS MAYORES, DIRIGIDO A LOS CUIDADORES DEL HOGAR MANOS DE JESÚS, GUADALUPE DE CARTAGO, SETIEMBRE – DICIEMBRE 2010. UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA; 2010.
10. Joselyn Pastor Fernandez. Percepción de la calidad de vida de las personas adultas mayores en relación con su grado de funcionalidad, que residen en la provincia de Limón en el periodo de enero a febrero del año 2017. San José, Costa Rica. Universidad Hispanoamericana; 2017.

11. Martha Peláez,. GUÍA CLÍNICA PARA ATENCIÓN PRIMARIA A LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES [Internet]. Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) 525 Twenty third Street, NW. Washington, D.C. 20037; 2002. Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/introduccion.pdf>
12. Arodys Robles. Envejecimiento poblacional y desarrollo. En: Rosero Bixby, Luis y Robles, Arodys (2008) Los dividendos demográficos y la economía del ciclo vital en Costa Rica Papeles de Población. Centro Centroamericano de Población, Instituto Nacional de Estadística y Censos, Estimaciones y Proyecciones de Población por sexo y edad (cifras actualizadas) 1950-2050. San José, C.R.: Instituto Nacional de Estadística y Censos. 2008.
13. Población Adulta Mayor | INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS [Internet]. [citado 4 de octubre de 2017]. Disponible en: <http://www.inec.go.cr/social/poblacion-adulta-mayor>
14. FOLLETO VIOLENCIA.pdf [Internet]. [citado 4 de diciembre de 2017]. Disponible en: <https://www.conapam.go.cr/mantenimiento/FOLLETO%20VIOLENCIA.pdf>
15. Juan Villagordoa Mesa. Definición de envejecimiento y síndrome de fragilidad, características epidemiológicas del envejecimiento en México [Internet]. Revista de Endocrinología y Nutrición; 2007. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/endoc/er-2007/er071e.pdf>
16. Nicanor Anierte Hernández. El proceso del envejecimiento [Internet]. ENFERMERÍA Medwave; 2003. Disponible en: <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Enfermeria/Dic2003/2753>
17. JULIETA GONZÁLEZ DE GAGO. Teorías de Envejecimiento [Internet]. Tribuna del Investigador, Estudios de la Escuela Luís Razetti; 2010. Disponible en: Orgagago6@yahoo.es
18. Ruiz AMV. «Vejez: Vida y Salud»: Cambios Biológicos A Los Que Está Expuesto El Adulto Mayor [Internet]. "Vejez. 2012 [citado 15 de diciembre de 2017]. Disponible en: http://revistapsicologicavejezvidaysalud.blogspot.com/2012/10/cambios-biologicos-los-que-esta_13.html
19. Gutiérrez-Robledo LM, - GR-O, - FR-Q, - JL-F. Evaluación de instituciones de cuidados prolongados para ancianos en el Distrito Federal [Internet]. Una visión crítica. Salud Pública México; 1996. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/106/10638611.pdf>
20. Peláez MB, Ferrer Lues M. SALUD PÚBLICA Y LOS DERECHOS HUMANOS DE LOS ADULTOS MAYORES [Internet]. Acta Bioethica.; 2001. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2001000100011
21. L M, Paulo P, M G, Miguel J, Araya G A. Adultos Mayores institucionalizados en Chile: ¿Cómo saber cuántos son? Rev Médica Chile. julio de 2004;
22. Carlos Vargas Pagán. LEY INTEGRAL PARA LA PERSONA ADULTA MAYOR.º 7935. Gac 1999-11-15 Núm 221 - Alcance 88. 15 de noviembre de 1999; DEPARTAMENTO DE SERVICIOS PARLAMENTARIOS.

