

UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA

CARRERA DE ENFERMERÍA

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

**SATISFACCIÓN DE LA PERSONA ADULTA
MAYOR, EN RELACIÓN CON LOS CUIDADOS
DE SALUD BRINDADOS POR EL PERSONAL,
CENTROS DIURNOS CANTONES
GOICOECHEA, VÁZQUEZ DE CORONADO Y
TIBÁS, ENERO-MARZO 2017**

SUSTENTANTE:

ILEANA SÁNCHEZ GAMBOA

MARZO, 2017

ÍNDICE DE CONTENIDOS

ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	iv
ÍNDICE DE TABLAS.....	xiii
PRÓLOGO	15
CAPÍTULO I MARCO CONTEXTUAL.....	18
1.1 Planteamiento del problema	19
1.1.1 Antecedentes del problema.....	19
1.1.2 Delimitación y formulación del problema.....	30
1.1.3 Descripción del problema	31
1.1.4 Situación que presenta una debilidad, deficiencia o vacío	32
1.1.5 Justificación	33
1.2 Redacción del problema central	35
1.3 Objetivos de la investigación.....	35
1.3.1 Objetivo general.....	35
1.3.2 Objetivos específicos	36
1.4. Alcances y limitaciones	36
1.4.1. Alcances.....	36
1.4.2. Limitaciones.....	37
CAPÍTULO II CONTEXTO HISTÓRICO Y TEÓRICO.....	38
2.1. Contexto histórico.....	39
2.2. Contexto teórico-conceptual	43
2.2.1. Definición de Salud.....	43
2.2.2. Satisfacción	44
2.2.3. Persona adulta mayor	50
2.2.4. Cuidados de la salud.....	64
2.2.4.4. Rol del profesional de enfermería en el cuidado de la salud.....	70
2.2.4.5. Enfermería gerontológica.....	72
2.2.4.6. Rol de enfermería en los centros diurnos gerontológicos	80
2.2.5. Teorizante de enfermería: Virginia Henderson.....	84
CAPÍTULO III MARCO METODOLÓGICO.....	90
3.1. Tipo de investigación.....	91

3.2. Área de estudio	91
3.2.1. Población.....	91
3.2.2. Muestra.....	92
3.2.3. Unidad de análisis u objetos de estudio	93
3.3. Fuentes de información	95
3.4. Identificación, descripción y relación de variables	96
3.5. Proceso de operacionalización de las variables.....	99
3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	107
CAPÍTULO IV ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS.....	109
CAPÍTULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	288
BIBLIOGRAFÍA	293
ANEXOS	301

ÍNDICE DE GRÁFICOS

- Gráfico 1.** Distribución porcentual de personas adultas mayores según sexo. Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás. Enero-Marzo, 2017 _____ 110
- Gráfico 2.** Distribución porcentual de personas adultas mayores según nacionalidad. Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás. Enero-Marzo, 2017 _____ 112
- Gráfico 3.** Distribución porcentual de personas adultas mayores según edad. Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás. Enero-Marzo, 2017 _____ 1145
- Gráfico 4.** Distribución porcentual de personas adultas mayores según domicilio. Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás. Enero-Marzo, 2017 _____ 116
- Gráfico 5.** Distribución porcentual de personas adultas mayores según estado civil. Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás. Enero-Marzo, 2017 _____ 120
- Gráfico 6.** Distribución porcentual de personas adultas mayores según cantidad de hijos. Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás. Enero-Marzo, 2017 _____ 123
- Gráfico 7.** Distribución porcentual de personas adultas mayores según vivienda. Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás. Enero-Marzo, 2017 _____ 129

Gráfico 8. Distribución porcentual de personas adultas mayores según estado de la vivienda. Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás. Enero-Marzo, 2017 _____	131
Gráfico 9. Distribución porcentual de personas adultas mayores según acceso a los servicios públicos básicos. Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás. Enero-Marzo, 2017 _____	133
Gráfico 10. Distribución porcentual de personas adultas mayores según acceso a pensión monetaria. Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás. Enero-Marzo, 2017 _____	135
Gráfico 11. Distribución porcentual de personas adultas mayores según cantidad de personas con las que habita. Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás. Enero-Marzo, 2017 _____	137
Gráfico 12. Distribución porcentual de personas adultas mayores según antecedentes quirúrgicos. Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás. Enero-Marzo, 2017 _____	139
Gráfico 13. Distribución porcentual de personas adultas mayores según consumo de medicamentos. Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás. Enero-Marzo, 2017 _____	149
Gráfico 14. Distribución porcentual de personas adultas mayores según realización de actividad física. Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás. Enero-Marzo, 2017 _____	154

Gráfico 15. Distribución porcentual de personas adultas mayores según medio de transporte para asistencia. Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás. Enero-Marzo, 2017 _____	158
Gráfico 16. Distribución porcentual de administradores según años laborados. Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás. Enero-Marzo, 2017 _____	160
Gráfico 17. Distribución porcentual de administradores según sexo. Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás. Enero-Marzo, 2017 _____	162
Gráfico 18. Distribución porcentual según consideración del estado económico del usuario para el ingreso. Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás. Enero-Marzo, 2017 _____	166
Gráfico 19. Distribución porcentual de empleados según número trabajadores. Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás. Enero-Marzo, 2017 _____	168
Gráfico 20. Distribución porcentual según frecuencia de recibimiento de charlas o capacitaciones. Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás. Enero-Marzo, 2017 _____	172
Gráfico 21. Distribución porcentual según información suministrada a empleados sobre cambios en el plan de cuidados de las personas adultas mayores. Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás. Enero-Marzo, 2017 _____	177
Gráfico 22. Distribución porcentual según toma de signos vitales. Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás. Enero-Marzo, 2017 _____	179

Gráfico 23. Distribución porcentual de cuidados de salud según frecuencia de toma de signos vitales. Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás. Enero-Marzo, 2017 _____	181
Gráfico 24. Distribución porcentual según valoración del nivel de dolor. Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás. Enero-Marzo, 2017 _____	183
Gráfico 25. Distribución porcentual de personas adultas mayores según lugar donde toman los medicamentos. Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás. Enero-Marzo, 2017 _____	185
Gráfico 26. Distribución porcentual según educación sobre manejo y efectos secundarios de la medicación. Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás. Enero-Marzo, 2017 _____	187
Gráfico 27. Distribución porcentual según valoración de los sentidos. Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás. Enero-Marzo, 2017 _____	189
Gráfico 28. Distribución porcentual de centros diurnos según frecuencia de valoración de los sentidos. Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás. Enero-Marzo, 2017 _____	191
Gráfico 29. Distribución porcentual según valoración del control de esfínteres. Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás. Enero-Marzo, 2017 _____	193
Gráfico 30. Distribución porcentual según apoyo de un profesional que valore estado nutricional e instauración de dietas. Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás. Enero-Marzo, 2017 _____	203

Gráfico 31. Distribución porcentual de cuidados de salud según revisión del carné de vacunas. Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás. Enero-Marzo, 2017 _____	206
Gráfico 32. Distribución porcentual según espacios dentro de la rutina para favorecer el descanso y sueño. Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás. Enero-Marzo, 2017 _____	210
Gráfico 33. Distribución porcentual de usuarios según independencia para realizar actividades de cuidado personal. Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás. Enero-Marzo, 2017 _____	213
Gráfico 34. Distribución porcentual de usuarios según movilización independiente. Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás. Enero-Marzo, 2017 _____	216
Gráfico 35. Distribución porcentual según colaboración de un profesional que valore la función mental y cognitiva. Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás. Enero-Marzo, 2017 _____	217
Gráfico 36. Distribución porcentual según frecuencia actividades de ocio y recreación. Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás. Enero-Marzo, 2017 _____	221
Gráfico 37. Distribución porcentual de personas adultas mayores según distracción y recreación con las actividades. Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás. Enero-Marzo, 2017 _____	224
Gráfico 38. Distribución porcentual según información a familiares. Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás. Enero-Marzo, 2017 _____	226

Gráfico 39. Distribución porcentual según realización de charlas a usuarios. Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás. Enero-Marzo, 2017 _____	229
Gráfico 40. Distribución porcentual según instalaciones físicas seguras y adecuadas para la población asistente. Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás. Enero-Marzo 2017 _____	232
Gráfico 41. Distribución porcentual según disponibilidad de plan documentado para prevención y atención de caídas. Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás. Enero-Marzo, 2017 _____	235
Gráfico 42. Distribución porcentual según disponibilidad de documentación para registrar cantidad de caídas en el último año. Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás. Enero-Marzo, 2017 _____	237
Gráfico 43. Distribución porcentual según disponibilidad de espacio físico adecuado para atención médica. Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás. Enero-Marzo, 2017 _____	243
Gráfico 44. Distribución porcentual de personas adultas mayores según disponibilidad de un profesional para atención médica. Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás. Enero-Marzo, 2017 _____	245
Gráfico 45. Distribución porcentual de personas adultas mayores según revisión general por parte de un profesional en salud al ingreso por primera vez. Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás. Enero-Marzo, 2017 _____	247
Gráfico 46. Distribución porcentual según disponibilidad de protocolos escritos para la atención de patologías específicas. Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás. Enero-Marzo, 2017 _____	248

Gráfico 47. Distribución porcentual según disponibilidad de trabajadores capacitados en primeros auxilios. Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás. Enero-Marzo, 2017 _____	251
Gráfico 48. Distribución porcentual de personas adultas mayores según trato basado en respeto e igualdad por parte del personal. Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás. Enero-Marzo, 2017 _____	255
Gráfico 49. Distribución porcentual de personas adultas mayores según acceso a personal capacitado para brindar cuidados de salud. Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás. Enero-Marzo, 2017 _____	257
Gráfico 50. Distribución porcentual de personas adultas mayores según confiabilidad en el manejo de información confidencial por parte de los trabajadores. Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás. Enero-Marzo, 2017 _____	262
Gráfico 51. Distribución porcentual de personas adultas mayores según consideración del manejo adecuado de emergencias médicas. Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás. Enero-Marzo, 2017 _____	264
Gráfico 52. Distribución porcentual de personas adultas mayores según satisfacción de vida. Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás. Enero-Marzo, 2017 _____	266
Gráfico 53. Distribución porcentual de personas adultas mayores según satisfacción con la alimentación recibida. Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás. Enero-Marzo, 2017 _____	268

Gráfico 54. Distribución porcentual de personas adultas mayores según satisfacción en la asistencia para movilización por parte de trabajadores. Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás. Enero-Marzo, 2017 _____	270
Gráfico 55. Distribución porcentual de personas adultas mayores según satisfacción con educación sobre medicamentos por parte de los trabajadores. Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás. Enero-Marzo, 2017 _____	272
Gráfico 56. Distribución porcentual de personas adultas mayores según satisfacción con actividades realizadas. Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás. Enero-Marzo, 2017 _____	274
Gráfico 57. Distribución porcentual de personas adultas mayores según satisfacción con tiempo de descanso y sueño. Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás. Enero-Marzo, 2017 _____	276
Gráfico 58. Distribución porcentual de personas adultas mayores según satisfacción con el trato y la motivación por parte del personal. Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás. Enero-Marzo, 2017 _____	278
Gráfico 59. Distribución porcentual de personas adultas mayores según satisfacción con el tiempo de espera para atención de dudas, quejas o necesidades. Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás. Enero- Marzo, 2017 _____	280
Gráfico 60. Distribución porcentual de personas adultas mayores según satisfacción con el plan de cuidados que sigue el personal del centro de acuerdo con las patologías actuales. Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás. Enero-Marzo, 2017 _____	282

Gráfico 61. Distribución porcentual de personas adultas mayores según estado de salud actual. Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás. Enero-Marzo, 2017 _____ 284

Gráfico 62. Distribución porcentual de personas adultas mayores según motivación para asistir diariamente. Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás. Enero-Marzo, 2017 _____ 286

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Distribución porcentual de personas adultas mayores según asistencia. Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás, Enero-Marzo, 2017_____	118
Tabla 2. Distribución porcentual de personas adultas mayores según religión. Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás. Enero-Marzo, 2017_____	122
Tabla 3. Distribución porcentual de personas adultas mayores según ocupación. Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás. Enero-Marzo, 2017_____	125
Tabla 4. Distribución porcentual de personas adultas mayores según escolaridad. Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás. Enero-Marzo, 2017_____	127
Tabla 5. Distribución de personas adultas mayores según tipo de antecedentes quirúrgicos. Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás. Enero-Marzo, 2017_____	141
Tabla 6. Distribución porcentual de personas adultas mayores según tiempo transcurrido desde la última cirugía. Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás. Enero-Marzo, 2017_____	144
Tabla 7. Distribución de personas adultas mayores según patologías actuales. Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás. Enero-Marzo, 2017_____	146

Tabla 8. Distribución de personas adultas mayores según tipo de medicamentos consumidos. Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás. Enero-Marzo, 2017_____	151
Tabla 9. Distribución de personas adultas mayores según tipo de actividad física. Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás. Enero-Marzo, 2017_____	156
Tabla 10. Distribución según requisitos para ingreso. Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás. Enero-Marzo, 2017_____	164
Tabla 11. Distribución de empleados según profesión-función. Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás. Enero-Marzo, 2017_____	170
Tabla 12. Distribución según información proporcionada a los empleados cuando hay un ingreso. Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás Enero-Marzo, 2017_____	174
Tabla 13. Distribución porcentual según cuidados de salud brindados. Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás. Enero-Marzo, 2017_____	197
Tabla 14. Distribución de cuidados de salud según acciones a tomar en caso de esquema de vacunación incompleto. Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás. Enero-Marzo, 2017_____	208
Tabla 15. Distribución según actividades religiosas y espirituales. Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás. Enero-Marzo, 2017_____	219

Tabla 16. Distribución según cantidad de caídas que suceden al mes. Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás. Enero-Marzo, 2017_____ 239

Tabla 17. Distribución según acciones a realizar cuando sucede una caída. Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás. Enero-Marzo, 2017_____ 241

Tabla 18. Distribución según principios, normas y procedimientos que deben cumplir los trabajadores para el cuidado de personas adultas mayores. Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás. Enero-Marzo, 2017_____ 253

Tabla 19. Distribución porcentual de personas adultas mayores según charlas recibidas . Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás. Enero-Marzo, 2017_____ 259

PRÓLOGO

La satisfacción se refiere a una evaluación personal, que corresponde a una expresión subjetiva de bienestar, ya sea con la calidad de vida o por algún tipo de servicio brindado. En esta investigación, la satisfacción se refiere a los cuidados de salud que brinda el personal a las personas adultas mayores que acuden a los centros diurnos de los cantones Vázquez de Coronado, Goicoechea y Tibás.

La persona adulta mayor se considera según la Ley Integral de la Persona Adulta Mayor N° 7935 como “aquella mayor de 65 años”¹, que pasa por un proceso de envejecimiento, que lo hace vulnerable y frágil ante la sociedad, y que a su vez, atraviesa un conjunto de cambios propios de la vejez, que hacen que requieran de cuidados de salud especiales.

El cuidado de la salud según Velandi et al corresponde a “una acción encaminada a hacer algo por alguien, lo que no puede hacer solo, con respecto a sus necesidades básicas, la explicación para mejorar la salud a través de la enseñanza de lo desconocido, la facilitación de la expresión de sentimientos, la intención de mejorar la calidad de vida del enfermo y su familia ante la nueva experiencia que debe afrontar”².

El Capítulo I corresponde al marco contextual de la investigación, el cual contiene el planteamiento del problema con antecedentes internacionales y nacionales, la descripción del problema, situación que presenta debilidad en este momento, por ser una población poco investigada dentro del lugar de estudio seleccionado. Además, incluye la justificación, la redacción del problema central, el objetivo general y los objetivos específicos, los cuales corresponden a la finalidad de la tesis, así como los alcances y limitaciones que se presentan en la investigación.

El Capítulo II está dividido en dos partes: el contexto histórico y teórico conceptual. La primera parte posee una breve descripción sobre la historia de las variables en estudio a lo largo de los años. En la segunda parte se desarrolla el contexto teórico, el cual dará fundamento a la investigación; se describen detalladamente los siguientes temas: concepto de satisfacción, tipos, características y medición, aspectos relacionados con la persona adulta mayor como la vejez y sus etapas, concepto de calidad de vida y factores que influyen en ella, la ley y las instituciones que los protegen, los centros diurnos como tales, y cuidados de la salud gerontológicos generales y adecuados a los establecimientos donde se va a realizar la investigación.

El Capítulo III hace referencia al procedimiento metodológico, donde se expone el tipo de investigación que incluye el enfoque, el alcance y el corte de la investigación, el área de estudio donde se detallan las unidades de análisis con los criterios de inclusión y exclusión, la muestra, las fuentes de las cuáles se extrae la información, la identificación, descripción y relación de las variables, la operacionalización de variables para precisar al máximo el significado que se le otorga a cada una de ellas en esta tesis y la técnica de recolección de datos.

El Capítulo IV consiste en el análisis de los resultados obtenidos en la investigación realizada, por medio de los instrumentos aplicados a los administradores de los centros diurnos seleccionados y a las personas adultas mayores que asisten a los mismos, durante el periodo enero-marzo del 2017.

Finalmente, el Capítulo V muestra las conclusiones obtenidas del análisis de datos y las recomendaciones para mejorar y fortalecer los cuidados de salud brindados por el personal en los centros diurnos gerontológicos investigados.

CAPÍTULO I
MARCO CONTEXTUAL

1.1 Planteamiento del problema

1.1.1 Antecedentes del problema

La atención de enfermería es una parte fundamental del equipo multidisciplinar en los centros diurnos, incluye acciones que van desde la ayuda para las actividades diarias, hasta la instauración de cuidados paliativos, siempre con la intención de ofrecer cuidados de calidad, fomentando la autosuficiencia y el bienestar de los usuarios.