23. Contraloría General de la República, Informe N° DFOE-SOC-5-2007,. POLÍTICA NACIONAL DE ENVEJECIMIENTO Y VEJEZ 2011-2021 [Internet]. Presidencia de la Republica de Costa Rica; 2011. Disponible en: http://fiapam.org/wp-content/uploads/2014/02/Prestaciones_PolNac_EnvVejez2011-2021.pdf
24. CONAPAM - Consejo Nacional de la persona adulta mayor [Internet]. [citado 19 de diciembre de 2017]. Disponible en: <https://www.conapam.go.cr/modalidades/>
25. ASALE R-. función [Internet]. Diccionario de la lengua española. [citado 19 de diciembre de 2017]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=IbQKTYT>
26. Menéndez JJ. Evaluación geriátrica. En: Gutiérrez RL, Picardi MP Aguilar NS, Ávila FJ, Menéndez JJ, Pérez-Lizaur AB. Gerontología y nutrición del adulto mayor. México: Mc Graw Hill, 2010, pp. 140-155.
27. Sanhueza Parra M, Castro Salas M, Escobar M, M J. ADULTOS MAYORES FUNCIONALES: UN NUEVO CONCEPTO EN SALUD. Cienc Enferm. diciembre de 2005;11(2):17-21.
28. Spirduso Mc Rae en: GJ, García NJ. Introducción a la problemática del envejecimiento. Psicomotricidad y ancianidad. Madrid: Ciencias de la educación preescolar y especial, 2004, pp. 19-27.
29. EVALUACIÓN FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR. Organ Panam SALUD Oficina Reg Organ Mund SALUD [Internet]. 1998;Modulo 3. Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/modulo3.pdf>
30. León SD de, Graciela M, Hernández T, Adriana E. Funcionalidad del adulto mayor y el cuidado enfermero. Gerokomos. diciembre de 2011;22(4):162-6.
31. María Trigás-Ferrín1, Lucía Ferreira-González, Héctor Meijide-Míguez. Escalas de valoración funcional en el anciano [Internet]. 1 Servicio de Medicina Interna. Hospital Arquitecto Marcide.; 2011. Disponible en: <http://galiciaclinica.info/pdf/11/225.pdf>
32. Báez-Hernández FJ, Nava-Navarro V, Ramos-Cedeño L, Medina-López OM. El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería. Aquichan. 2009;9(2):127-34.
33. Karen Mokate. EFICACIA, EFICIENCIA, EQUIDAD Y SOSTENIBILIDAD: ¿QUÉ QUEREMOS DECIR? [Internet]. Diseño y gerencia de políticas y programas sociales", junio 2000 © INDES 2002; 1999. Disponible en: https://www.cepal.org/ilpes/noticias/paginas/9/37779/gover_2006_03_eficacia_eficiencia.pdf
34. Mora J. Humanización del cuidado en salud del personal de enfermería, evaluada desde la satisfacción de la persona adulta mayor, Hogar Carlos Ma Ulloa,. Universidad Hispanoamericana; 2014.; 2014.
35. Amezcua M. Virginia Henderson | Gomeres [Internet]. [citado 5 de diciembre de 2017]. Disponible en: <http://index-f.com/gomeres/?p=626>

36. Marta AR. Modelos y Teorías en Enfermería. séptima. Elsevier;
37. Metodología de diplomado 2013. Enfoque Cuantitativo-Positivismo: Enfoque Cuantitativo de la Investigación [Internet]. Enfoque Cuantitativo-Positivismo. 2013 [citado 30 de enero de 2018]. Disponible en: <http://enfoquecuantitativopositivismo.blogspot.com/2013/05/enfoque-cuantitativo-de-la-investigacion.html>
38. Pértegas Díaz, S PF. Investigación cuantitativa y cualitativa [Internet]. 2002 [citado 10 de abril de 2018]. Disponible en: https://www.fisterra.com/mbe/investiga/cuanti_cuali/cuanti_cuali.asp
39. Dr. Roberto Hernández Sampieri, Dr. Carlos Fernández Collado, Dra. María del Pilar Baptista Lucio. METODOLOGÍA de la investigación [Internet]. Quinta edición. México: MCGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V.; Disponible en: www.FreeLibros.com
40. Cid-Ruzafa J, Damián-Moreno J. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. Rev Esp Salud Pública. marzo de 1997;71(2):127-37.
41. Garrido C. Terapia Ocupacional: Escala de Lawton y Brody [Internet]. Terapia Ocupacional. 2008 [citado 14 de octubre de 2017]. Disponible en: <http://terapeuta-info.blogspot.com/2008/11/escala-de-lawton-y-brody.html>
42. Briones, G. Métodos y Técnicas de Investigación para las Ciencias Sociales [Internet]. 2ª. reimp. México: Ed. Trillas,; 1995. Disponible en: <http://tesisdeinvestig.blogspot.com/2011/06/escala-de-likert.html>
43. Moreira OR. Arreglos de convivencia de la población adulta mayor. INEC. 2000;35.