En este tipo de centros es carente la participación de profesionales en enfermería, por lo que la calidad del cuidado en salud se ve amenazada, ya que la responsabilidad recae en el personal administrativo del área, recurriendo a cuidado de tipo informal, donde no hay un profesional de salud capacitado para evaluar la calidad y eficacia del mismo.

A pesar que los asistentes a estos establecimientos poseen habilidades apropiadas para su autocuidado, no están exentos de sufrir padecimientos de tipo crónico en su historial clínico, que muchas veces son propios del proceso de envejecimiento o producto de una deficiencia en la práctica de estilos de vida saludable en años anteriores, por lo que es conveniente que se determine qué cuidados de salud se brindan en este tipo de centros y a su vez el nivel de satisfacción de los beneficiarios respecto a esos cuidados de salud recibidos.

A nivel internacional

En Chile, Buide et al realizó un estudio descriptivo, bajo el nombre de: “Papel del profesional de enfermería en un centro de día gerontológico”, cuyo objetivo principal era perfilar el papel del profesional de enfermería en estos centros. La metodología del estudio consiste en una

revisión y protocolización de la intervención del personal de enfermería de acuerdo a su papel en los centros de día gerontológicos, se basa en la valoración previa del potencial usuario.

Según Buide et al³ el resultado principal que se obtuvo fue que el profesional de enfermería debería de trabajar en conjunto con un equipo multidisciplinar para la atención de salud en centros diurnos. A su vez, hace énfasis en que la intervención de enfermería debe ser integral y personalizada a las necesidades especiales de cada usuario, potenciando la autonomía de los mismos, evitando caer en la sobre ayuda y buscando involucrar a la familia a fin de mejorar resultados en salud de la población adulta mayor.

La participación por parte del personal de enfermería en estos centros diurnos, es importante para el mantenimiento de la salud y el control de enfermedades crónicas de los usuarios asistentes, así como la utilización de la educación sanitaria y el apoyo emocional que puede brindar, además del cuidado directo.

Por otra parte, en Washington, USA, se realizó un estudio comparativo, llamado: “Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE)”, la cual contiene los desafíos que impone a la sociedad en general y a los servicios de salud, el rápido envejecimiento de la población en América Latina y el Caribe.

El principal objetivo de este estudio fue evaluar el estado de salud de las personas adultas mayores de algunas ciudades de la región como: Argentina, Barbados, Cuba, Uruguay, Chile, México y Brasil, con el fin de proyectar las necesidades de salud, que es probable que resulten del rápido crecimiento de la población adulta mayor.

El universo de estudio fue la población mayor de 60 años residente en hogares privados de residencia permanente en cada una de las ciudades seleccionadas. Se efectuaron encuestas

nacionales periódicas de hogares y empleos, las cuales ofrecen marcos muestrales actualizados, por lo menos más recientes que los últimos censos disponibles.

Según este estudio, Albala et al afirman que “la región está envejeciendo a un ritmo que no se ha observado en el mundo desarrollado, indica que los adultos mayores están envejeciendo con más limitaciones funcionales y peor salud que sus semejantes en países desarrollados. Además, las redes familiares están cambiando rápidamente y tienen menos capacidad de suplir la falta de protección social institucional”⁴.

Debido a esto, es que se deben de tomar en cuenta aspectos sociodemográficos, económicos y familiares, ya que influyen en el bienestar de la población adulta mayor, que con su crecimiento origina una mayor demanda y asistencia a servicios de salud, dado que sus padecimientos son más crónicos que agudos y más progresivos que regresivos, aumentando considerablemente los costos de la asistencia sanitaria y la asistencia a centros de cuidado, debido a que las familias optan por estos servicios para el cuidado de las personas de la tercera edad mientras los demás miembros de la familia laboran.

Respecto a la satisfacción de vida en la etapa de la vejez, se realizó una investigación descriptiva denominada: “Factores asociados a la satisfacción de vida de adultos mayores de 60 años en Perú”, cuyo objetivo general era determinar esos factores asociados a la satisfacción de vida en esta población. La muestra estuvo constituida por 122 personas adultas mayores, mayores de 60 años de edad y que residen actualmente en la ciudad de Lima, se utilizó la Encuesta sobre Calidad de Vida.

Como resultado según Inga y Vara, se encontró que “en general los ancianos pertenecientes a la muestra de estudio tienen una alta satisfacción de vida; sin embargo, pese a tener un

promedio alto en cuanto a la satisfacción vital, 31.6% de los ancianos se sienten por lo menos una vez a la semana débil y enfermo”⁵.

Se evidencia con el estudio anterior que en general, aunque la población adulta mayor se sienta satisfecha con su vida, se ve afectada por diferente sintomatología que se caracteriza por cansancio, fatiga y debilidad, por lo que supone la necesidad de una atención de salud adecuada para este grupo etáreo y los síntomas que presentan, especialmente en su estancia en centros diurnos gerontológicos, que por su proceso de envejecimiento puede variar su estado de salud en cuestión de días o inclusive horas.

Siguiendo con el tema de la satisfacción, pero enfocado a la calidad de los servicios de salud recibida en centros hospitalarios, García en México, realizó una investigación llamada “Satisfacción del usuario adulto mayor con la calidad de la atención de enfermería en el Hospital General Cunduacán Tabasco”, corresponde a una investigación descriptiva de corte transversal, con 58 usuarios adultos mayores, a los cuales se les aplicó un cuestionario auto administrado.

Su objetivo residía en evaluar el nivel de satisfacción del usuario adulto mayor a la calidad de la atención de enfermería proporcionada durante su hospitalización en dicho centro médico. En esta investigación como resultado principal García obtuvo que “el índice de satisfacción general fue 58% con satisfacción alta, el 40% resultó medianamente satisfecho y el 2% manifestó satisfacción baja”⁶.

Por lo tanto, a nivel hospitalario, por lo menos en esa localidad no existen acciones de enfermería en las que no se considere al adulto mayor con total integridad, donde no se les respetan sus derechos como usuarios que acuden a ejercer su derecho a la atención salubre,

sino que el trato brindado por el personal ha sido calificado como muy bueno, lo que indica que la satisfacción en cuanto a los cuidados de salud es alta.

Además, Contreras et al en México, realizaron una investigación descriptiva-transversal, denominada: “Satisfacción con el cuidado de enfermería el adulto mayor hospitalizado”. Se encuestaron 45 adultos mayores hospitalizados en medicina interna y cirugía general de dos instituciones de segundo nivel de atención. Para medir la satisfacción del usuario con el cuidado de enfermería se utilizó un instrumento diseñado por Hinshaw y Atwood en 1982 denominado PSI, (Patient Satisfaction Instrument) cuyo objetivo era determinar el nivel de satisfacción respecto a los cuidados de enfermería recibidos durante su estancia hospitalaria.

Dentro de los resultados obtenidos, cabe destacar que Contreras et al refieren que: “el paciente se siente mejor al platicar con la enfermera (75.6%), la enfermera debería ser más atenta de lo que es (60.0%) y el paciente se siente con libertad para preguntarle a la enfermera cuestiones de salud (55.6%). Sólo un reactivo predominó en total desacuerdo: le molesta cuando la enfermera le habla como si fuera niño (60.0%)”⁷.

Referente a lo expuesto por el autor, se menciona que la satisfacción con la calidad del cuidado brindado por enfermería es alta, por lo que la calidad del cuidado se mantiene por lo menos a nivel hospitalario, satisfaciendo las necesidades de los usuarios adultos mayores hospitalizados en esa localidad. Asimismo, evidencia la relación terapéutica que entablan los profesionales de enfermería con cada usuario, además de la confiabilidad que cada uno de ellos le tiene a estos profesionales de la salud.

Respecto al lugar de estudio, se puede mencionar que la población dentro de los centros diurnos es variable, con usuarios sanos, con problemas de autocuidado, movilidad, demencias,

enfermedades crónicas y cognoscitivas, entre otras, que por su condición muchas veces requieren de cuidados especiales de salud.

Con relación a este tema, en México Salmón et al realizó un estudio descriptivo-transversal llamado: “Cuidados informales y calidad de vida de los adultos mayores”. Se aplicaron la escala de Barthel y la escala de Lawton y Brody a los adultos mayores o bien a su cuidador informal. La primera es una escala funcional basada en las actividades básicas de la vida diaria (baño, vestido, micción, deambulación, etc.) y la segunda valora las actividades instrumentales de la vida diaria (capacidad para utilizar el teléfono, hacer compras, preparación de la comida, cuidado de la casa, lavado de la ropa, etc.)

El objetivo general del estudio era describir los cuidados informales proporcionados a los adultos mayores dependientes y su calidad de vida. De acuerdo con Salmón et al se obtuvo que: “el 78.38% de los adultos mayores presentaron un nivel de dependencia: leve y moderada”⁸.

Lo que significa que una gran proporción de personas adultas mayores dependen de terceros para realizar actividades cotidianas. Dentro de los cuidados informales que son proporcionados por los cuidadores de las personas adultas mayores, ya sea en el hogar o en un centro diurno se pueden mencionar: cuidados de promoción a la salud, de prevención, atención a la enfermedad y de recuperación, los cuales son indispensables para mantener y mejorar la calidad de vida de la persona adulta mayor dependiente.

Conjuntamente a los antecedentes internacionales, se deben conocer los antecedentes nacionales, que evidencien cuánto se ha investigado sobre el tema a tratar.

A nivel nacional

Antes de brindar un cuidado de calidad y humanizado, se debe conocer el estado de salud poblacional de los adultos mayores en Costa Rica. Con relación a este tema Araya y Céspedes realizaron un estudio de tipo exploratorio, en la cual por medio de entrevistas reunieron diferentes datos estadísticos sobre esta población en el país. El nombre de la investigación corresponde a: “Vejez, dignidad y productividad. Un estudio exploratorio de las condiciones de vida de las y los adultos mayores costarricenses”.

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

Araya y Céspedes indican que “al analizar las causas de mortalidad encontramos que alrededor del 40% de estas defunciones son de origen cardiovascular, de un 20% a 25% se deben a algún tipo cáncer y otro tanto a una variedad de condiciones, entre las que destacan las respiratorias crónicas, la diabetes y el grupo residual de senilidad”⁹.

Tomando en cuenta estos datos es posible planificar acciones y programas desde antes de la aparición de estas enfermedades, como medio de prevención, instaurar medidas de control y fomento de un estilo de vida saludable desde tempranas edades, o aun cuando algún adulto mayor presente alguna patología de estas, mantenerlas controladas por medio de educación, autocuidado, medicación, actividad física, alimentación, relaciones interpersonales satisfactorias, entre otros factores, que inciden en el control de este tipo de padecimientos. Ya que, dentro de un centro diurno, es muy común encontrarse con este tipo de población que

contengan estas enfermedades dentro de su historia clínica, por lo que deben recibir atención en salud de manera integral e individualizada para minimizar riesgos en cuanto a la salud de los asistentes.

La atención en salud debe ser siempre accionada por estándares de calidad, caracterizada por un sentimiento de humanización y brindando un trato digno al usuario que se está atendiendo. Castro en su investigación de tipo descriptiva, bajo el título de: “Programa de sensibilización sobre el auto cuidado, dirigido a los adultos mayores pensionados y sus familias que asisten a la Asociación de Educadores Pensionados (A.D.E.P) Miramar, Puntarenas. Setiembre-diciembre 2011”, propone desarrollar un programa de sensibilización sobre el autocuidado, dirigido a los adultos mayores pensionados y sus familiares que asisten a A.D.E.P, Miramar, Puntarenas, setiembre-diciembre 2011.

Se realizó la investigación con una muestra de 30 adultos mayores jubilados, mediante la aplicación de una entrevista. Entre los resultados que Castro obtuvo se puede mencionar que: “un 67% de los adultos mayores visitaban los servicios de medicina por lo menos una vez cada tres meses. Asimismo, como parte de las prácticas de autocuidado, un 53% de los adultos mayores se controlan la presión arterial solo una vez al mes, un 37% 1 vez cada 3 meses y un 7% se la controló hace más de un año. Además, solo un 63% alegó el cumplimiento total de su tratamiento farmacológico”¹⁰.

Se evidencia que en este tipo de asociaciones o reuniones donde la persona adulta mayor asiste en horario diurno, hay un déficit en cuanto a atención a la salud, ya que no hay disponibilidad de profesionales que estén al tanto de su estado de salud, sino que este tipo de

asociaciones son vistas como una forma de distracción al proceso de envejecimiento y jubilación, como también muchas veces se perciben los centros diurnos.

Actualmente la sociedad debe proveer oportunidades para que los individuos puedan alcanzar una edad avanzada, con habilidades que les permitan adaptarse a los cambios y contar con el adecuado apoyo familiar y social. Es así como se han desarrollado diferentes acciones para promover un envejecimiento más saludable, un auto cuidado más oportuno y la protección de la calidad de vida de las personas adultas mayores, utilizando para ello como un recurso los centros diurnos gerontológicos.

Respecto a la calidad de vida de las personas adultas mayores, Parra realizó un estudio descriptivo denominado “Tiempo libre y calidad de vida auto percibida de los adultos mayores que asisten a las actividades comunales de Mata Redonda, mayo, 2014”; donde el objetivo principal era determinar la relación del uso del tiempo libre y la calidad de vida auto percibida de los adultos mayores que asisten a las actividades comunales de este lugar.

Se utilizó la aplicación de un cuestionario como medio para recolección de información, el cual demostró según Parra que: “el 42% de la población adulta mayor estima su calidad de vida como muy buena; el 33% como bastante buena y por último el 25% indican que su calidad de vida es normal”¹¹.

Lo cual, indica que la calidad de vida en el adulto mayor se está cumpliendo por lo menos a nivel comunal, influyendo en la satisfacción en todos los ámbitos personales, llámese emocional, social, psicológico, funcional, económico, donde la persona se siente feliz y realizada de lograr o alcanzar lo deseado. La calidad de vida se debe analizar de manera particular para poder determinar recursos, planificar, priorizar políticas y evaluar resultados

desde un punto de vista social, manteniendo el adulto mayor como un ser único, importante e irremplazable ante la sociedad.

Por otro lado, en el ámbito de enfermería como tal se habla del término humanización, como factor principal del quehacer de esta profesión. Mora realizó un estudio de tipo descriptivo bajo el título: “Humanización del cuidado en salud del personal de enfermería, evaluada desde la satisfacción de la persona adulta mayor, Hogar Carlos María Ulloa, diciembre, 2014”. En el cual, el objetivo principal consistía en determinar la humanización del cuidado del personal de enfermería, evaluada desde la satisfacción de la persona adulta mayor, Hogar Carlos María Ulloa, diciembre 2014.

Se encuestaron un total de 95 personas adultas mayores, por medio de 2 cuestionarios. El primer cuestionario consiste en un instrumento diseñado por Romero et al, llamado Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería (PCHE), el segundo cuestionario corresponde a un instrumento denominado Caring Assessment Instrument (Care-Q) fue creado por la Licenciada en Enfermería Patricia Larson. Es un cuestionario de evaluación de la atención para determinar qué tan satisfecho se encuentra el usuario.

El resultado principal sobre la satisfacción respecto a la humanización en el cuidado, Mora resalta que “el 60% de la población manifiesta que casi siempre se presenta un cuidado con trato humano y el 67.4% considera sentirse casi siempre satisfecho con este”¹².

Según este estudio, el cuidado humano que se brinda actualmente en este lugar, sí existe, pero se presenta como una situación de deficiencia, por poca capacitación y formación constante de cómo implementarlo y en aquellas personas que lo utilizan a diario en cómo fortalecerlo. Es por esto que se considera que la deshumanización es una amenaza que se está presentando en

el sistema de salud nacional, por esta razón es preciso reflexionar sobre las actitudes, aspectos humanos y valores del personal de enfermería en las que exista debilidad, ya que los cuidados del personal de enfermería se están convirtiendo en tecnicismo, al olvidar el trato humano individualizado o personalizado que es lo que caracteriza a la profesión.

Al mismo tiempo, desde años atrás la población adulta mayor se ve inmersa en temas de exclusión y maltrato de todo tipo, a pesar de la existencia de la Ley Integral de la Persona Adulta Mayor N°7935 creada desde 1999 en el país, se dice que todavía existe una desigualdad en cuanto a salud, que afecta negativamente a las personas que pertenecen a una clase social económicamente baja.

Hernández aborda este tema con una investigación de economía aplicada, utilizando el índice de concentración (IC). Este índice cumple con los requisitos mínimos necesarios para medir adecuadamente la desigualdad en salud: refleja no solo la situación del primer y último grupo de ingreso sino de toda la población, además refleja las dimensiones socioeconómicas de las desigualdades y es sensible a cambios en la distribución de la población entre los diferentes grupos socioeconómicos.

El objetivo de este estudio consiste en examinar las desigualdades en salud en Costa Rica, comparando las diferencias existentes en el grupo de adultos mayores de 60 años y los demás grupos de edad. Los resultados según Hernández¹³ indican que existe desigualdad en salud que afecta negativamente a los más pobres. Las desigualdades son no significativas en los adultos mayores de 70 años y significativas entre los 50 y 69 años.

Se dice que Costa Rica cuenta con uno de los mejores sistemas de salud de Latinoamérica. Sin embargo, debido a la relación positiva entre el nivel socioeconómico y la salud, la interacción

entre el reciente incremento en la desigualdad socioeconómica y el envejecimiento poblacional hace temer la aparición de desigualdades en salud.

Tomando en cuenta que los asistentes a centros diurnos gerontológicos, que en su mayoría es población en riesgo o con problemas socioeconómicos, que según el estudio anterior poseen desigualdades en cuanto a salud, es de vital importancia que se aborde la salud de los mismos dentro de estos centros, ya que muchos de ellos no tienen acceso a servicios de salud por diferentes situaciones y que desde esos centros ejerzan su derecho a la salud que les corresponde.