GLOSARIO Y ABREVIATURAS

ATEGRE: Centro de la Tercera Edad Grecia

AVD: actividades básicas de la vida diaria

CONAPAM: El Consejo Nacional De La Persona Adulta Mayor

IB: índice de Barthel

IK: Índice de Katz

INEC: Instituto Nacional de Censos y Estadísticas

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

WHOQOL-BREF: Escala Calidad de Vida

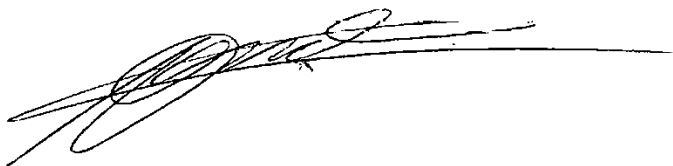
ANEXOS

Anexo 1. Declaración Jurada

DECLARACION JURADA

Yo Natalia Porras Mendez, cédula de identidad número 2-701-962, 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 Licenciatura, titulado “Funcionalidad de las Personas Adultas Mayores en Relación a la Eficacia del Cuidado de la Persona Responsable, Centros Diurnos Tacares – Grecia, en Marzo 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 Derechos Conexos, número 6638 del 14 de octubre de 1982 y sus reformas, publicada en la Gaceta número 226 del 25 de noviembre de 1982; especialmente el número 70 de dicha ley que se establece: “ Es permitido citar a un autor, transcribiendo los pasajes pertinentes siempre que estos 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 día de mes de año.



Natalia Porras Mendez

Anexo 2. Consentimiento informado

UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA
CARRERA DE ENFERMERIA
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN
Teléfono:(506) 2211 3000

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la Investigación: Funcionalidad de las Personas Adultas Mayores en Relación a la Eficacia del Cuidado de la Persona Responsable, Centros Diurnos Tacares – Grecia, en marzo 2018.

Nombre del Investigador (a) Principal: Natalia Porras Méndez

Nombre del participante: _____

A. **PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN:**

Se pretende acceder a información básica sobre las actividades de vida diaria y datos personales de la población adulta mayor que asisten a los centros Diurnos, respectivo con el grado de funcionalidad e independencia en relacionado con la eficacia de los cuidados prestados por dicha institución.

B. **¿QUÉ SE HARÁ?:**

- El participante será entrevistados y deberán contestar un conjunto de preguntas relacionadas con el tema en estudio, las cuales serán grabadas posterior a consentimiento.
- Antes de dar su autorización para este estudio usted debe aclarar con el investigador todad sus dudas las cuales se debe de responder de manera satisfactoria a todas sus preguntas.
- Recibirá una copia de esta fórmula firmada para su uso personal.
- Su participación en este estudio es voluntaria.
- Su participación es confidencial, se le garantiza estrictamente el anonimato de todas las personas e información participante en el estudio.
- No perderá ningún derecho legal por firmar este documento.

CONSENTIMIENTO

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.

Nombre, cédula y firma del sujeto (niños mayores de 12 años y adultos) fecha

Nombre, cédula y firma del Investigador que solicita el consentimiento fecha

Anexo 3. Instrumento

Universidad Hispanoamericana

Escuela de Enfermería

El presente instrumento fue elaborado con el fin de recolectar datos de los adultos mayores de los Centros Diurnos, con fines solamente educativos, en la elaboración del proyecto de investigación denominado FUNCIONALIDAD DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN RELACIÓN A LA EFICACIA DEL CUIDADO DE LA PERSONA RESPONSABLE, CENTROS DIURNOS TACARES –GRECIA, III CUATRIMESTRE 2017.

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

Se les agradece la colaboración en este trabajo.

Natalia Porras Méndez

Iniciales del usuario: _____

I parte. Datos generales: por favor responda lo que más se asemeja a su realidad.

1. Indique cuál es su sexo

1. () Masculino 2. () Femenino

2. Indique cuál es su edad en años cumplidos

1. () 65 a 69 años 2.() 70 a 79 años
3. () 80 a 89 años 4. () Mayor de 90 años

3. Indique su estado civil

1. () Soltero 3. () Casado
2. () Divorciado 4. () Viudo 5. () Unión Libre

4. ¿Cuál es su escolaridad?

1. () Primaria Incompleta 2. () Primaria Completa
3. () Secundaria Incompleta 4. () Secundaria Completa
5. () Universidad Incompleta 6. () Universidad Completa

5. ¿Hace cuánto tiempo ingresó al Centro Diurno?