1.1.2 Delimitación y formulación del problema

Delimitación de la muestra

La investigación se realiza con usuarios, de 65 años de edad o más, que asisten a los centros diurnos de los cantones de Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás, en el periodo comprendido entre enero y marzo del 2017.

Se toman en cuenta personas tanto del sexo femenino como masculino, correspondiente a personas adultas mayores, es decir de 65 años o más que asisten a los centros diurnos ubicados en los cantones mencionados anteriormente.

El estudio se lleva a cabo en los siguientes centros diurnos: Asociación Esperanza Cristiana para el Anciano, Asociación Centro Diurno Personas de la Tercera Edad, Goicoechea, Asociación de Protección al Anciano de Calle Blancos y San Francisco, Asociación Centro de Atención Diurna para Ancianos, Tibás y Asociación de Atención Integral para la Tercera edad, Vázquez de Coronado.

1.1.3 Descripción del problema

Esta investigación describe la importancia de determinar la satisfacción de las personas adultas mayores, en relación con los cuidados de salud brindados por el personal en los centros diurnos. Según antecedentes, los adultos mayores se encuentran satisfechos en cuanto a su vida, más no en cuanto a la salud propia en diversos ámbitos.

En hospitales o centros encargados de la salud de las personas adultas mayores, muchos de los mismos, consideran que la atención sanitaria brindada por enfermería es de calidad, pero como argumenta Mora¹² hay quienes no se han sentido cómodos con la atención recibida por ciertos aspectos, por lo que se debe reforzar la atención de enfermería humanizada.

En cuanto a los centros diurnos se brindan cuidados de tipo informal que son generales para la población que se atiende, ya que no hay presencia de profesionales en salud para la atención individualizada y especializada para los asistentes, que si bien es cierto son independientes y realizan actividades de la vida diaria de forma autónoma, no están exentos a sufrir de un quebranto en su salud, poniendo en riesgo su vida sin una atención sanitaria pronta.

Se toman en cuenta para el estudio usuarios asistentes a los centros diurnos de los cantones de Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás, debido a que es una población poco estudiada según antecedentes en su contexto como tal. Se conoce de antemano que los que acuden a centros diurnos son personas en su mayoría con problemas sociales, económicos, familiares y de otra índole que los hacen vulnerables ante la sociedad, por lo que este tipo de centros se sustentan económicamente con ayudas sociales, haciendo que no se pueda contar con presencia de profesionales debido a que no hay recursos económicos para salarios extras.

El beneficio de este estudio consiste en medir la satisfacción que tiene las personas adultas mayores respecto a los cuidados de salud que reciben en los centros diurnos gerontológicos. Se pretende que sirva de herramienta para el personal del centro como medio de evaluación de sus tareas en cuanto a salud. Asimismo, si existe insatisfacción entre los usuarios que sirva como medio para los administradores para implementar las recomendaciones propuestas y que se pueda mejorar la calidad de atención a la salud. Pero los mayores beneficiarios van a ser los adultos mayores participantes, ya que con ello podría mejorar su estado de salud o se mantendría en estado óptimo para el disfrute del tiempo de ocio en estos centros y así optimizar el mantenimiento de la calidad de vida en su proceso de envejecimiento.

1.1.4 Situación que presenta una debilidad, deficiencia o vacío

Respecto a la condición de salud de la población adulta mayor, Cáceres estableció que “el 77,3% de los encuestados declaró padecer alguna de las enfermedades como: hipertensión arterial, diabetes mellitus, tumores, enfermedades pulmonares, de las articulaciones, cardíacas, nerviosas, derrame o trombosis y osteoporosis. Presentándose en primer lugar hipertensión arterial con 42,4%, en segundo lugar las enfermedades de articulaciones con un 32,2% y en tercer lugar con un 20,3% las enfermedades pulmonares”¹⁴.

Los datos anteriores muestran que la población adulta mayor está propensa a padecer de enfermedades con mayor vulnerabilidad por sus cambios físicos y fisiológicos consecuentes del envejecimiento. Dentro de las instituciones que más reciben asistencia de este tipo de población son los centros diurnos.

Muchos establecimientos diurnos son administrados por voluntarios que surgen de la comunidad, colaboran con el cuidado de los asistentes y que carecen de formación y

capacitación por parte de profesionales, ya que la participación de profesionales en salud en dichos lugares es escasa, por lo que podría ser que la calidad de atención a la salud se vea afectada en caso de presencia de alguna patología, consecuente al no seguimiento del plan adecuado de cuidado, por ejemplo en cuanto dieta, medicación, actividad física y cuidados especiales que pongan en riesgo la vida de los usuarios.

1.1.5 Justificación

El Estado de la Nación citado por Mora¹² indica que en Costa Rica el 7,2 % de la población en el año 2013, estaba integrada por personas mayores de 65 años de edad y se estima que para el 2020 esta población ascenderá al 18% del total de la población. Por lo tanto, es evidente que con el transcurso de los años aumenten la cantidad de personas adultas mayores en el país, por lo que las asistencias a los centros diurnos gerontológicos podrían aumentar.

La población de tercera edad es un grupo humano vulnerable que sufre trastornos de salud, con más facilidad que otros grupos sociales, consecuencia del deterioro funcional y progresivo de su organismo, así como otras alteraciones que lo vuelven dependiente con el tiempo; por ende es de trascendental importancia conocer su perspectiva de satisfacción sobre la atención brindada por el personal del centro, para fortalecer los servicios ofrecidos y brindarle mayor bienestar a los usuarios, al satisfacer siempre sus necesidades en el ámbito de la salud.

La población adulta mayor que asiste a los centros diurnos es una población dentro del espacio de estudio que contiene investigaciones científicas limitadas, por lo que esta investigación es motivada por la poca información que se tiene, a su vez, sirve como un eje primario para el conocimiento de la población asistente y los servicios de salud ofertados en estos centros diurnos, ya que por medio de la misma se describe el perfil sociodemográfico y biológico de

las personas adultas mayores asistentes, con el fin de evaluar la satisfacción de cada usuario respecto a los cuidados de salud recibidos. Además, se busca conocer el estado de salud de la población que se atiende en dichos centros y evaluar la calidad de los servicios de salud que reciben los mismos, en miras de que el profesional de enfermería que es el ente y gestor del cuidado se involucre en estos centros y valore los cuidados de salud instaurados en la población, así como establecer posibles recomendaciones para el mejoramiento o el mantenimiento de la salud de las personas.

La presente investigación se justifica desde el encuadre de relevancia de conveniencia y relevancia de tipo social, ya que de acuerdo a Hernández¹⁵, es de relevancia de conveniencia debido a que es pertinente realizar la investigación para documentar la calidad de cuidados de salud que reciben las personas adultas mayores en los centros diurnos gerontológicos, pues dentro de los antecedentes se posee poca información sobre la satisfacción en cuanto a los cuidados de salud recibidos en este tipo de centros.

Y es de relevancia social debido a que estos centros poseen participación comunitaria, son administrados muchas veces por voluntarios y se mantienen en su mayoría por aportes donativos de la sociedad, por lo que los beneficiarios del presente estudio van a ser en primer lugar los adultos mayores asistentes, ya que la calidad de los cuidados van a aumentar con las recomendaciones propuestas o se van a mantener en caso de que los participantes estén satisfechos con los cuidados recibidos por parte del personal, además los familiares de los asistentes también se verán beneficiados debido a que tendrán confiabilidad de contar con un centro que atienda y esté atento de la salud de sus asistentes y también el personal encargado del centro por medio de recomendaciones planteadas para la ejecución de cuidados de salud de calidad.

Se dispone con los permisos por parte de los administradores de los centros, así como el consentimiento informado de los participantes para realizar dicho estudio. Mediante entrevistas realizadas a las personas adultas mayores asistentes al lugar, así como a los administradores de los centros, se pretende recolectar la información debida, por lo que es viable ejecutar la investigación en el tiempo establecido y a un coste económico bajo.

Respecto a los problemas éticos que se pueden presentar, se pretende abordar el tema de investigación sin acudir a críticas negativas respecto a la administración de los centros abordados, sino por el contrario, se busca valorar si estos lugares poseen la necesidad de contar con la participación de profesionales en la salud, mayormente enfermeros, que se encarguen de administrar cuidados de salud específicos e individualizados a la población asistente o por el contrario, evidenciar si la parte de salud está cubierta de manera total o parcial con los cuidados de salud recibidos por el personal del centro.

1.2 Redacción del problema central

¿Cuál es la satisfacción de la persona adulta mayor, en relación con los cuidados de salud brindados por el personal, centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás, enero-marzo 2017?

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo general

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

1.3.2 Objetivos específicos

Caracterizar los aspectos sociodemográficos y biológicos de la persona adulta mayor que asiste a los centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás, enero-marzo 2017.

Identificar los cuidados de salud que reciben las personas adultas mayores por parte del personal, centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás, enero-marzo 2017.

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

1.4. Alcances y limitaciones

1.4.1. Alcances

La investigación abarca las personas adultas mayores y administradores de los centros diurnos que se encuentran ubicados en los cantones de Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás, Costa Rica, en el periodo entre enero y marzo del 2017.

A través de la investigación se identifica que los cuidados brindados son de manera general y no individualizados, dichos cuidados son brindados en su mayoría por personal voluntario, no por trabajadores del centro por la cantidad limitada de trabajadores, ya que es usual recibir estudiantes de enfermería y terapia física que realizan prácticas clínicas y colaboran en la rutina diaria de los centros diurnos, así como en un centro diurno se pudo constatar la

asistencia regular de damas voluntarias para colaborar con actividades ocupacionales para las personas adultas mayores, hecho que era desconocido y que se pudo ser testigo.

1.4.2. Limitaciones

Para la investigación fue una limitación la población en estudio, ya que al ser personas adultas mayores requieren de más tiempo para contestar completamente el instrumento de investigación, a su vez, por sus limitaciones físicas y mentales se debió realizar la entrevista individualmente, lo que retardó el proceso de investigación.

CAPÍTULO II
CONTEXTO HISTÓRICO Y TEÓRICO

2.1. Contexto histórico

En el presente marco histórico se menciona la evolución y desarrollo del objeto de estudio, desde diferentes autores. Se lleva a cabo una descripción de la evolución histórica del objeto de estudio, desde su origen hasta tiempos actuales. Transitar por las diversas épocas permite comprender la situación de las personas adultas mayores en el presente. Condición necesaria para dar respuesta, hoy día, al gran desafío que constituye este grupo etario de rápido crecimiento demográfico. A su vez, se describen como se realizaron los cuidados de la salud desde épocas antiguas y en quién recaía esta función.

En la edad media, el número de personas adultas mayores no era numeroso, debido a que las condiciones de vida eran realmente duras, con trabajos forzosos, por lo que el aspecto físico de los mismos se deterioraba prematuramente. Según Martínez et al¹⁶ “un viejo que gozase de buena salud solo podía explicarse por una intervención diabólica o por un favor divino en un ser virtuoso, de acuerdo con el antiguo testamento y la tradición grecorromana”. Las personas adultas mayores eran abandonadas en muchos casos, en establecimientos destinados a su socorro, como enfermerías en los monasterios y hospitales. En Costa Rica un ejemplo de ello era el Hospital San Juan de Dios, fundado en el siglo XIII.

Con respecto a la edad moderna, Martínez et al¹⁶ aportan que con el renacimiento europeo, la mujer, que era símbolo de la belleza, al envejecer se convertía en el símbolo máximo de la fealdad, y con frecuencia se les tomaba por brujas. Además, desde finales del siglo XVIII hasta mediados del siglo XIX las empresas eran familiares y el jefe el miembro de mayor edad. La burguesía en ascenso creó una ideología que valorizó la vejez, porque el anciano

simboliza la unidad y la permanencia de la familia, permitiendo a través de ella la transmisión de las riquezas y su acumulación, que es la base del capitalismo y el individualismo burgués.

En la edad contemporánea, junto con el desarrollo de las sociedades industriales, de acuerdo con Martínez et al¹⁶, se provocó un creciente desprestigio de la vejez, pero al aumentar el número de personas de la tercera edad y su esperanza de vida en todas las clases sociales, gracias a los avances en el campo de la medicina, la higiene, salud pública, la persona adulta mayor va alcanzando una mayor representatividad social y deja de ser un problema individual y familiar para cobrar significado público y convertirse en un problema social que tiene trascendencia a nivel político.

Así mismo, Martínez et al¹⁶ manifiesta que los progresos de la industrialización han conducido a una disolución cada vez más acentuada de la célula familiar, que unido al considerable y progresivo envejecimiento de la población han obligado a la sociedad a crear leyes, normativas y programas que aborden y den solución a los problemas que plantea la vejez de su población. Es una de las preocupaciones más urgentes de los estados en el momento actual.

Estos cambios en las formas de vida conducen a la marginación social del anciano, y él mismo se siente con frecuencia superviviente de un mundo que le es cada día más ajeno, hasta el punto de que el tiempo que la persona adulta mayor considera el suyo está en el pasado, porque la época que vive pertenece a los jóvenes. La jubilación que la sociedad impone al ser humano de cierta edad, que se encuentra en una buena situación física e intelectual le supone el apartamiento social definitivo y la pérdida de su lugar en la sociedad que le margina y en la que los valores propios de la juventud devalúan los valores que la persona adulta mayor puede

ofrecer al grupo humano al que pertenece. Para ellos es necesario una rápida adaptación a las nuevas tecnologías que se renuevan constantemente en la actualidad.

Con base en el concepto de salud y su evolución a través de los años, Perea y Hernando¹⁷ muestran que en los primeros años de la historia se mantuvo, durante un largo período de tiempo, el pensamiento primitivo mágico religioso, centrado en la creencia de que la enfermedad era un castigo divino, esta actitud aún se mantiene en algunos pueblos de África, Asia, Australia y América.

Según Perea y Hernando¹⁷ “fueron las civilizaciones egipcia y mesopotámica las que iniciaron el primer cambio conceptual, pasando del sentido mágico religioso a un desarrollo de la higiene personal y pública. En la antigua civilización hebrea, la Ley Mosaica contiene uno de los primeros códigos sanitarios de la humanidad: prescribe ordenamientos estrictos sobre higiene personal, alimentación, comportamiento sexual y profilaxis de las enfermedades transmisibles, algunas de ellas todavía vigentes”.

Además, Perea y Hernando¹⁷ aportan que el esplendor de la época renacentista también tiene su manifestación en el campo de la promoción de la salud, introduciéndose ideas innovadoras que motivaron grandes avances en materia de salud. Sin embargo, el cambio conceptual más importante tuvo lugar en 1946 cuando La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Carta Magna define la salud como “Completo estado de bienestar físico, psíquico y social”.

Son numerosas las definiciones que a partir de este momento se han formulado sobre el concepto de salud, encontrando un elemento común en todas ellas, la formulación de la salud en términos positivos y considerando este concepto en un plano integrador de la sociedad y el ser humano.

Respecto al cuidado, desde su origen, se ha definido como un acto propio de cada ser humano, cuya preocupación es una serie de necesidades fisiológicas y placenteras, que promueve la vida, la lucha contra el dolor, la enfermedad y la muerte. Basado en Achury¹⁸ en el siglo IV las mujeres consagradas, que permanecían recluidas en monasterios y claustros se encargaban de brindar acciones curativas en la iglesia o en los hospitales. Este movimiento rompe la idea de que el cuidado era exclusivamente para vagabundos, heridos o enfermos hospitalarios; abre nuevos campos y fortalece la esencia del cuidado.

Conjuntamente, Achury¹⁸ comenta que con la descentralización del poder político, iniciada en Inglaterra y Francia, se dio lugar a la separación del Estado y la Iglesia, por lo que el campo de las actividades médicas se amplía y surge la participación de la mujer auxiliar del médico. La enfermera tenía deberes, pero derechos no existían para ella; hasta la Segunda Guerra Mundial. La enfermería no era un oficio remunerado, sino que era mediante trueques, pero a partir de esto se empieza a concebir como una profesión remunerada. También, en el siglo XIX, el fundamento de conocimientos y prácticas en enfermería exigió entrenar al personal encargado directamente del cuidado. Esto originó el Proyecto de Florence, quién inició su labor en la Guerra de Crimea.

En cuanto a los centros diurnos en Costa Rica, se conoce que tomaron auge en la década de los años 80. Según Mena “su aceptación responde al interés por recuperar los derechos perdidos de los ancianos, y lograr que durante su tiempo de permanencia en el sitio realicen actividades recreativas, culturales, físicas, ocupacionales y espirituales”¹⁹.

Desde épocas antiguas las personas adultas mayores eran marginadas por la sociedad, hoy en día a pesar de la creación de la Ley Integral N°7935 siguen en la lucha por el respeto de sus

derechos. Su crecimiento demográfico ha sido la principal causa para la creación de centros diurnos gerontológicos como una institución más abierta, debido a que da la posibilidad de que la persona regrese al seno familiar durante las tardes, por lo que busca que la relación familiar no se rompa y a la vez, mantiene a la persona adulta mayor más activa de lo que permanece en un hogar.

En este tipo de centros se les ofrecen distintas modalidades de cuidado, una de ellas es el cuidado de la salud, que desde épocas antiguas recaía en la responsabilidad de mujeres, en especial religiosas y que no era remunerado. Actualmente el cuidado de la salud recae en los profesionales de enfermería, sin embargo, en estos centros la participación de enfermería es escasa, por lo que esta función la realiza el personal que labora en estos centros, de ahí la necesidad de determinar la satisfacción que tiene las personas adultas mayores con los cuidados de salud que se les brinda, tomando en cuenta que el concepto de salud ha evolucionado y que no solamente incluye la ausencia de enfermedad, sino que constituye un bienestar en el ámbito físico, mental, social y espiritual.

Con el conocimiento previo de las variables en estudio y su evolución durante años, se tiene un marco referencial para fundamentar el contexto teórico que se presentará a continuación.

2.2. Contexto teórico-conceptual

2.2.1. Definición de Salud

La salud según la OMS citado por Guevara se define como: “un completo bienestar físico, mental y social”²⁰, pero es más que la ausencia de enfermedad. Argumenta Guevara que la salud corresponde a “un estado de integridad y bienestar en el que las personas pueden trabajar juntas para satisfacer sus necesidades de una manera autosuficiente y responsable”²⁰.

A pesar de que fue oficializada hace unos 60 años, esta definición es relevante por su institucionalidad, pues es la que sirve de base para el cumplimiento de las competencias de la OMS, que es el máximo organismo gubernamental mundialmente reconocida en materia de salud y uno de los principales actores en dicha materia.

En la población adulta mayor, es importante ejercer una atención integral de salud que según Fernández²¹ deberá garantizar calidad y promover una guía secuencial lógica de eventos y con ello, establecer objetivos de intervenciones que se presenten durante el proceso de envejecimiento. La atención integral implica una forma de cuidado de carácter multidisciplinario e integrado, con el fin de brindar y abarcar de forma completa no solo al individuo, sino también a los miembros de la familia y a la comunidad.

Dicha atención perfectamente es ajustable a los centros diurnos, donde no solamente se busca el bienestar del usuario, sino que se integra a la familia y a la comunidad. A pesar de la poca participación multidisciplinar, el personal del centro se esfuerza por brindar cuidados de salud de la mejor manera posible a los asistentes y mantener la capacidad de autonomía y autosuficiencia de cada usuario.

2.2.2. Satisfacción

Tomando en cuenta el concepto de salud y atención integral se puede abordar el tema sobre la satisfacción, ya que el eje central de esta investigación corresponde a la satisfacción de las personas adultas mayores, respecto a los cuidados de salud brindados por el personal de los centros diurnos, por lo que resulta fundamental conceptualizar este término y conocer características sobre el mismo, así como el método mediante el cual se puede medir la satisfacción.

La satisfacción Mora 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"¹². Además, la misma autora refiere que¹² 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 así como la satisfacción 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.

También Mora¹² menciona que 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 los servicios definan los estándares de calidad adecuados para cada servicio, con el fin de implementar los cambios necesarios.

Es por esto, que la opinión de los usuarios es primordial para evaluar si el cuidado se está dando con calidad y de forma integral, así como también permite mejorarlo si existen deficiencias desde el quehacer del profesional de enfermería.

2.2.2.1 Tipos de satisfacción

Esta investigación se basa en la satisfacción relacionada con los cuidados de la salud, sin embargo, es significativo conocer que además de este tipo de satisfacción, existen otras clasificaciones, entre las cuales se encuentran:

- a) Satisfacción vital: La satisfacción vital según Horle, citado por Ramírez y Lee, corresponde a la "evaluación personal que cada uno hace de sus condiciones particulares, comparada con un referente externo o sus propias aspiraciones"²², es

decir, es el grado en que una persona evalúa la calidad global de su vida en conjunto de forma positiva.

- b) Satisfacción personal: La satisfacción personal va de la mano con la satisfacción vital, ya que corresponde a un elemento para lograr la satisfacción vital. De acuerdo con Horle, citado por Ramírez y Lee, corresponde a “la sensación de alegría, paz y gozo por haber cumplido ciertos objetivos. Implica sentirse útil, aprender a disfrutar la vida en toda circunstancia y lograr la autorrealización personal”²². Se puede decir que, si no hay satisfacción personal, no puede haber satisfacción vital.
- c) Satisfacción laboral: La satisfacción laboral como lo plantean Abrajan et al²³ corresponde a la interacción entre el personal y el ambiente donde labora, es la concordancia entre la persona y el puesto en el que se desempeña.
- d) Satisfacción de información: según Calva la satisfacción de información es entendida como “el restablecimiento del equilibrio del sujeto con su medio circundante, a partir de la desaparición de las carencias de conocimiento e información que tenía sobre un hecho, objeto o fenómeno y que fue lo que provocó una necesidad de información”²⁴.

2.2.2.2. Características de la satisfacción

Un factor esencial en la satisfacción corresponde a la motivación. La satisfacción se logra mediante la motivación, para esto Abraham Maslow propone la Teoría de la Motivación Humana, la cual trata de una jerarquía de necesidades y factores que motivan a las personas.

Es así como a medida que la persona va satisfaciendo sus necesidades surgen otras que cambian o modifican el comportamiento del mismo; considerando que solo cuando una necesidad está razonablemente satisfecha, se disparará una nueva necesidad. Las cinco

categorías de necesidades son: fisiológicas, de seguridad, de amor y pertenencia, de estima y de autorrealización.

Según Quintero²⁵ las necesidades fisiológicas son de origen biológico y refieren a la supervivencia del hombre, se consideran necesidades básicas como: necesidad de respirar, de alimentación, de beber agua, de dormir, de comer, de sexo, de refugio. Las necesidades de seguridad se orientan a la seguridad personal, el orden, la estabilidad y la protección. Aquí se encuentran la seguridad física, de empleo, de ingresos y recursos, familiar, de salud y contra el crimen de la propiedad personal. Las de amor, afecto y pertenencia se presentan continuamente en la vida diaria, cuando el ser humano muestra deseos de casarse, de tener una familia, de ser parte de una comunidad, ser miembro de una iglesia o asistir a un club social.

También Quintero²⁵ expone las necesidades de estima que refieren a la autoestima, el reconocimiento hacia la persona, el logro particular y el respeto hacia los demás. Al satisfacer estas necesidades, las personas tienden a sentirse seguras de sí mismas y valiosas dentro de una sociedad. Por último, las necesidades de autorrealización que responden a la necesidad de una persona para ser y hacer lo que la persona nació para hacer, es decir, es el cumplimiento del potencial personal a través de una actividad específica.

Si estas necesidades se encuentran cubiertas, la persona se encuentra satisfecha en todos los ámbitos de vida. Pero la satisfacción se logra también con una atención de calidad en el lugar donde recibe algún tipo de servicio. Como por ejemplo en los centros diurnos, donde todas estas necesidades tienen que ser abordadas por el personal del lugar para que así interesados se encuentren motivados a seguir asistiendo.

Se han estudiado un grupo de determinantes fundamentales de la calidad de los servicios que según Suárez citado por Massip²⁶ et al son: confiabilidad, receptividad, competencia, accesibilidad, cortesía, comunicación, credibilidad, seguridad, entender y conocer al cliente y un aspecto tangible del servicio que incluye apariencia personal, condiciones del lugar, herramientas, instrumentos y equipos, así como la privacidad de los beneficiarios.

Se habla de calidad en la atención médica o calidad asistencial cuando se realizan diferentes actividades encaminadas a garantizar los servicios de salud accesibles y equitativos con profesionales y teniendo en cuenta los recursos disponibles para lograr la satisfacción de los usuarios con la atención recibida. Se debe tener disposición y prontitud de los empleados para proporcionar el servicio, poseer habilidades y conocimientos necesarios para ejecutar el servicio, escuchar a los usuarios y mantenerlos informados con un lenguaje que puedan entender, mostrar honestidad, dignidad y confianza, además de estudiar y conocer las necesidades de los usuarios para satisfacerlas.

La satisfacción en cuanto a servicios de salud según Massip et al puede definirse como "la medida en que la atención sanitaria y el estado de salud resultante cumplen con las expectativas del usuario."²⁶ Por lo tanto, si se quiere ofrecer servicios de mayor calidad y crear instituciones de excelencia, entonces, la evaluación de la satisfacción en los beneficiarios, familiares y proveedores se convierte en una tarea permanente y dinámica que aporta datos de cómo está y que falta para llegar a cumplimentar las expectativas de unos y de otros.

Thompson²⁷ plantea que luego de realizada la compra o adquisición de un producto o servicio, los clientes experimentan uno de éstos tres niveles de satisfacción:

- a) Insatisfacción: “Se produce cuando el desempeño percibido del producto no alcanza las expectativas del cliente”²⁷.
- b) Satisfacción: “Se produce cuando el desempeño percibido del producto coincide con las expectativas del cliente”²⁷.
- c) Complacencia: “Se produce cuando el desempeño percibido excede a las expectativas del cliente”²⁷.

2.2.2.3. Medición de la satisfacción

Para evaluar la satisfacción de los clientes se puede obtener la información de dos maneras diferentes: en forma directa y en forma indirecta. Según González²⁸ con la medición directa de la satisfacción se obtiene la percepción del cliente acerca del cumplimiento de sus requisitos por parte de la organización, se obtiene los datos directamente de la opinión del cliente, para ello se utilizan instrumentos de recolección de información. Generalmente en estos instrumentos se utilizan escalas que contienen como respuestas: muy satisfecho, satisfecho, poco satisfecho e insatisfecho.

Por otra parte, como lo plantea González²⁸ a través de la medición indirecta se consigue información relacionada con el cumplimiento de los requisitos del cliente, sin preguntarle directamente a él mismo, sino a partir de datos existentes en la propia organización. Ejemplos de este tipo de indicadores podrían ser, entre muchos otros: quejas o reclamaciones recibidas, indicadores comerciales (fidelidad de clientes, negocios nuevos y perdidos, cumplimiento de plazos de entrega, entre otros), índices de defectos o rechazos. Estos indicadores se pueden manifestar por medio de gestos no verbales que reflejan satisfacción o insatisfacción entre

ellos: sonrisas, movimientos entusiastas, actitudes positivas o negativas, pérdida de interés, aislamiento, retraimiento, ausencias, entre otros.

Como se mencionó anteriormente, la satisfacción que tiene relevancia en este estudio es en cuanto a la calidad de los servicios de salud, pero situada en las personas adultas mayores, por lo que a continuación se delimitará la población de estudio y se abordarán aspectos propios de la tercera edad.

2.2.3. Persona adulta mayor

La persona adulta mayor según la Ley Integral de la Persona Adulta Mayor N° 7935 de la República de Costa Rica se define como “aquella persona de sesenta y cinco años o más”¹. La persona adulta mayor pasa a su vez por un proceso de envejecimiento y vejez. La vejez corresponde a una etapa normal en la vida del ser humano, no debe ser concebida como una enfermedad, sino que es parte del proceso dinámico de toda persona.

La etapa de la vejez se encuentra caracterizada por un declive gradual del funcionamiento de todos los sistemas corporales. Por lo general, se debe al envejecimiento natural de las células del cuerpo. En el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), se trata el tema de envejecer sanamente y en la primera parte del documento aparece la siguiente declaración de Guevara: “envejecer no es un estado, sino que es un proceso evolutivo, una transformación que ocurre esencialmente bajo la influencia del tiempo que pasa. Comprendido de esta manera, el envejecer comienza con la vida misma.”²⁰

Se entiende entonces que el proceso de envejecer no es solamente el conjunto de cambios físicos que le ocurren a las personas, sino todo un cambio en aspectos emocionales, cognitivos

y sociales, que provocan la necesidad de realizar cambios y de adaptarse a los mismos, según nuevas capacidades y necesidades que se tiene, como en cualquier etapa de vida.

Tomando en cuenta lo mencionado anteriormente, se puede considerar el envejecimiento desde diferentes puntos de vista:

- a) Envejecimiento cronológico: de acuerdo con Guevara²⁰ corresponde al tiempo transcurrido desde el nacimiento. La edad cronológica y el proceso de envejecimiento son fenómenos paralelos, mas no relacionados. Es decir, no es la edad sino el cómo se vive lo que contribuye a la casualidad del proceso.
- b) Envejecimiento biológico: según Guevara²⁰, corresponde netamente a órganos y funciones corporales.
- c) Envejecimiento psíquico: como aporta Guevara²⁰ corresponde a la esfera cognoscitiva que afecta la forma de pensar, las capacidades y el área psicoafectiva, incidiendo en la personalidad el afecto es el resultado del duelo y la jubilación, que requieren un grado de ajuste a estos cambios trascendentales.
- d) Envejecimiento social: Guevara²⁰ menciona que comprende papeles que supuestamente deben desempeñarse en la sociedad.
- e) Envejecimiento fenomenológico: el mismo autor indicado anteriormente²⁰ sugiere que éste corresponde a mecanismos de adaptación que conducen a un envejecimiento exitoso.
- f) Envejecimiento funcional: siguiendo con el mismo autor²⁰ éste muestra que el envejecimiento funcional conlleva la integración de los elementos biológicos, psicológicos y sociales. Es un proceso en el que actúan todos los elementos de la vida

de la persona y que inciden en su capacidad de adaptación a los cambios propios de su existencia.

Desde estos diferentes ámbitos en los cuales se clasifica el envejecimiento se puede concebir que el mismo no solamente trae consigo cambios físicos a los cuales se enfrentan las personas adultas mayores, sino que son un conjunto de cambios en todas dimensiones, que hacen que este proceso de envejecimiento sea más difícil de aceptar por parte de los que lo enfrentan, por lo que la atención a la salud en estos debe ir concentrada en todos los ámbitos anteriormente mencionados, para alcanzar un nivel de satisfacción óptimo.

2.2.3.1. Etapas de la vejez

Según Grun citado por Hernández y Jiménez²⁹ la vejez a su vez, se puede clasificar en tres etapas que benefician a entender a las personas por cual etapa está pasando la persona que se tiene a cargo y así poder brindar cuidados de salud adecuados a cada etapa,

- a) Primera etapa: como indican los autores anteriormente mencionados²⁹ corresponde a la fase de jubilación, en donde la persona se separa del trabajo y de la posición que tenía para ahora construir algo nuevo y comprometerse con otras actividades. Se le conoce también como periodo preclínico, cuando la persona sufrirá cambios de tipo fisiológico en su organismo; es la etapa de prevención de los trastornos de la vejez.
- b) Segunda etapa: en esta etapa Fernández y Jiménez²⁹ señalan que la persona se da cuenta que también deberá retirarse de las nuevas tareas, ya que no las puede cumplir a cabalidad. En esta etapa se presentan la mayoría de enfermedades propias de la vejez, cuyos padecimientos pueden modificarse con tratamientos adecuados.

- c) Tercera etapa: siguiendo con el aporte de los mismos autores²⁹ indican que en esta etapa posiblemente se debe aceptar la enfermedad y soportarla hasta la muerte, sin embargo, se puede intentar detenerla en su progreso o bien con un proceso de rehabilitación.

Por consiguiente, en la primera etapa de la vejez es cuando se empiezan a dar cambios corporales las personas adultas mayores, siendo hasta la segunda etapa donde se presentan síntomas a causa de estos cambios físicos y fisiológicos. Según Hernández y Jiménez²⁹ los principales cambios que se atraviesa conforme avanza el proceso de envejecimiento se encuentran: a nivel ostio-muscular: pérdida de la densidad ósea y pérdida de la fuerza y tamaño muscular. A nivel cardiovascular: reducción del flujo sanguíneo cerebral, disminución del gasto cardiaco, aumento de la presión arterial.

También otros cambios propuestos por Hernández y Jiménez²⁹ incluyen: a nivel endocrino: como disminución de la secreción y sensibilidad a la insulina. A nivel respiratorio: disminución del incremento gaseoso pulmonar. A nivel urinario: disfunción uretral, pérdida de control de esfínteres y a nivel de sentidos: dificultad para deglutir, disminución de la capacidad visual y auditiva.

Todos estos cambios influyen en la calidad de vida del adulto mayor, si no se les brindan los cuidados de salud pertinentes para mitigar el impacto de estos cambios propios de la etapa de la vejez. Además de que, si no se controlan o se tratan de manera temprana, el deterioro físico, emocional, social y psicológico podría ocurrir de manera temprana, acelerada y abrupta.

2.2.3.2. Calidad de vida

La calidad de vida de las personas adultas mayores va a depender de sus características genéticas, así como de los hábitos de vida y los factores ambientales, el entorno físico y todas aquellas estrategias de prevención que le permitan una mejor disposición hacia las adversidades de la vida.

La calidad de vida es definida según la OMS, citado por Fernández como: “la percepción individual de la propia posición en la vida dentro del contexto del sistema cultural y de valores en que se vive y en relación con sus objetivos, esperanzas, normas y preocupaciones”²¹.

Incluye la forma compleja de salud física de la persona, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características destacadas de su entorno.

Es decir, la calidad de vida tiene relación con la satisfacción personal, su felicidad y cómo está su disposición hacia la vida, resiliencia y la sensación de bienestar integral. Este concepto se debe tener en cuenta cuando se refiere a personas adultas mayores, ya que con el paso de los años éstas se encuentran satisfechas o frustradas en cuanto a acontecimientos del pasado, que muchas veces no lograron cumplir y que influyen en el estado de salud actual de la persona. Dentro de esos factores influyentes en la calidad de vida están los que se tratarán a continuación.

2.2.3.2.1. Factores que influyen en la calidad de vida

Alvarado³⁰ plantea que la calidad de vida de las personas adultas mayores que asisten a centros diurnos se ve influenciada por diversos factores, entre ellos menciona los siguientes:

Sociales

Según Alvarado³⁰ los adultos mayores han perdido el estatus de miembros de la comunidad. La sociedad costarricense excluye al adulto mayor, luego de que este ha finalizado su ciclo de productividad.

Lo que conlleva a una pérdida de identidad social y a la disminución del ingreso económico con la jubilación. La sociedad también presenta una serie de estereotipos acerca de las personas adultas mayores, los ve como personas en decadencia, enfermas, inútiles y, por tanto, considera que no han de ser tenidas en cuenta por sus necesidades afectivas, económicas y sociales.

Familiares

Sin duda el factor familiar es determinante en la vida de toda persona, ya que es el primer centro de socialización que experimenta cualquier ser humano.