1. () Menos de un año 3. () 6 a 10 años
2. () 1 a 5 años 4. () Más de 10 años

6. ¿Por qué motivo ingresó al Centro Diurno?

1. () Por decisión propia 3. () Situación de riesgo
2. () Por decisión familiares 4. () Otro especificar

II parte. Escala de Barthel.

7.	Capacidad para Comer.	() 0 = Incapaz. () 5 = Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc. () 10 = Independiente (la comida está al alcance de la mano).	Tabla Codificación 7. (_____)
8.	Capacidad para trasladarse entre la silla y la cama.	() 0 = Incapaz, no se mantiene sentado. () 5 = Necesita ayuda importante (una persona entrenada o dos personas), puede estar sentado. () 10 = Necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal). () 15 = Independiente.	8. (_____)
9.	Capacidad para realizar el Aseo personal.	() 0 = Necesita ayuda con el aseo personal. () 5 = Independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse.	9. (_____)

10.	Capacidad para hacer Uso del retrete.	() 0 = Dependiente. () 5 = Necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo solo. () 10 = Independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse).	10. (_____)
11.	Capacidad para bañarse/Ducharse.	() 0 = Dependiente. () 5 = Independiente para bañarse o ducharse.	11. (_____)
12.	Capacidad para Desplazarse	() 0 = Inmóvil. () 5 = Independiente en silla de ruedas en 50 m. () 10 = Anda con pequeña ayuda de una persona (física verbal). () 15 = Independiente al menos 50 m, con cualquier tipo de muleta, excepto andador.	12. (_____)
13.	Capacidad para Subir y bajar escaleras.	() 0 = Incapaz. () 5 = Necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta. () 10 = Independiente para subir y bajar.	13. (_____)
14.	Capacidad para Vestirse y desvestirse.	() 0 = Dependiente. () 5 = Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda. () 10 = Independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc.	14. (_____)
15.	Capacidad para Controlar las heces.	() 0 = Incontinente (o necesita que le suministren enema). () 5 = Accidente excepcional (uno/semana). () 10 = Continente.	15. (_____)
16.	Capacidad para Controlar la orina	() 0 = Incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa. () 5 = Accidente excepcional (máximo uno/24 horas). () 10 = Continente, durante al menos 7 días.	16. (_____)
Total		0-100 puntos (0-90 si usan silla de ruedas).	(_____)

III parte. Escala de Lawton y Brady

Indicaciones: por favor responda lo que más se asemeja a su realidad en relación con las actividades de vida diaria.

18.	Capacidad para usar el teléfono.	()1=Utiliza el teléfono a iniciativa propia, busca y marca los números, etc. ()1=Marca unos cuantos números bien conocidos. ()1=Contesta el teléfono pero no marca. () 0=No usa el teléfono.	Tabla Codificación 18.(_____)
19	Capacidad para ir de compras.	()1=Realiza todas las compras necesarias con independencia. ()0=Compra con independencia pequeña cosas. ()0=Necesita compañía para realizar cualquier compra. ()0=Completamente incapaz de ir de compras.	19.(_____)
20.	Preparación de la comida.	()1=Planea, prepara y sirve las comidas adecuadas con independencia ()0= Prepara las comidas si se le dan los ingredientes ()0=Calienta y sirve las comidas pero no mantiene una dieta adecuada ()0= Necesita que se le prepare y sirva la comida	20.(_____)
21.	Capacidad para cuidar la casa.	()1=Cuida la casa sólo o con ayuda ocasional (ej. Trabajos pesados). ()1=Realiza tareas domésticas ligeras como fregar o hacer cama. ()1=Realiza tareas domésticas ligeras pero no puede mantener un nivel de limpieza aceptable. ()1=Necesita ayuda en todas las tareas de la casa. ()0=No participa en ninguna tarea doméstica.	21.(_____)
22.	Capacidad de lavado de ropa.	()1=Realiza completamente el lavado de ropa personal. ()1=Lava ropa pequeña. ()0=Necesita que otro se ocupe del lavado.	22.(_____)
23.	Capacidad para utilizar medios de transporte.	()1=Viaja con independencia en transportes públicos o conduce su coche. ()1=Capaz de organizar su propio transporte en taxi, pero no usa transporte público. ()1=Viaja en transportes públicos si le acompaña otra persona. ()0=Sólo viaja en taxi o automóvil con ayuda de otros.	23.(_____)