Alvarado³⁰ menciona que el individuo en el núcleo familiar aprende sobre afectividad o no, pautas de comportamiento límites, valores, roles familiares, comunicación, resiliencia, capacidad de adaptación, modificación y aprende a darle un sentido a su vida, sea positivo o negativo.

Económicos

Como indica Alvarado³⁰ por diferentes motivos los ingresos que perciben las personas adultas mayores se van disminuyendo conforme transcurre el tiempo, por lo que influye en la buena calidad de vida de los mismos.

Las personas de tercera edad dependen de un ingreso económico en los últimos años de su vida. Entre los derechos que gozan se encuentra el acceso a una pensión concedida oportunamente, que le ayude a satisfacer sus necesidades fundamentales.

Emocionales o psicológicos

Lograr un buen envejecimiento implica según Alvarado³⁰: aceptar la edad, con sus cambios y limitaciones, asumir pérdidas y aceptar el dolor, redefinir su rol social, enfrentar y generar alternativas ante el cese laboral, revisión de la vida para establecer nuevas metas y dar nuevo sentido a la existencia.

Como se afirmó anteriormente, la sociedad mantiene estigmatizada a la población adulta mayor, razón por la cual surgió en Costa Rica una ley de protección para la tercera edad, que por su condición de fragilidad lo que busca es velar porque se cumplan los derechos y deberes, así como regular los centros que brindan atención a los mismos y estipula las instituciones a cargo de la protección de las personas adultas mayores.

2.2.3.3. Ley Integral de la Persona Adulta Mayor N°7935

Según la Ley Integral de la Persona Adulta Mayor¹ se afirma que esta ley tiene como objetivos:

- d) Garantizar a las personas adultas mayores igualdad de oportunidades y vida digna en todos los ámbitos.¹
- e) Garantizar la participación activa de las personas adultas mayores en la formulación y aplicación de las políticas que las afecten.¹

- f) Promover la permanencia de las personas adultas mayores en su núcleo familiar y comunitario.¹
- g) Propiciar formas de organización y participación de las personas adultas mayores.¹
- h) Impulsar la atención integral e interinstitucional de las personas adultas mayores por parte de las entidades públicas y privadas, y velar por el funcionamiento adecuado de los programas y servicios, destinados a esta población.¹
- i) Garantizar la protección y la seguridad social de las personas adultas mayores.¹

Uno de los principales aportes con la entrada en vigencia de esta norma es la clara responsabilidad que se le otorga al Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM) en cuanto a la atención integral y las políticas públicas orientadas a la persona adulta mayor, con lo que se establece como órgano rector de desconcentración máxima.

2.2.3.3.1. Derechos de las personas adultas mayores

Asimismo, en dicha ley se tutelan derechos para mejorar la calidad de vida, derechos laborales, derechos de residentes o usuarios de establecimientos privados y derechos a la integridad y a la imagen de la población adulta mayor. Entre los cuales se destacan:

a) Derechos para mejorar la calidad de vida

Toda persona adulta mayor tendrá derecho a una mejor calidad de vida, mediante la creación y ejecución de programas que promuevan:¹ acceso a la educación y preparación para la jubilación, participación en actividades recreativas, culturales y deportivas, vivienda digna, acceso a un hogar sustituto u otras alternativas de atención, atención hospitalaria, pensión concedida oportunamente, asistencia social y unión con otros miembros de su grupo étnico.

b) Derechos laborales

Las personas adultas mayores disfrutarán de los siguientes derechos laborales:¹ ser seleccionadas para ocupar cualquier puesto, siempre que sus calidades y capacidades las califiquen para desempeñarlo, no podrán ser discriminadas por razón de su edad, contar con los horarios laborales y los planes vacacionales adecuados a sus necesidades y disfrutar de los mismos derechos que los otros trabajadores. No serán explotadas física, mental ni económicamente.

c) Derecho a la integridad

El derecho a la integridad contempla¹ que las personas adultas mayores tendrán derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral. Este derecho comprende la protección de su imagen, autonomía, pensamiento, dignidad y valores.

d) Derecho a la imagen

En este derecho¹ se prohíbe publicar, reproducir, exponer, vender o utilizar, en cualquier forma, imágenes o fotografías de personas adultas mayores para ilustrar informaciones referentes a acciones u omisiones que se les atribuyan, sean de carácter delictivo, contravenciones o riñan con la moral o las buenas costumbres.

e) Derechos de residentes o usuarios en establecimientos privados

De acuerdo a la Ley Integral para la Persona Adulta Mayor¹ toda persona adulta mayor que resida permanente o transitoriamente en un hogar, centro diurno, albergue u otra modalidad de atención, tiene los siguientes derechos: a relacionarse afectivamente con sus familiares u otras

personas con las que desee compartir, a recibir visitas dentro de los horarios adecuados, a recibir información previa y el costo de los servicios que presta dicho establecimiento y ser informada respecto de su condición de salud y la participación del tratamiento que requiere.

Respecto al tema de salud, la Ley Integral para la Persona Adulta Mayor¹ estipula que para brindar servicios en favor de las personas adultas mayores, corresponderá al Estado, por medio de sus instituciones, promover y desarrollar: la atención integral en salud, mediante programas de promoción, prevención, curación y rehabilitación, fomentando estilos de vida saludables y autocuidado.

Además, el Estado deberá¹ promover la permanencia de las personas adultas mayores en su núcleo familiar y comunitario, determinar las medidas de apoyo para las personas adultas mayores con dependencia funcional, sus familiares y los voluntarios que las atienden y creación de servicios de geriatría en todos los hospitales generales nacionales públicos, para garantizar una atención adecuada al usuario.

De acuerdo al tema de investigación, lo que concierne conocer respecto a la Ley Integral de la Persona Adulta Mayor corresponde a aspectos netamente relacionados con los derechos de los usuarios que asisten a establecimientos de cuidado como los centros diurnos y los derechos en cuanto a salud que los respaldan, así como una descripción breve de cuáles instituciones velan por la protección de esta población.

2.2.3.4. Instituciones de atención a la persona adulta mayor

Según el Manual de Normas para la Acreditación de Establecimientos de Atención Integral a la Persona Adulta Mayor citado por Ugalde³¹ existen diferentes tipos de instituciones que

pueden brindar servicios y cuidado a este grupo etéreo, dentro de los cuales se puede mencionar: centro diurno, albergue de ancianos u hogar de ancianos, hogar privado sustituto, establecimiento mixto, establecimiento público y establecimiento privado

Como se mencionó anteriormente, el CONAPAM es el ente rector en materia de envejecimiento y vejez en Costa Rica, trabaja para que esta población tenga una vida digna y plena, así como calidad de vida, sin embargo, labora en conjunto con diversas instituciones gubernamentales que protegen a la persona adulta mayor.

Según Bogantes³² se pueden mencionar: Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), Ministerio de Salud, Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS), Federación Cruzada Nacional de Protección al Anciano (FECRUNAPA), Asociación Gerontológica Costarricense (AGECO) y Organizaciones de Bienestar Social (OBS) que incluyen centros diurnos, hogares y albergues para ancianos.

Toda esta red de instituciones se debe conocer, ya que, en caso de maltrato, irrespeto a los derechos y discriminación se debe recurrir a alguna de éstas para que se dé el estudio del caso necesario y que se aborde de la mejor manera la situación para bienestar de los adultos mayores.

2.2.3.5. Centros diurnos

Dentro del Manual de Normas para el Funcionamiento de Establecimientos de Atención Integral a las Personas Adultas Mayores N°29679-S, se contempla este tipo de establecimientos, por lo que para efectos de esta investigación se centra en los asistentes a centros diurnos, población que según antecedentes ha sido poco investigada por ser centros de

estadía diurna y de población relativamente independiente, por lo que se tratarán seguidamente aspectos únicamente de este tipo de establecimiento.

Valverde citado por Bogantes et al define un centro diurno como: “un servicio organizado por la comunidad con el apoyo institucional, mediante un trabajo multidisciplinario y de responsabilidad multisectorial para atender durante el día a personas mayores de 60 años. Se atienden adultos mayores de escasos recursos económicos o en riesgo social.”³²

Estos centros reciben poblaciones en riesgo social que sufren de soledad, maltrato, desmotivación, problemas nutricionales y poco contacto social. El centro diurno constituye un complemento a la vida familiar, ya que se mantiene una estrecha relación adulto mayor-familia, permitiendo que éste luego de unas horas de estancia en el establecimiento retorne a su casa para que pueda seguir en contacto con su familia, situación que no ocurre cuando son centros de estancia permanente.

Referente al objetivo principal de los centros diurnos El Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) de Chile refiere que consiste en “promover y fortalecer la autonomía e independencia en las personas mayores, que permita contribuir a retrasar su pérdida de funcionalidad, manteniéndolos en su entorno familiar y social, a través de una asistencia periódica a un centro diurno donde se entregarán temporalmente servicios socio sanitarios y de apoyo.”³³

Además como objetivos específicos se destacan los siguientes: “promover hábitos de vida saludable a nivel físico y cognitivo, promover la independencia de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, potenciación de redes de apoyo formal e informal, orientar, informar y educar a las familias y cuidadores informales de los adultos mayores en

temas gerontológicos, potenciación de las capacidades funcionales, cognitivas y sociales y promover un entorno que favorezca las relaciones sociales y afectivas.”³³

Entre los servicios que ofrecen deben ser: nutrición, terapia recreativa, integración a un medio social productivo, psicología, trabajo social, medicina general, personal de planta capacitado, equipo auxiliar adecuado y adaptaciones necesarias, así como una distribución adecuada de planta física.

Como se afirmó anteriormente, el tipo de población que es matriculada en este tipo de centros es población en riesgo social, pero a su vez, los usuarios asistentes deben ser capaces de valerse por sí mismos, estar en capacidad para llevar a cabo actividades de la vida diaria como: vestirse, comer, caminar, utilizar servicios sanitarios, atender su higiene personal básica y estar mentalmente bien. O si fuera el caso, también se reciben personas que pueden tener discapacidades físicas, pero que no le impidan en gran medida su desenvolvimiento dentro del centro.

Muchas veces la sociedad percibe estas instituciones como una especie de guardería para personas de la tercera edad, donde la familia puede dejarlos, ya sea porque todos en la casa laboran y permanece solo o porque su presencia en la misma se torna problemática, por lo que el aspecto emocional en esta población es pilar fundamental que puede influir en una decadencia del estado de salud de la persona, afectando su área emocional y produciendo efectos a nivel físico y fisiológico agravando las enfermedades crónicas presentes o favoreciendo la aparición de nuevas enfermedades.

Estos establecimientos están constituidos por: personas adultas mayores, voluntarios, junta directiva, familias, comunidad y administradores. Comprende horarios generalmente de 7 am

a 4 pm, de lunes a viernes. Según el Servicio Nacional de Adultos Mayores de Chile³³ los profesionales que deben contemplarse en los centros de día son los siguientes: coordinador (profesional área socio sanitaria), kinesiólogo, terapeuta ocupacional, asistente social, psicólogo y asistente del adulto mayor.

El Manual de Normas para el Funcionamiento de Establecimientos de Atención Integral a las Personas Adultas Mayores N°29679-S³⁴ estipula que el establecimiento debe contar con asesoría de un técnico y/o profesional en seguridad e higiene laboral, un presidente de junta directiva o representante que sea el responsable principal del funcionamiento del establecimiento, un funcionario responsable de la sección administrativa, acceso a un profesional en nutrición y tener acceso a un terapeuta ocupacional.

El coordinador o encargado del proyecto debe cumplir las siguientes funciones: “Responsable de la implementación y dirección de todas las etapas del proceso del programa, responsable de que los servicios entregados se realicen por un profesional del área correspondiente al tipo de prestación, responsable de mantener la capacidad completa de beneficiarios, controlar la aplicación de los procedimientos y estándares de calidad en la atención a usuarios, supervisar el cumplimiento de los horarios, tareas y actividades del personal del centro.”³⁴

Correspondiente a las funciones del administrador incluye que es el encargado de velar porque los servicios entregados sean realizados por un profesional correspondiente al tipo de prestación, por lo que supone que los cuidados de salud deben ser ejecutados por personal capacitado en el área de la salud, esto con el fin de que el cuidado de salud sea de calidad para el usuario y usuaria que lo necesite. Por consiguiente, se procede a ampliar el tema de los

cuidados de salud en las personas adultas mayores de manera general y específica en los centros diurnos gerontológicos.

2.2.4. Cuidados de la salud

Con el fin de mantener el estado de salud de la población adulta mayor asistente a centros diurnos y de mantener controladas las enfermedades crónicas y estar preparados en caso de una eventualidad que presente un usuario, es necesario conocer más a fondo sobre las principales patologías de la población geriátrica, así como los importantes cambios que atraviesan en su proceso de envejecimiento.

De acuerdo a las diferentes patologías más comunes asociadas a la tercera edad, Hernández y Jiménez²⁹ mencionan las siguientes: incontinencia urinaria, hipotermia, demencia, diabetes, hipertensión arterial, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y osteoporosis, deterioro cognitivo, alzheimer, entre otras.

A su vez, existen diversas condiciones que los adultos mayores presentan y que no son ajustables dentro de las categorías tradicionales de enfermedad, por lo que se les denomina síndromes geriátricos.

Según González et a los síndromes geriátricos se les conoce como: “entidades clínicas de etiología multifactorial que se van entrelazando o interrelacionando una con otra. Pueden prevenirse y si alguna ya existe se pueden prevenir sus complicaciones. Además, sus repercusiones son catastróficas a nivel físico, psicológico y socioeconómico y pueden alterar la calidad de vida del individuo, generan maltrato, institucionalización y muerte.”³⁵

Dentro de los síndromes geriátricos se incluyen: inestabilidad y caídas, mareos y vértigo, síncope, inmovilidad, úlceras por presión, constipación, impactación fecal e incontinencia urinaria, trastornos de la termorregulación y trastornos del sueño. Que corresponden a situaciones que se pueden presentar durante la estancia del usuario en el centro diurno y que por ende la persona cuidadora debe estar capacitada para atender la situación de manera favorable.

Según la OMS citado por Orellana et al³⁶ el estado de salud de las personas va más allá de un déficit, sino que se refiere al mantenimiento de la capacidad funcional. Por lo que cobra importancia disponer de servicios sociales y de salud destinados a promover un envejecimiento sano y prevenir la ocurrencia de problemas que pudieran afectar la capacidad de los individuos para desempeñarse por sí solos.

2.2.4.1. Definición de cuidado

Velandia et al definen cuidado como: “la acción encaminada a hacer por alguien lo que no puede hacer solo, con respecto a sus necesidades básicas, la explicación para mejorar su salud a través de la enseñanza de lo desconocido, la facilitación de la expresión de sentimientos, la intención de mejorar la calidad de vida del enfermo y su familia ante la nueva experiencia que debe afrontar.”²

Por otra parte, Golpe y Yunie citados por Acuña y Villalobos³⁷ refieren que la palabra cuidar se entrelaza con la cura, derivada del latín *coera*, esto quiere decir que la acción de cuidar involucra aspectos como la entrega y la preocupación que requiere el sujeto a quien se le brinda la atención, vislumbrando este punto desde la concepción de las ciencias humanas. Es

así como el cuidar está estrechamente relaciona con el apoyo, el amparo y el compromiso con el sujeto y con la sociedad en general.

Como se menciona el cuidar dentro de los centros diurnos debe ser visto como una acción por la cual se fomenta la autonomía, no implica hacer todo por los demás, sino velar porque la persona adulta mayor mantenga en función su autonomía, sus capacidades físicas, funcionales y cognitivas íntegras como sea posible.

2.2.4.2. Tipos de cuidado

Coto et al³⁸ mencionan los diversos tipos de cuidado, entre los cuales destacan:

- a) Autocuidado: según Coto et al³⁸ es el cuidado que se realiza para satisfacer los propios requisitos para el mantenimiento de la vida y de la salud.
- b) Cuidado dependiente: como lo plantean Coto et al³⁸ es el cuidado que se brinda a las personas que dependen de otras.
- c) Cuidado de enfermería: de acuerdo con Coto et al³⁸ éste es brindado por los proveedores de salud legítimamente autorizados.

Dentro de las instituciones diurnas los tipos de cuidado que más se practican son el autocuidado y el cuidado dependiente. Como primer punto el autocuidado, ya que se busca que la población esté en capacidad de realizar tareas cotidianas de forma independiente, pero también hay muchos usuarios que asisten que poseen alguna discapacidad y que por su condición requiere cuidado dependiente, por ejemplo, para trasladarse de un lugar a otro o necesitan apoyo para utilizar servicios sanitarios.

Por otra parte, no todas las personas están en la capacidad de desarrollar o demostrar su potencial de cuidado con una persona en situación de enfermedad. Según Fernández y Robles, citados por Coto et al “en general se distinguen dos tipos de cuidado según quien lo brinde y como lo ejecute, a estas de les denomina redes de cuidado”³⁸, en las cuales se distinguen dos tipos.

Coto et al³⁸ afirman que en primera instancia existen las redes informales, basadas predominantemente en las relaciones familiares y amistades que reúnen un componente afectivo esencial. En segunda instancia las redes formales que en estas sus miembros cumplen con roles concretos y algunas veces requieren contar con la preparación adecuada. Las redes formales pueden ser parte de un centro de salud, comunitarias, de una iglesia, o ser parte de programas gubernamentales.

Sánchez et al citado por Coto et al³⁸ especifican que el cuidado informal corresponde a la atención prestada en situaciones de dependencia, no vinculadas a un servicio de atención profesional, ya que estas personas no disponen de capacitación, no son remuneradas y tienen un elevado grado de compromiso hacia la tarea, caracterizada principalmente por el afecto y una atención sin límites de horarios.

Por otra parte, los mismos autores³⁸ señalan que, en lo que respecta al cuidado formal, se distinguen dos categorías: aquellos que tiene una formación teórico-práctica o profesional para la atención al dependiente o para realizar acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, y cuidadores sin formación teórica-práctica, o si la han recibido, es de corta duración y muy limitada.

Los cuidadores informales no disponen de capacitación, no son remunerados por su tarea y tienen un elevado grado de compromiso hacia la tarea, caracterizada por el afecto y una atención sin límites de horarios. El apoyo informal es brindado principalmente por familiares, participando también amigos y vecinos.

2.2.4.3. Cuidadores

Montes citado por Ugalde define cuidadores como: “personas que proporcionan la mayor calidad de atención y los directamente responsables del cuidado de los adultos mayores, asistiéndolos en todo aquello que necesitan ayuda y brindándoles todo aquello que se relacione con el bienestar de la calidad de vida de los mismos”.³¹

Por lo anterior, el autor refiere que los cuidadores deben conocer aspectos básicos del cuidado de las personas adultas mayores. El entrenamiento para enfrentar las situaciones que se presentan en la vida diaria, sería una herramienta significativa para la ayuda de estas personas.

Según Corrales citado por Ugalde³¹, algunos de los aspectos de manejo básico que deben tener los cuidadores son: recibir entrenamiento en técnicas para de manejo de comportamientos difíciles y violentos, tener una red de apoyo para disminuir las horas de cuidado diarias, aprender a manejar el estrés adecuadamente, recibir capacitación en cuanto a cuidados generales de la persona adulta mayor como: alimentación, higiene física y mental, medicamentos, ejercicios, vestido, atención geriátrica. Además, definir prioridades, reconocer qué puede y qué no puede hacer y comunicarse con la familia y amigos y aprovechar los recursos comunitarios.

2.2.4.3.1. Tareas de los cuidadores

En lo que respecta a las tareas principales que tiene los cuidadores se pueden mencionar las brindadas por Rivas y Ostiguín, citados por Acuña y Villalobos³⁷, las cuales son las siguientes: cuidado, asistencia, tareas de apoyo, tareas relacionadas con la dimensión física y emocional y prestar atención a las necesidades físicas.

Las funciones de los cuidadores dependerán de los problemas o enfermedades que podrían padecer las personas a su cargo, por lo que la capacitación adecuada y específica se volvería fundamental en el desempeño de sus funciones.

Según Ugalde³¹ las funciones que deben realizar los cuidadores son las siguientes: facilitar la autonomía personal de las personas mayores, fomentar habilidades interpersonales, relaciones sociales y la resolución de problemas y conflictos de la vida cotidiana, colaborar en la prevención de patologías asociadas a la carencia de estas patologías, tales como la depresión y la ansiedad.

Además Ugalde³¹ menciona también aumentar la calidad de vida y su adaptación a las nuevas tecnologías, retrasando su hospitalización o ingreso en servicios especializados, colaborar en la aplicación de técnicas recreativas, fisioterapéuticas, de laborterapia, descubrir signos físicos de preocupación y alteraciones de conducta, informando lo detectado a familiares e integrantes del equipo de salud y brindar información y asesoramiento familiar para la mejor asistencia del anciano.

Acciones que perfectamente se pueden adecuar y cumplir en un centro diurno gerontológico, ya que no se trata solo de dar tratamiento a la enfermedad sino mantener activo a los usuarios,

observarlos, hacer que se sientan bien, educarlos y hacerlos que se sientan satisfechos con sus vidas.

Por otra parte, hay diversas características que evidencian que el cuidador no realiza su función de cuidador de la manera más adecuada, sino que incurre en actitudes que lo hacen ser calificado como un mal cuidador.

2.2.4.3.2. Características de un mal cuidador

Rodríguez y Lazcano citados por Acuña y Villalobos definen las características de un mal cuidador, de acuerdo con el punto de vista psicológico, donde especifica lo siguiente: “hay tres tipos de maltratadores: los hostiles, porque recibieron maltrato del anciano al que ahora cuidan, los autoritarios, que son intransigentes con las capacidades del anciano y los dependientes económicos y emocionalmente del anciano”.³⁷

Según Adams citado por los mismos autores anteriores, hace referencia al maltrato de las personas adultas mayores institucionalizadas, entendiéndose como “aquel que se produce en organizaciones, centros que brindan servicios geriátricos, centros de salud, donde quienes, por falta de preparación, capacidad por estrés o sobrecarga laboral incurren en el maltrato hacia el adulto usualmente de tipo físico y emocional”³⁷. Por lo que el cuidado dentro de los centros diurnos se ve muchas veces amenazado por este tipo de cuidadores o por sentimientos de cansancio por parte del personal de estar atado a una rutina diaria que le produce estrés.

2.2.4.4. Rol del profesional de enfermería en el cuidado de la salud

Según Téllez y García citan que: “Hablar de enfermería es hablar de ciencia, disciplina, vocación, humanismo y cuidado dirigido a la vida, la salud y la enfermedad de la persona y la

sociedad, trasciende a partir de cuidar más allá de la parte física y participa en el desarrollo de estilos de vida, al educar para el autocuidado de la salud y llegar a intervenir en el fomento de una mejor calidad de vida de la persona y la población.”³⁹

El profesional de enfermería cumple un papel fundamental como gestor de cuidado en la atención a personas adultas mayores, tanto los que se encuentran institucionalizados, en los hogares y en comunidades. Según Fernández²¹ el profesional de enfermería debe impulsar al usuario en la búsqueda de su autocuidado, ser el educador y supervisor de los funcionarios que brindan atención directa al adulto mayor, por lo tanto, le brindará a los cuidadores información básica sobre envejecimiento, calidad de vida, atención integral, envejecimiento activo, entre otros.

Asimismo, informará sobre los principales cambios físicos, psicológicos, sociales y culturales de la población de edad avanzada, así como lo referente a atención directa: movilización, cuidados de la piel, prevención de úlceras, alimentación, y técnicas de alimentación, apoyo emocional y un conocimiento básico de las patologías más frecuentes en la población de tercera edad.

Los profesionales de enfermería a lo largo de la historia han participado de manera activa y oportuna en el desarrollo adecuado del proceso educativo para el personal y los usuarios que tienen a su cargo. Por lo que Mora y Salas, citados por Fernández informan lo siguiente: “Conociendo que parte del quehacer de enfermería se fundamenta en la educación, investigación y análisis de diferentes fenómenos que influyen en el bienestar de los individuos, se debe valorar la atención que se brinda a las personas adultas mayores en los diferentes centros del país.”²¹

Por lo que se reitera la importancia de que en los centros donde se brindan cuidados de salud haya un profesional de enfermería que evalúe la calidad de los cuidados que se brindan, así como que capacite a los que lo brindan o que participe de manera directa y activa en estos establecimientos, valorando que el cuidado se dé dentro del marco de humanismo y de calidad, con gran eficacia y eficiencia, orientando la atención de enfermería hacia el bienestar físico, mental y social.

Llanes citado por Fernández explica que: “para que se realice un cuidado humanizado debe existir un sistema sanitario integrado, que proteja y promueva la salud, que elimine las discriminaciones de cualquier tipo, que garantice la salud de todos los ciudadanos en su concepción de estado completo de bienestar físico, mental y social.”²¹

Pero para esto, se debe primero establecer la definición de humanización como lo aporta Cabrera citado por Acuña y Villalobos: “La humanización simboliza el acto de compenetrarse, tomando en cuenta que los seres humanos somos únicos, el personal de enfermería debe tomar en cuenta que el usuario no es un objeto técnicamente tratable, sino que la esencia del cuidado es ayudarlo a crecer hacia su propio fin.”³⁷

Por lo tanto, para enfermería una atención humanizada es la que se basa en el interés de los profesionales de la salud para identificar las necesidades y comprender la situación de las personas, así como su afrontamiento, tener el conocimiento de sus experiencias, cultura, creencias y valores.

2.2.4.5. Enfermería gerontológica

La enfermería geronto-geriátrica contribuye a los cuidados de salud de la población, fundamentalmente para conseguir que la última etapa de la vida sea vivida de forma óptima,

asegurando la satisfacción de las necesidades y el máximo nivel de independencia posible de las personas que envejecen. Y cuando la muerte es ya un proceso inevitable, acompañarlos a una muerte digna.

La enfermería gerontológica según Bonafont y Sadurní “es una especialidad que se ocupa de la valoración de las necesidades de las personas ancianas, de la planificación y la administración de los cuidados para satisfacer sus necesidades, así como de la evaluación de la eficacia de dichos cuidados en el logro y el mantenimiento de un nivel de bienestar acorde con las limitaciones impuestas por el proceso de envejecimiento.”⁴⁰

Al proporcionar cuidados de enfermería a las personas adultas mayores, es importante tener presente aspectos de prevención en salud, ya que al incorporar esta mirada en la atención será posible lograr la meta de geriatría, que es lograr que este grupo etáreo tenga un envejecimiento saludable, con un periodo corto de morbilidad, incapacidad y dependencia.

El profesional de enfermería debe contribuir a esta visión integral de la población adulta mayor desde su rol, siendo muy importante que desarrolle características que hagan posible su aporte, entre las que destacan las planteadas por Lecuona citado por Marín et al⁴¹: actitud positiva, disponibilidad, empatía, capacidad de trabajo, toma de decisiones, responsabilidad, capacidad de gestión, capacidad docente, participación activa y habilidades en investigación.

El profesional de enfermería debe trabajar de manera interdisciplinaria para brindar una atención integral a la población de tercera edad. Entre las actividades que enfermería realiza con esta población Marín menciona: “educar a la población general respecto a las prácticas que promueven una experiencia positiva del envejecimiento, evaluar y realizar intervenciones de enfermería en problemas específicos, identificar y reducir riesgos, promover las

capacidades de autocuidado e independencia, proteger los derechos de los adultos mayores y apoyarlos en la fase de transición a la muerte, con paz, confort y dignidad.”⁴¹

Dentro de la valoración integral que debe realizar enfermería con las personas adultas mayores, se incluyen la valoración física, valoración funcional, valoración mental, valoración social y educación.

Valoración física

Según Marín⁴¹ dentro de la valoración física se incluye: la valoración de los sentidos, función cardiovascular, función digestiva, función urinaria, sexualidad, movilidad, turgencia y función neurológica.

a) Valoración de los sentidos

En cuanto a los ojos las principales actividades que plantea Marín⁴¹ se encuentran: observación de ojos hundidos, reducción de lagrimeo, reducción en la reacción pupilar ante la luz, disminución de la agudeza visual y reducción de la percepción viso-espacial.

Con respecto al oído Marín⁴¹ indica valorar la utilización de audífonos por pérdida de la agudeza auditiva, reducción de la habilidad de desplazarse en la oscuridad, reducción de la tolerancia a tonos altos y valorar riesgo de caídas por pérdida del equilibrio.

En relación al gusto Marín⁴¹ propone: valorar pérdida de gusto, sequedad bucal, valorar pérdida de apetito, valorar deglución, valorar reducción del reflejo del vómito, valorar deterioro dental y valorar la salud oral.

Con el olfato Marín⁴¹ postula: observar el crecimiento del cartílago nasal e hipertrofia de las vellosidades del ala de la nariz y valorar reducción del sentido del olfato. Además, valorar volumen respiratorio, perfusión periférica, movimientos torácicos, distensibilidad muscular, sequedad de membranas mucosas, valorar mecánica de la tos, valorar por disnea y adoptar medidas correctivas y valorar por presencia de secreciones pulmonares.

b) Función cardiovascular

Es esta área Marín menciona⁴¹ valorar la presión arterial, hipotensión ortostática, reducción de la frecuencia y el gasto cardiaco, reducción de la circulación arterial, palpar pulsos periféricos, valorar presencia de insuficiencia venosa por el riesgo de úlceras, várices, edemas e inflamaciones.

c) Función digestiva

Respecto al sistema digestivo Marín⁴¹ propone: valorar reducción de la producción de saliva, reducción de la motilidad intestinal, reducción del peristaltismo esofágico, valorar por constipación, valorar por náuseas y vómitos, valorar por reducción de la tolerancia alimentaria, valorar patrón de eliminación, valorar por incontinencia fecal, valorar función hepática, observar signos de malnutrición.

En cuanto a la valoración nutricional que realiza enfermería, el mismo autor anterior indica que⁴¹ se deben realizar medidas antropométricas para conocer el estado nutricional de los usuarios, así como un registro de los parámetros bioquímicos como hemoglobina, hematocrito, perfil lipídico, intolerancia a la glucosa e hiperinsulinemia.

d) Función urinaria

Según Marín⁴¹ en esta área se debe valorar función renal, valorar el patrón de eliminación urinaria, valorar por presencia de signos y síntomas de incontinencia urinaria, valorar la dificultad para iniciar o terminar el chorro de orina en el varón, por una hipertrofia prostática.

e) Sexualidad

Como lo plantea Marín⁴¹ en las mujeres se debe: valorar estrechamiento y acortamiento de la vagina, valorar reducción de producción de estrógenos, observar atrofia vulvar, reducción de tejido mamaria, detección de cáncer de mama, educar sobre el autoexamen de mamas, valorar por presencia de vaginitis, dispareunia y hemorragias. En los hombres: valorar reducción, tamaño y firmeza de los testículos, así como presencia de masas dentro de ellos, valorar estado del pene y valorar por aumento de la glándula prostática.

f) Movilidad

Como lo indica Marín⁴¹ se debe valorar la reducción de movimientos voluntarios y amplitud de movimientos, rigidez articular, reducción de la masa muscular, observar cambios artrósicos en las articulaciones, valorar por osteoporosis y fragilidad ósea, valorar postura y valorar el uso de accesorios que ayuden a la marcha.

g) Tugumento

De acuerdo con la piel Marín⁴¹ determina que es importante valorar lunares y manchas en la piel por riesgo de cáncer de piel, valorar integridad cutánea, valorar por descamación, resequeadad, observar las púrpuras seniles, valorara frialdad en las extremidades, reducción del proceso de cicatrización, reducción del crecimiento del cabello y valorar turgencia cutánea.

h) Función neurológica

En este apartado Marín⁴¹ describe valorar por reducción de la velocidad de conducción de los nervios, valoración de los pares craneales, valorar por reducción de los sentidos, valorar el patrón de sueño y valoración del dolor.

El mismo autor mencionado anteriormente refiere que⁴¹ el dolor total es la sumatoria de dolor somático, visceral y psicológico, por lo que en el manejo hay que integrar estos temas. Se debe conocer su tiempo de evolución, localización, carácter, efecto analgésico, intensidad, y el impacto que tiene en las actividades diarias del individuo. El dolor puede manifestarse como delirium, fatiga, deterioro de la funcionalidad, aislamiento social y depresión. Por lo que enfermería acude a medidas farmacológicas si están indicadas por el médico, sino con la instauración de medidas no farmacológicas.

Valoración funcional

Generalmente las personas adultas mayores viven separados de los hijos, como una forma de ejercer su independencia, sin embargo, las enfermedades y el grado de autovalencia de ellos, hacen necesario, en algunas situaciones, solicitar ayuda en las actividades de la vida diaria. Dentro de las actividades diarias básicas se incluyen: alimentarse, bañarse, vestirse, deambular, comunicación, control de esfuerzos. En las actividades instrumentales se incluyen: limpiar, cocinar, usar el teléfono, ir de compras, control del dinero, transporte público, entre otras.

Según Marín⁴¹ es importante valorar estos aspectos, ya que influyen directamente en la calidad de vida de la población adulta mayor y en sus familiares. Para ello existen diversas

escalas de valoración de las actividades diarias, tales como: índice de Katz, escala de Barthel, escala de autocuidado de Kenny, entre otras.

Valoración mental

En esta área Marín⁴¹ indica que se valora la función cognitiva, en la cual se incluye: capacidad de pensar, recordar, comunicar, orientarse, calcular, entender y resolver problemas. Demás se valora la memoria inmediata, el lenguaje, la habilidad para seguir órdenes verbales y escritas. Además, detección de síntomas neuro psiquiátricos de delirium y depresión.

Valoración social

Uno de los aspectos de la valoración geriátrica integral es la social como lo expone Marín⁴¹ el cual incorpora dentro de esta visión global el entorno de la persona geriátrica. Algunas crisis que sufren y que influyen en la vida de ellos se encuentran: la jubilación, que trae consigo una reducción de ingresos, las continuas pérdidas, aparición de enfermedades crónicas e incapacitantes, alteraciones en su ambiente, aislamiento, soledad, disminución de la red asistencial y cambios en la estructura familiar.

Estas condiciones sociales adversas influyen en la evolución de las enfermedades, favorecen la institucionalización y aumentan los costos personales, económicos y estructurales de la atención de las personas adultas mayores.

Dentro del ámbito social se incluye la parte espiritual, que en la población adulta mayor tiene una gran importancia dentro de su calidad de vida. Según Stanley et al⁴² se considera que la espiritualidad proporciona a las personas la guía que ellos necesitan para alcanzar su propia sabiduría interior y llegar a sus mejores estándares morales. En general la espiritualidad es el

aspecto interior de una persona, que desea de manera intensa una relación con Dios. Además de incluir a Dios, incluye a la familia, a los amigos, a la creación y a los proveedores de atención de la salud. El profesional de enfermería debe promover la espiritualidad, desempeñando funciones de asesor, amigo, defensor, cuidador y administrador del caso.

Educación

En cuanto a la educación Marín⁴¹ postula que muchos de los problemas de salud en la tercera edad son susceptibles de prevenir. Las acciones van dirigidas al establecimiento de hábitos de vida saludable, potenciando una sana alimentación, el mantenimiento de pautas de higiene, adherir a las campañas de vacunación, disminuir el consumo de tabaco y alcohol, prevenir la automedicación y mantener la actividad física.