24.	Responsabilidad sobre la medicación	()1=Es responsable en el uso de la medicación, dosis y horas correctas. ()0=Toma responsablemente la medicación si se le prepara con anticipación en dosis preparadas. ()0=No es capaz de responsabilizarse de su propia medicación.	24.(_____)
25.	Capacidad de utilizar el dinero.	()0=Maneja los asuntos financieros con independencia, recoge y conoce sus ingresos. ()0=Maneja los gastos cotidianos pero necesita ayuda para ir al banco, grandes gastos, etc. ()0=Incapaz de manejar el dinero	25.(_____)
Total		Máxima dependencia: 0 puntos..... 8 puntos: Independencia total.	(_____)

IV parte. Escala de Likert

Indicaciones: por favor responda lo que más se asemeja a su realidad en relación con el nivel de satisfacción con la institución.

25. ¿Qué tan satisfecho se encuentra con la atención brindada

Por los funcionarios, se identifican todos los días con su Nombre y profesión?

1. () Muy insatisfecho 2. () Insatisfecho
3. () neutral 4. () Satisfecho
5. () muy satisfecho

26. Actualmente, ¿Qué tan satisfecho(a) se encuentra usted con el tiempo de espera para atención de sus necesidades, dudas o quejas?

1. () Muy insatisfecho 2. () Insatisfecho
3. () neutral 4. () Satisfecho
5. () muy satisfecho

27. ¿Qué tan satisfecho(a) se encuentra usted con

la educación recibida por parte de los trabajadores del centro en cuanto a los medicamentos que usted utiliza?

- 1. () Muy insatisfecho
- 2. () Insatisfecho
- 3. () neutral
- 4. () Satisfecho
- 5. () muy satisfecho

28. ¿Qué tan satisfecho(a) se encuentra usted con el trato y la motivación que recibe por parte del personal del centro diurno?

- 1. () Muy insatisfecho
- 2. () Insatisfecho
- 3. () neutral
- 4. () Satisfecho
- 5. () muy satisfecho

29. ¿Qué tan satisfecho(a) se encuentra usted con las instrucciones, directrices o normas establecidas por el personal del centro para su bienestar?

- 1. () Muy insatisfecho
- 2. () Insatisfecho
- 3. () neutral
- 4. () Satisfecho
- 5. () muy satisfecho

30. ¿Qué tan satisfecho(a) se encuentra usted con su vida?

- 1. () Muy insatisfecho
- 2. () Insatisfecho
- 3. () neutral
- 4. () Satisfecho
- 5. () muy satisfecho

31. Actualmente, ¿Qué tan satisfecho(a) se encuentra usted con la alimentación que recibe en el centro diurno?

- 1. () Muy insatisfecho
- 2. () Insatisfecho
- 3. () neutral
- 4. () Satisfecho
- 5. () muy satisfecho

32. ¿Qué tan satisfecho(a) se encuentra usted con la

asistencia brindada por los funcionarios para movilizarse?

1. () Muy insatisfecho 2. () Insatisfecho
3. () neutral 4. () Satisfecho
5. () muy satisfecho

33. ¿Qué tan satisfecho(a) se encuentra usted con las actividades físicas y de recreación que realizan en el centro diurno?

1. () Muy insatisfecho 2. () Insatisfecho
3. () neutral 4. () Satisfecho
5. () muy satisfecho

34. ¿Qué tan satisfecho(a) se encuentra usted con el tiempo de descanso y sueño que se brinda dentro del centro diurno?

1. () Muy insatisfecho 2. () Insatisfecho
3. () neutral 4. () Satisfecho
5. () muy satisfecho

35. ¿Cuál es el nivel de motivación que usted tiene cuando va asistir al centro diurno ?

1. () Muy desmotivado 2. () Desmotivado
3. () neutral 4. () Motivado

36. ¿Posterior a su asistencia a este centro diurno, cómo considera su Estado de salud?

1. () Ha mejorado 2. () Se mantiene igual que antes
3. () Se ha deteriorado

Gracias por su colaboración.