En general, la educación se basa en la prevención, desde dos dimensiones, la prevención primaria y la prevención secundaria. Según Tabloski⁴³ entre las actividades de prevención primaria se encuentran: toma de presión arterial, vacunación, medidas antropométricas, educación contra el fumado, detección selectiva de colesterol y diabetes mellitus. Para la prevención secundaria se menciona: exploración de la piel, autoexploración mamaria, densitometría ósea, deterioro cognitivo, antígeno prostático, colonoscopia y sigmoidoscopia, examen de heces, mamografía y citología cervical.

Todas las anteriores intervenciones de enfermería conforman lo que es en general una atención integral en salud, asegurando a las personas adultas mayores una mejor calidad de vida y una vivencia sana del proceso de envejecimiento, con el fin de prevenir impactos bruscos en la salud con el avance de la edad. De manera más específica estas intervenciones

pueden realizarse y adecuarse al lugar de estudio de esta investigación que son los centros diurnos.

2.2.4.6. Rol de enfermería en los centros diurnos gerontológicos

Dentro de los centros diurnos la participación de enfermería puede verse desde dos enfoques. Ejerciendo atención en salud directa y educación con los usuarios adultos mayores o como gestor de educación y capacitación al personal que está a cargo de ellos, para que ese cuidado se dé de la manera más adecuada e individualizada a cada asistente al centro.

En cada centro se debe de implementar una serie de programas que se desarrollan con la finalidad general de promocionar cuestiones consideradas importantes para el buen mantenimiento de la salud física de los usuarios. Según Fernández⁴⁴ la responsabilidad de los profesionales que intervienen en estos programas serán las siguientes:

- a) Los profesionales sanitarios (médicos y enfermeros) realizarán la valoración inicial de cada usuario, derivarán a los programas terapéuticos correspondientes, establecerán las pautas individualizadas indicadas para cada caso y desarrollarán protocolos sanitarios que establezcan procedimientos concretos a seguir⁴⁴.
- b) El personal de enfermería establecerá el plan de cuidados y las necesidades de atención de enfermería directa. Se coordinarán en cada caso las actuaciones teniendo en cuenta los recursos del propio centro (los auxiliares de enfermería), la atención de enfermería del centro de salud de la zona⁴⁴.
- c) Asimismo se establecerá un sistema de seguimiento de los usuarios y de coordinación entre los diferentes recursos implicados en este tipo de atención sanitaria⁴⁴.

Según Fernández⁴⁴ las acciones de enfermería en un centro diurno, se deben basar en cinco programas esenciales: alimentación y nutrición, aseo e higiene, control de esfínteres, prevención de caídas y atención básica en enfermería.

En cuanto a alimentación y nutrición las acciones que se deben llevar a cabo según Fernández⁴⁴ son: valoración del estado nutricional y de hidratación de la persona usuaria, indicación de la dieta alimenticia adecuada, asesoramiento a los distintos profesionales (cocina, cuidadores) en cuestiones de la correcta manipulación de los alimentos, asistencia o ayuda a las personas con problemas de autonomía para la alimentación, asesoramiento y educación al usuario y familia en cuestiones de alimentación y nutrición.

El programa de aseo e higiene como lo indica Fernández⁴⁴ incluye: valoración de los diferentes factores causantes de la incapacidad en el autocuidado (deficiencias cognitivas, motoras y visuales), realizar el cuidado profesional, en caso de incapacidad. En el de control de esfínteres se indica que se debe valorar los factores causales o concurrentes con la incontinencia, mantener una hidratación y nutrición óptima, promoción de la movilidad, facilitar el acceso a cuartos de baño, valorar la necesidad de uso de pañales.

En el programa de prevención de caídas Fernández⁴⁴ sostiene que dentro de las acciones que se pueden realizar son: valoración del riesgo de caídas existente en cada persona usuaria e identificar los factores potenciales, prescripción de pautas ambientales para la reducción del riesgo, prescripción de actividades físicas específicas para mejora de la estabilidad, equilibrio y marcha y labor educativa a usuarios, familias y cuidadores profesionales sobre medidas preventivas y actuaciones tras el suceso de una caída.

En cuanto al programa de atención básica en enfermería Fernández⁴⁴ describe las siguientes intervenciones: valoración inicial del estado de la persona y elaboración de los diagnósticos de enfermería, prescripción del plan de cuidados de enfermería, labores de coordinación con la familia, el propio centro de día y el centro de salud para la dispensación de cuidados básicos de enfermería (curas, inyectables, gotas, entre otras).

Conjuntamente Fernández⁴⁴ también plantea que enfermería debe brindar apoyo a los centros en la dispensación de cuidados básicos, seguimientos de las patologías crónicas y control de la toma de medicación, vacunaciones, elaboración de protocolos sanitarios para el centro, colaboración en la educación sanitaria de los profesionales del centro dentro del programa de formación continua y colaboración en el programa de intervención con familias realizando educación sanitaria dentro de los grupos psicoeducativos.

Además, Buide et al³ incluye dentro de este apartado los controles periódicos con el fin de realizar una detección precoz y prevención de complicaciones como: control de la tensión arterial, glucemia, toma de peso y medidas antropométricas, frecuencia cardíaca, pulsos, temperatura y frecuencia respiratoria. Asimismo, se debe ejercer un control estricto de la medicación para reducir riesgos de efectos secundarios.

Como eje principal de los profesionales de enfermería se menciona la educación sanitaria y la promoción de la salud. Así, lo plantea Buide et al³ con base en las actividades de promoción refiere que son las relacionadas con la modificación de hábitos tóxicos y conductuales, prevención de accidentes, etc. Se debe estimular el abandono de comportamientos que puedan suponer un riesgo, incitar a realizarse exámenes de salud y consulta médica ante problemas de salud e informar sobre síntomas iniciales de enfermedades, así como los servicios sanitarios a

donde deben dirigirse. Además, fomentar la actividad física, el descanso y sueño, manejo del estrés, relaciones interpersonales y la espiritualidad.

Los programas a tener en cuenta respecto a educación sanitaria son entre otros basados en: diabetes, hipertensión, insuficiencia cardíaca, artrosis y osteoporosis, obesidad, hiperlipidemia, alimentación, hábitos higiénicos, vacunación, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, estreñimiento y hábitos eliminatorios, caídas y fracturas, úlceras por presión etc.

La atención de enfermería constituye una parte fundamental de la actuación del equipo multidisciplinar que deben ser parte de los centros diurnos gerontológicos, donde se realizan acciones que van desde la ayuda para las actividades de la vida diaria, hasta la instauración de cuidados paliativos, siempre con la intención de ofrecer cuidados de máxima calidad tendientes a conseguir el mayor grado de autosuficiencia y bienestar. Según Buide et al “perfilar el papel del profesional de enfermería en un centro de día gerontológico, de acuerdo con sus actuaciones, es la base de los cuidados integrales a realizar, con el fin de incrementar la autonomía de los usuarios y el grado de satisfacción familiar.”³

Así como se expuso a lo largo del marco teórico enfermería obtiene un papel importante como un apoyo o guía en la capacitación del personal a cargo de las personas adultas mayores en los centros diurnos. Siendo el profesional de enfermería el mejor capacitado para llevar a cabo acciones de cuidado de la salud, con el fin de disminuir el riesgo de agravamiento o aparición de enfermedades crónicas, potenciando la vivencia con una mejor calidad de vida en el proceso del envejecimiento.

2.2.5. Teorizante de enfermería: Virginia Henderson

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

Virginia Henderson dentro de su meta paradigma aborda cuatro elementos: salud, entorno, persona y enfermería. Como lo plantea Bellido et al, respecto a estos, Henderson aporta que “la persona es un ser integral, una unidad con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí”⁴⁵, estableciendo que la persona y la familia forman una unidad.

Además, respecto al entorno Bellido et al⁴⁵ citan que Henderson lo concibe como el conjunto de factores y condiciones externas, entre ellas las relaciones con la familia y la comunidad, determinando que las condiciones del entorno son dinámicas y pueden afectar a la salud y al desarrollo. A pesar que las personas maduras pueden ejercer control sobre el entorno, la enfermedad puede obstaculizar dicho control.

Asimismo, Henderson establece que la enfermería “es un servicio de ayuda a la persona en la satisfacción de sus necesidades básicas. Requiere de conocimientos básicos de ciencias sociales y humanidades, además de las costumbres sociales y las prácticas religiosas para ayudar al paciente a satisfacer las 14 necesidades básicas.”⁴⁵ Conjuntamente a esta definición de enfermería se incluye la que Henderson propuso para la salud, la cual indicaba que “la salud es el máximo grado de independencia que permite la mejor calidad de vida, un estado en

el cual la persona puede trabajar, desarrollarse y alcanzar el potencial más alto de satisfacción en la vida, satisface las 14 necesidades básicas.”⁴⁵

Con el establecimiento de estos elementos meta paradigmáticos de Virginia Henderson se puede establecer que son componentes que se encuentran interrelacionados, ya que si uno de estos falla, el proceso de salud-enfermedad se verá afectado. La persona necesita de una red familiar de apoyo sólida y constante para mantener un estado óptimo de vida, el entorno influye de manera positiva o negativa en el estado salubre de la persona, la enfermería es vista como un medio de ayuda holística al usuario que la necesite y la salud corresponde al elemento principal con el que se logra la obtención de la calidad de vida. Todos estos factores son muy influyentes en la población en estudio, las personas adultas mayores.

Por otra parte, según Raile y Marriner⁴⁶ Virginia Henderson consideraba al paciente como un individuo que precisaba ayuda para conseguir independencia, integridad e integración total de mente y cuerpo. Propuso las 14 necesidades humanas básicas en las que se basa la atención de enfermería.

Henderson define que “la función básica de enfermería es ayudarle a la persona, sana o enferma, a la realización de actividades que contribuyan a la salud o a la recuperación, (o a una muerte tranquila) que realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o los conocimientos necesarios, y a hacerlo de tal manera que le ayude a ganar la independencia lo más rápidamente posible.”⁴⁵ Además, identificó tres niveles de relaciones enfermera-paciente en los que la enfermera actúa como: sustituta del paciente, colaboradora del paciente y compañera del paciente.

Según Raile y Marriner⁴⁶ las 14 necesidades de Henderson son: 1) respirar normalmente, 2) comer y beber adecuadamente, 3) eliminar los desechos corporales, 4) moverse y mantener posturas deseables, 5) dormir y descansar, 6) seleccionar ropas adecuadas; vestirse y desvestirse, 7) mantener la temperatura corporal en un intervalo normal ajustando la ropa y modificando el entorno, 8) mantener el cuerpo limpio y bien cuidado y proteger la piel, 9) evitar los peligros del entorno y evitar lesionar a otros, 10) comunicarse con los demás para expresar las propias emociones, necesidades, miedos y opiniones, 11) rendir culto según la propia fe, 12) trabajar de tal manera que se experimente una sensación de logro, 13) jugar o participar en diversas formas de ocio y 14) aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que lleva al desarrollo y salud normales, y utilizar las instalaciones sanitarias disponibles.

Normalmente estas necesidades están satisfechas por la persona cuando ésta tiene el conocimiento, la fuerza y la voluntad para cubrirlas, pero cuando algo de esto falta o falla en la persona, una o más necesidades no se satisfacen, por lo cual surgen los problemas de salud. Es entonces cuando el profesional de enfermería tiene que ayudar o suplir a la persona para que pueda tener las necesidades cubiertas. Estas situaciones de dependencia pueden aparecer por causas de tipo físico, psicológico, sociológico o relacionadas a una falta de conocimientos.

Henderson parte del principio de que todos los seres humanos tienen una serie de necesidades básicas que deben satisfacer, dichas necesidades son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene los suficientes conocimientos para ello. Según este principio, las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente de la situación en que se encuentre cada individuo.

Sin embargo, dichas necesidades se modifican en razón de dos tipos de factores según Raile y Marriner⁴⁶: los factores permanentes que incluyen edad, nivel de inteligencia, medio social o cultural, capacidad física y los factores variables como estados patológicos: falta aguda de oxígeno, conmoción (inclusive el colapso y las hemorragias), estados de inconsciencia (desmayos, coma, delirios), exposición al frío o calor que produzcan temperaturas del cuerpo marcadamente anormales, estados febriles agudos debidos a toda causa, una lesión local, herida o infección, una enfermedad transmisible, estado preoperatorio, estado postoperatorio, inmovilización por enfermedad o prescrita como tratamiento.

Respecto al cuidado Henderson citado por Arena et al⁴⁷ plantea que está dirigido a suplir los déficits de autonomía del sujeto para poder actuar de modo independiente en la satisfacción de las necesidades fundamentales. Con base al entorno alega que es de naturaleza dinámica. Incluye relaciones con la propia familia, así mismo incluye las responsabilidades de la comunidad de proveer cuidados. Y concibe a la persona como un ser constituido por los componentes biológicos psicológicos sociales y espirituales que tratan de mantenerse en equilibrio. Estos componentes son indivisibles y por lo tanto la persona se dice que es un ser integral.

Como lo plantea Vernet⁴⁸ al realizar la valoración de la persona anciana según el modelo Henderson y evaluar en cada necesidad las manifestaciones de independencia y de dependencia, se incluyen las líneas generales de la valoración geriátrica que son: las de valorar la persona de tercera edad en los aspectos fisiológico, psicológico, social y funcional. El nivel de capacidad funcional para realizar actividades específicas, encaminadas a satisfacer necesidades fundamentales, es un parámetro importante, pero no el único a tener en cuenta en la valoración enfermera según el Modelo Henderson.

Recalcando lo mencionado anteriormente, se dice que la salud de las personas no importa la edad que posean, debe ser vista más allá de la dimensión física, se incluye la parte emocional, psicológica, familiar, social, económica, donde cualquiera de estas dimensiones puede deteriorar el estado de la salud, si alguna de estas dimensiones se quebranta, aumenta el riesgo de que la persona enferme. Basándose en la escala de necesidades de Maslow y en las 14 necesidades de Henderson se evidencia que toda persona merece una atención integral en salud, de excelente calidad, donde se le brinde un cuidado digno, especializado e individualizado donde se les respeten todos sus derechos como personas.

Dentro del equipo multidisciplinar, en los ámbitos específicos de atención gerontológica y a la comunidad, el personal de enfermería es el líder indiscutible del equipo, ya que es el único profesional preparado y entrenado para trabajar según un plan de cuidados integrales, enfocado a la persona. Según Vernet “el Modelo Henderson, sus valores y postulados, se adaptan muy especialmente a la atención gerontológica y lo hacen comprensible y compatible con los objetivos interdisciplinarios, reforzando el liderazgo de la enfermera dentro del equipo.”⁴⁸

Por otra parte, se reconoce que los centros diurnos corresponden una alternativa positiva para la aceptación del proceso de envejecimiento y funcionan como un medio de apoyo para los familiares que no pueden cuidar a sus familiares de tercera edad. Sin embargo, es necesario conocer el nivel de satisfacción de los asistentes con respecto a los cuidados de salud que reciben por parte del personal que labora en el establecimiento, para así mantener la calidad de la atención en caso de satisfacción total o brindar las recomendaciones debidas para una futura mejora en dicho ámbito, haciendo uso del conocimiento y la capacitación que los profesionales de enfermería pueden aportar al personal a cargo.

Una de las tareas más relevantes de enfermería dentro de los centros diurnos consiste en fomentar la autonomía de los usuarios, la capacidad de autocuidado, la promoción de la salud con la instauración de hábitos de vida saludable y hacer uso de la educación sanitaria tanto para las personas adultas mayores como sus familiares, con el fin de mantener la salud de la población asistente a estas instituciones, que a pesar de que muchos padecen de enfermedades crónicas, con estas medidas implementadas lograrían tener una mejor calidad de vida, que es el objetivo principal que se busca en los últimos años de vida del ser humano.

CAPÍTULO III
MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de investigación

El presente estudio se enmarca dentro del tipo de investigación cuantitativa, ya que se plantea un problema de estudio delimitado y concreto, donde se realiza revisiones bibliográficas y se construye un marco teórico, asimismo se utilizan datos estadísticos para medir los resultados y se pretende generalizar los resultados mediante la lógica deductiva.

Además, tal y como lo propuso Hernández¹⁵ posee un alcance descriptivo, debido a que busca medir con precisión la satisfacción de la persona adulta mayor relacionada a los cuidados de salud que reciben en los centros diurnos, buscando especificar características de los cuidados de salud que brinda el personal en esos establecimientos.

A su vez es un estudio de tipo no experimental, ya que como lo plantea Hernández¹⁵ en este tipo de investigación no se manipulan las variables. Es decir, se trata de un estudio donde no se hace variar en forma intencional las variables independientes, sino lo que busca es observar fenómenos tal como se dan en su contexto natural, para posteriormente analizarlos.

Es de corte transversal según el aporte de Hernández¹⁵ debido a que se realiza el estudio en un momento determinado de los grupos que se investigan y no procesos interaccionales o procesos a través del tiempo.

3.2. Área de estudio

3.2.1. Población

La población de estudio es finita, se compone de las personas adultas mayores asistentes a los centros diurnos de los cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás, que corresponden a un total de 170 usuarios inscritos en estas localidades y que cumplen con los criterios de

inclusión. Los centros diurnos que se tomarán en cuenta para la investigación corresponden a los siguientes:

- a) Asociación Esperanza Cristiana para el Anciano, Goicoechea.
- b) Asociación Centro Diurno Personas de la Tercera Edad, Goicoechea.
- c) Asociación de Protección al Anciano de Calle Blancos y San Francisco, Goicoechea.
- d) Asociación Centro de Atención Diurna para Ancianos, Tibás.
- e) Asociación de Atención Integral para la Tercera Edad, Vázquez de Coronado.