Anexo 4. Hoja de recolección de Datos

HOJA DE RESPUESTAS # _____						FECHA : _____							
NOMBRE : _____						INICIALES : _____							
I PARTE .DATOS GENERALES						II PARTE. ESCALA DE BARTHEL				III PARTE. ESCALA DE LAWTON Y BRADY			
P1.	1	2	3	4	5								
P2.	1	2	3	4	5	P7.		P12.		P17.		P21.	
P3.	1	2	3	4	5	P8.		P13.		P18.		P22.	
P4.	1	2	3	4	5	P9.		P14.		P19.		P23.	
P5.	1	2	3	4	5	P10.		P15.		P20.		P24.	
P6.	1	2	3	4	5	P11.		P16.		TOTAL			
IV PARTE. ESCALA DE LIKERT						TOTAL				1	0-1 DEPENDENCIA TOTAL		
P25	1	2	3	4	5								
P26.	1	2	3	4	5	1.	0-20 DEPENDENCIA TOTAL			2	2-3 DEPENDENCIA SEVERA		
P27.	1	2	3	4	5	2.	21-60 DEPENDENCIA SEVERA			3	4-5 DEPENDENCIA MODERADA		
P28.	1	2	3	4	5	3.	61-90 DEPENDENCIA MODERADA			4	6-7 DEPENDENCIA LIGERA		
P29.	1	2	3	4	5	4.	91-99 DEPENDENCIA ESCASA			5	8 INDEPENDENCIA		
P30.	1	2	3	4	5	5.	100 INDEPENDENCIA						
P31.	1	2	3	4	5								
P32.	1	2	3	4	5								
P33.	1	2	3	4	5								
P34.	1	2	3	4	5								
P35	1	2	3	4	5								
P36	1	2	3	4	5								

Anexo 5. Carta del tutor

San José, 27 de marzo de 2018.

CARTA DEL TUTOR

Máster Zaida Rodríguez
Carrera Enfermería
Universidad Hispanoamericana

Estimada señora, la estudiante **Natalia Porras Méndez**, cédula de identidad número **2-0701-0962**, ha desarrollado de forma satisfactoria el trabajo de investigación denominado: **“Funcionalidad de la persona adulta mayor en relación con la eficacia del cuidado de la persona responsable, Centros Diurnos Tacares – Grecia, marzo de 2018”** la cual fue elaborada para optar por el grado académico de Licenciatura en Enfermería.

En mi calidad tutor académico, he verificado que se ha seguido a cabalidad las indicaciones brindadas durante el proceso de elaboración de anteproyecto, recogida de datos, análisis y presentación de los resultados; 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%	20%
c)	COHERENCIA ENTRE LOS OBJETIVOS, LOS INSTRUMENTOS APLICADOS Y LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACION	30%	30%
d)	RELEVANCIA DE LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	20%	20%
e)	CALIDAD, DETALLE DEL MARCO TEORICO	20%	20%
	TOTAL		100%

En virtud de la calificación obtenida, se avala el traslado al proceso de lectura, para continuar las etapas finales de defensa pública.

Atentamente,



DR. ARGEDIS J. CRUZ BOZA
CÉDULA 1-1330-0648
CARNE CODIGO PROFESIONAL E9801

Anexo 6. Carta de la asociación Centro Diurno para personas de la tercera edad Quintín Vargas Aguilar.

*Asociación Centro Diurno para Personas de la
Tercera Edad Quintín Vargas Aguilar
Cédula Jurídica 3-002-117205
Tacares de Grecia, telefax: 24-58-46-76*

Tacares, 21 de marzo del 2018.

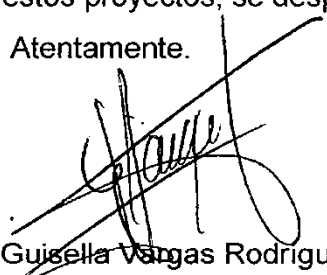
Señores
Universidad Hispanoamericana
Sede Aranjuez, San José

Atención
Master Zaida Rodríguez Cordero
Dirección de Enfermería

Estimados Señores: Es un placer saludarlos y desearles muchos éxitos en sus funciones. La presente tiene como fin informarles a ustedes que la estudiante, Natalia Porras Méndez, cédula No 207010962, ha realizado el proyecto recolección de datos para la tesis.

Agradeciendo de antemano la confianza depositada en nuestra institución para realizar estos proyectos, se despide,

Atentamente.


Guisella Vargas Rodriguez
Administradora y Coordinadora
de la institución

SELLO

Anexo 7. Carta de AATEGRE

ASOCIACION DE ATENCION DE LA TERCERA EDAD DE GRECIA AATEGRE

Fundada 14 agosto 1994
24° Aniversario
Telefax: 2444-3895
Correo electrónico: aategre@ice.co.cr

San Roque de Grecia, 30 de abril de 2018

Señores
Universidad Hispanoamericana
Sede Aranjuez, San José
Atención
Máster Zaida Rodríguez Cordero
Dirección de Enfermería

Estimada señora:

En calidad de coordinadora de atención directa de la persona adulta mayor, hago constar que la señorita Natalia Porras Méndez, cédula número 207010962 ha realizado el proyecto recolección de datos para su tesis.

Agradecemos la oportunidad que le dan a nuestra organización, de contar con este tipo de proyectos, se despide

Atentamente,


Ana Lorena Campos Rodríguez
Administradora



CC. Archivo.

Anexos 9. Carta Lector

CARTA DEL LECTOR

San José 30 de mayo de 2018

MSc
Zaida Rodríguez Cordero
Directora
Carrera de Enfermería
Universidad Hispanoamericana

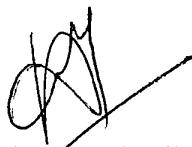
Estimada señora:

La estudiante Natalia Porras Méndez, cédula de identidad número 2-0701-0962, me ha presentado para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado “Funcionalidad de la persona adulta mayor en relación con la eficacia del cuidado de la persona responsable, Centros Diurnos Tacares –Grecia, marzo 2018”, el cual ha elaborado para optar por el grado de Licenciatura en Enfermería.

He revisado y he hecho las observaciones relativas al contenido analizado, particularmente, lo relativo a la coherencia entre el marco teórico y el análisis de datos; la consistencia de los datos recopilados y, la coherencia entre estos y las conclusiones; asimismo, la aplicabilidad y originalidad de las recomendaciones, en términos de aporte de la investigación. He verificado que se han hecho las modificaciones correspondientes a las observaciones indicadas.

Por consiguiente, este trabajo tiene la nota de 95 por lo que cuenta con mi aval para ser presentado en la defensa pública.

Atentamente



Dra. Fulvia Elizondo Sibaja MSc
Cedula de identidad 1-0676-0607
Carné Colegio Profesional No 2295

Anexos 10. Carta Filólogo

San José, 8 de junio, 2018

MSc. Zaida Rodríguez Cordero

Directora de la Escuela de Enfermería

Universidad Hispanoamericana, Sede Aranjuez

Leí y corregí el Trabajo Final de Graduación: “Funcionalidad de la Persona Adulta Mayor en relación con la eficacia del cuidado de la persona responsable, Centros Diurnos Tacaes-Grecia, marzo 2018”, elaborado por la estudiante Natalia Porras Méndez, cédula 2-0701-0962, para optar por el grado académico de Licenciatura en Enfermería.

Corregí el trabajo en aspectos, tales como: construcción de párrafos, vicios del lenguaje que se trasladan a lo escrito, ortografía, puntuación y otros relacionados con el campo filológico, y desde ese punto de vista considero que está listo para ser presentado como Trabajo Final de Graduación, por cuanto cumple con los requisitos establecidos por la Universidad Hispanoamericana.

Atentamente,



MSc. Edgar Rojas González

Carné 2443

Anexos 11. Dedicatoria

Dedicatoria

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

Deseo dedicar esta tesis a mis padres Roy Porras Suárez y Patricia Méndez Barquero, por el apoyo que me han brindado durante toda la carrera, toda la paciencia que nos han tenido, las palabras de apoyo y motivación que me han brindado cuando estoy exhausta y con ganas de renunciar. Han sido mi máximo apoyo y la mayor motivación para alcanzar lo que hasta hoy hemos logrado.

Gracias a todos,

Natalia Porras Méndez

Anexo 12. Agradecimiento

Agradecimiento

Agradezco a los centros diurnos por permitirme realizar esta investigación dentro de sus instituciones, por la atención y cooperación brindada.

A mi tutora Máster Argedis Cruz Boza, gracias verdaderamente por toda su paciencia y por brindarme toda su dedicación para hacer un excelente trabajo.

Igualmente agradecer a los profesores MSc. Zaida Rodríguez Cordero, MSc. Mary Astúa y Licda. Melissa Quesada Corella quienes siempre tuvieron disposición y una actitud de colaboración durante el proceso de formación, personas externas: familiares y amigos los cuales escucharon en momentos de frustración, desesperación y siempre tuvieron una palabra de aliento que nos levantaban y motivaban a seguir adelante con todas las ganas.

Muchas gracias,

Natalia Porras Méndez