3.2.2. Muestra

El cálculo de la muestra se realizó mediante la utilización de las siguientes fórmulas estadísticas:

$$\begin{array}{l} \text{A)} \\ n' = \left[\frac{Zt \sigma}{d} \right]^2 \end{array} \quad \begin{array}{l} \text{B)} \\ n = \frac{n'}{1 + \frac{n'}{N}} \end{array}$$

En este estudio la muestra corresponde a un total de 118 usuarios de 65 años o más, asistentes a los centros diurnos en estudio, (ver anexos 3 y 4) se realiza mediante un muestreo probabilístico aleatorio simple, ya que los elementos son elegidos al azar (ver anexo 5). Dicha muestra se calculó con la colaboración del señor Carlos Eduardo López Fuentes, Licenciado en Administración de Empresas, Licenciado en Contaduría Pública y Máster en Auditoría en Tecnologías de la Información.

Se utilizó el cálculo de la muestra debido a que el periodo de tiempo comprendido de la investigación era muy ajustado para realizar el estudio en una población total más numerosa, a su vez la población adulta mayor se les dificulta más el proceso de instrumentación, por lo que cada instrumento debía ser individualizado y aplicado por medio de una entrevista. Debido a esto es que se realizó la investigación con la población total de los centros diurnos de los cantones seleccionados, por cantidad de centros diurnos instaurado en cada cantón y por la cantidad de asistentes, ya que entre estos 5 centros diurnos se logró reunir el total de la muestra calculada.

3.2.3. Unidad de análisis u objetos de estudio

La unidad de análisis corresponde a cada hombre y mujer que se encuentra entre los 65 años y más que asiste a los centros diurnos seleccionado de los cantones Goicoechea, Moravia y Tibás, durante el periodo enero-marzo del año 2017 y que cumplen con los criterios de inclusión del estudio.

Para la presente investigación se cuenta con una población de $N=170$, el cual se obtiene mediante el listado de cada individuo asistente a cada centro diurno, que fue proporcionado por los administradores de los centros diurnos, del cual por medio de las siguientes fórmulas estadísticas se extrae una muestra de $n= 118$:

$$A) \quad n' = \left[\frac{Zt \sigma}{d} \right]^2 \quad B) \quad n = \frac{n'}{1 + \frac{n'}{N}}$$

Dicha muestra fue calculada por el Lic. Carlos Eduardo López Fuentes, bajo los criterios de un máximo de error aceptable de 5%, y un nivel de confiabilidad deseado de 95%.

En el cantón de Vázquez de Coronado se toma en cuenta la participación del centro diurno llamado: Asociación de Atención Integral para la Tercera Edad de Coronado, cuya población inscrita es 35 personas. En Tibás el establecimiento diurno corresponde a la Asociación Centro de Atención Diurno para Ancianos de Tibás, cuya población es de 25 beneficiarios. Y en el cantón de Goicoechea participan los centros: Asociación Esperanza Cristiana para el Anciano, con una población registrada de 17 participantes, la Asociación Centro Diurno Personas de la Tercera Edad de Goicoechea, cuyos participantes inscritos son 45 y la Asociación de Protección al Anciano de Calle Blancos y San Francisco de Goicoechea, cuya población es de 48 inscritos.

a) Criterios de inclusión

Persona adulta mayor femenina o masculina.

Edad de 65 años o más.

Asistente a centros diurnos de los cantones Vázquez de Coronado, Goicoechea y Tibás. Correspondientes a los nombres de: Asociación Esperanza Cristiana para el Anciano, Goicoechea, Asociación Centro Diurno Personas de la Tercera Edad, Goicoechea, Asociación Protección al Anciano de Calle Blancos y San Francisco, Goicoechea, Asociación Centro de Atención Diurna para Ancianos, Tibás y Asociación de Atención Integral para la Tercera Edad, Vázquez de Coronado.

b) Criterios de exclusión

Niños, adolescentes, adultos jóvenes y adultos.

Edad menor a 65 años.

Asistentes a centros diurnos de otros cantones y que no sean Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás.

3.3. Fuentes de información

a) Fuentes primarias:

Como fuentes primarias se extraen datos que provienen directamente de la población en estudio, por lo que se utiliza la entrevista dirigida en las personas adultas mayores asistentes a los centros diurnos en estudio, a su vez, es necesario la recolección de información con una entrevista aplicada a los administradores de los establecimientos incluidos en el estudio.

b) Fuentes secundarias

Como fuentes secundarias se utilizan aquellos datos que ya han sido elaborados o pre-elaborados, provenientes de: libros de texto de editoriales como Pearson, Mc Graw Hill, Elsevier, entre otros. Además se utilizaron tesis de diferentes universidades como: Universidad de Costa Rica, Universidad Fidélitas, Universidad de Iberoamérica y Universidad Hispanoamericana, así como la Ley Integral de La Persona Adulta Mayor de la Asamblea Legislativa de Costa Rica y artículos de revistas científicas como: UNIBIBLOS, EDNASS, SciELO, GEROKOMOS, Polis Revista Latinoamericana y Revista Cubana de Salud Pública,

así como motores de búsqueda como google académico, plataforma EBSCO y recursos del CENIT.

3.4. Identificación, descripción y relación de variables

La relación de variables en este estudio corresponde a las variables: dependiente e independiente. Según Hernández¹⁵ la variable independiente es la que se considera como supuesta causa en una relación entre variables, es la condición antecedente, y al efecto provocado por dicha causa se le denomina variable dependiente (consecuente), las cuales se identifican de la siguiente manera:

Variables independientes: aspectos sociodemográficos y biológicos y cuidados de la salud.

a) Aspectos sociodemográficos y biológicos

Definición conceptual

Los aspectos sociodemográficos según Rabines “son el conjunto de características biológicas, socioeconómicas y culturales que están presentes en la población sujeta a estudio, tomando aquellas que puedan ser medibles.”⁴⁹

Los factores biológicos Lopategui aporta que representan “todas aquellas cosas que poseen vida, tales como fauna (animales), flora (plantas), otras personas, gérmenes, vectores de enfermedad, reservorios, agentes de enfermedad, entre otros.”⁵⁰

Definición operacional

Los aspectos sociodemográficos son las condiciones en las que una persona nace, crece, vive, trabaja y envejece y que influyen de manera directa en el proceso de envejecimiento, salud-enfermedad y en la calidad de vida de los individuos.

Los aspectos biológicos corresponden a aquellas características propias del cuerpo humano, como la información genética que cada individuo posee en sus genes, que puede proteger o favorecer la aparición de enfermedades.

b) Cuidados de salud

Definición conceptual

Según Velandia et al el cuidado de la salud corresponde a: “una acción encaminada a hacer algo por alguien, lo que no puede hacer solo, con respecto a sus necesidades básicas, la explicación para mejorar la salud a través de la enseñanza de lo desconocido, la facilitación de la expresión de sentimientos, la intención de mejorar la calidad de vida del enfermo y su familia ante la nueva experiencia que debe afrontar.”²

Definición operacional

Aquellas acciones orientadas a preservar la salud en los individuos sanos y enfermos. Implica salud física, emocional, psicológica y el fomento del autocuidado y autonomía, así como educación sobre prevención de enfermedades, promoción de salud, tratamiento y rehabilitación.

Variable dependiente: Satisfacción

Definición conceptual

La satisfacción Mora 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."¹²

Definición operacional

Consiste en una evaluación personal correspondiente a una expresión subjetiva de bienestar, ya sea con su calidad de vida o por algún tipo de servicio brindado.

3.5. Proceso de operacionalización de las variables

Variable	Objetivos	Definición Conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Definición instrumental
Aspectos sociodemográficos y biológicos	Caracterizar los aspectos sociodemográficos y biológicos de la persona adulta mayor que asiste a los centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás, Enero-Marzo 2017.	Aspectos sociodemográficos: “son el conjunto de características biológicas, socioeconómicas y culturales que están presentes en la población sujeta a estudio, tomando aquellas que puedan ser medibles.” ⁴⁹ Factores biológicos: “todas aquellas cosas	Los aspectos sociodemográficos son las condiciones en las que una persona nace, crece, vive, trabaja y envejece y que influye de manera directa en el proceso de envejecimiento, salud-enfermedad y en la calidad de vida de los individuos. Los aspectos biológicos corresponden a	Demográfica Social	Edad Residencia Estado civil Número de hijos Vivienda Nacionalidad Ocupación Escolaridad Religión Pensión monetaria	

		que poseen vida, tales como fauna (animales), flora (plantas), otras personas, gérmenes, vectores de enfermedad, reservorios, agentes de enfermedad, entre otros.” ⁵⁰	aquellas características propias del cuerpo humano, como la información genética que cada individuo posee en sus genes, que puede proteger o favorecer la aparición de enfermedades.	Biológica	Sexo Historia clínica Patologías actuales Tratamiento farmacológico Actividad física Autocuidado Movilización	
Cuidados de salud	Identificar los cuidados de salud que reciben las personas adultas mayores por parte del personal,	“Una acción encaminada a hacer algo por alguien, lo que no puede hacer solo, con respecto a sus necesidades básicas, la	Los cuidados de salud se refieren a aquellas acciones orientadas a preservar la salud en los individuos sanos y enfermos. Implica	Educativa	Capacitación de cuidadores Apego del personal en los principios éticos de la atención	

	<p>centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás, Enero-Marzo 2017.</p>	<p>explicación para mejorar la salud a través de la enseñanza de lo desconocido, la facilitación de la expresión de sentimientos, la intención de mejorar la calidad de vida del enfermo y su familia ante la nueva experiencia que debe afrontar.”²</p>	<p>salud física, emocional, psicológica y el fomento del autocuidado y autonomía, así como educación sobre prevención de enfermedades, promoción de salud, tratamiento y rehabilitación.</p>	<p>Psicológica</p>	<p>brindada Prevenición de enfermedades y caídas Promoción de la salud Manejo del estrés Motivación Relaciones interpersonales Comunicación Fomento de espiritualidad Actividades de ocio y recreación</p>	
--	--------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

				Física	Toma de signos vitales Examen físico Estado nutricional Estimulación física Asistencia en las actividades diarias Medicación Vestimenta Higiene corporal Higiene del sueño Patrón de eliminaciones Vacunación	
--	--	--	--	--------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

				Política	Estado de las instalaciones físicas Protocolos de atención Confidencialidad de la información Plan de emergencias Prevención de caídas y enfermedades.	
Satisfacción	Describir la satisfacción de la persona adulta	"Razón o acción con que se responde enteramente a un gusto,	La satisfacción corresponde a una evaluación personal	Personal	Calidad de vida Motivación Independencia	

	<p>mayor en relación con los cuidados de salud brindados por el personal, centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás, enero-marzo 2017.</p>	<p>placer o queja. Es estar conforme uno con algo o alguien"¹²</p>	<p>correspondiente a una expresión subjetiva de bienestar, ya sea con su calidad de vida o por algún tipo de servicio brindado.</p>	<p>Emocional</p>	<p>Asistencia regular al centro Tiempos de espera para la atención de sus necesidades Agrado por los cuidados de salud recibidos Motivación Autoestima Participación activa en actividades Seguridad</p>	
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

				Física	Presencia de patologías Capacidad de autocuidado Higiene Patrón de eliminaciones Higiene del sueño Estado nutricional	
				Educativa	Instrucciones en los tratamientos o procedimientos Seguimiento del plan de cuidados de acuerdo a su	

					patología	
					Fomento de	
					estilos de vida	
					saludable	
					Prevención de	
					enfermedades	

3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La recolección de datos es la actividad que consiste en la recopilación de información dentro de un cierto contexto. Implica tres pasos: a) La selección del instrumento. b) La aplicación del instrumento. c) El análisis de las observaciones y mediciones.

Un instrumento de recolección de datos es en principio cualquier recurso de que pueda valerse el investigador para acercarse a los fenómenos y extraer de ellos información. De este modo el instrumento sintetiza en sí toda la labor previa de la investigación, resume los aportes del marco teórico al seleccionar datos que corresponden a los indicadores, por lo tanto, a las variables o conceptos utilizados.

En esta investigación se utilizan dos tipos de instrumentos: en primera instancia una entrevista con los administradores de los centros diurnos en estudio, con la finalidad de conocer cuáles cuidados de salud se brindan dentro del establecimiento y de qué forma se realizan. La entrevista corresponde a una situación de interrelación o diálogo entre personas, el entrevistador y el entrevistado. Según Hernández¹⁵ las entrevistas implican que una persona calificada, a la cual se le conoce como entrevistador, aplica el cuestionario a los participantes; el primero hace las preguntas a cada entrevistado y anota las respuestas.

Esta entrevista está dirigida hacia los administradores de los centros diurnos, es de tipo estructurada, está constituida por 53 preguntas que se distribuyen de la siguiente manera: 3 preguntas cerradas, 1 pregunta abierta y 49 preguntas abiertas de registro cerrado, esto con la finalidad de recolectar la mayor cantidad de información posible. Las preguntas son

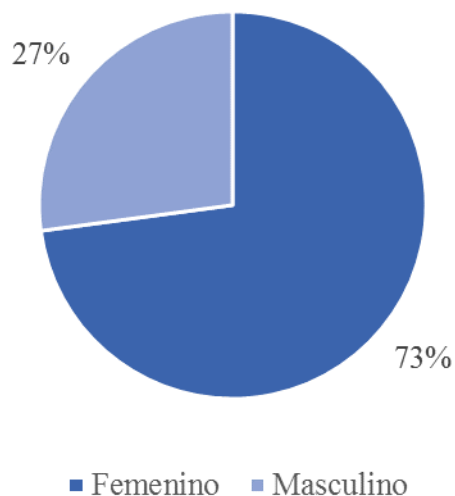
divididas en apartados, los cuales corresponden a los siguientes: a) datos generales, b) cuidados de salud básicos en el ser humano, que incluyen: valoración física, valoración funcional, valoración mental, valoración social, educación y seguridad

Por otra parte, también se utiliza un cuestionario aplicado a los adultos mayores, con el fin de verificar el nivel de satisfacción que poseen en cuanto a los cuidados de salud que les brinda el personal de los centros. Un cuestionario según Hernández¹⁵ corresponde un conjunto de preguntas respecto de una o más variables a medir

Este cuestionario se aplica individualmente a cada persona adulta mayor asistente al centro diurno, se realiza de manera administrado por la extensión del mismo y la capacidad funcional, mental y cognitiva disminuida de los participantes. Consta de 52 preguntas en total, distribuidas de la siguiente manera: 36 preguntas cerradas, 2 abiertas y 14 preguntas abiertas de registro cerrado. Dentro de las mismas, se utilizan dos escalas tipo likert, una con opciones de: siempre, casi siempre, a veces, casi nunca y nunca; y la otra con una puntuación de 1 a 5 donde 1 significa muy insatisfecho, 2 insatisfecho, 3 poco satisfecho, 4, satisfecho y 5 muy satisfecho.

CAPÍTULO IV
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

Gráfico 1
Distribución porcentual de personas adultas mayores según sexo
Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás
Enero-Marzo, 2017.



Fuente: Elaboración propia

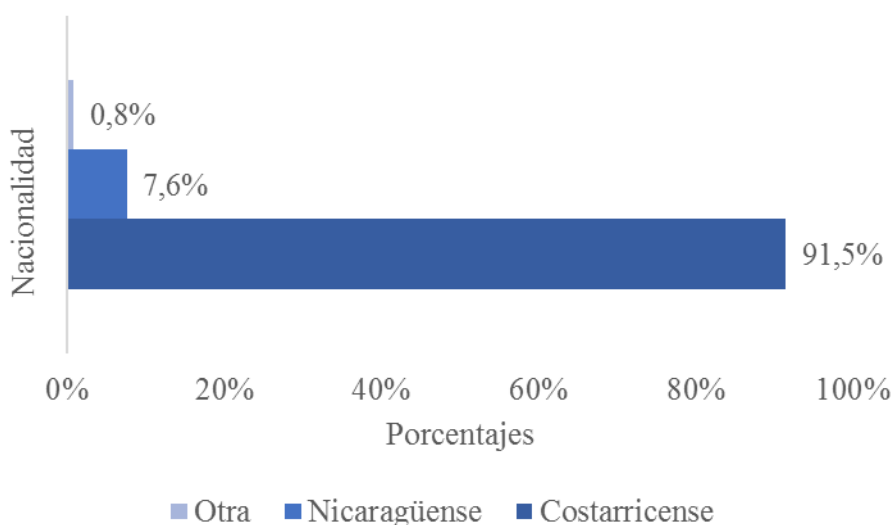
El 73% (n=86) de los usuarios encuestados corresponden al sexo femenino y el 27% (n=32) son del sexo masculino.

En los centros diurnos donde se realizó la investigación se obtuvo una mayor participación del sexo femenino, que corresponde a un 73% de los participantes fueron mujeres. Dicho resultado es respaldado por el Instituto Nacional de Estadística y Censo, según Araya y Céspedes⁹, predominan más mujeres que hombres en el país, ya que para el Censo del año 2000, el porcentaje de adultas mayores femeninas predominaba con un 53%, mientras que los adultos mayores de sexo masculino correspondían a un 47%.

Tanto los usuarios y usuarias sin importar su sexo, dentro de un establecimiento modalidad centro diurno, deben tener los mismo derechos a recibir cuidados de salud integrales sin ningún tipo de exclusión, así como lo plantea Bellido et al, los cuales refieren que Virginia Henderson concibe a la persona como “un ser integral, una unidad con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí”⁴⁵ por lo que no solamente el cuidado de salud debe ser enfocado en el aspecto físico, sino también en los aspectos anteriormente mencionados.

Gráfico 2

**Distribución porcentual de personas adultas mayores según nacionalidad
Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás
Enero-Marzo, 2017.**



Fuente: Elaboración propia

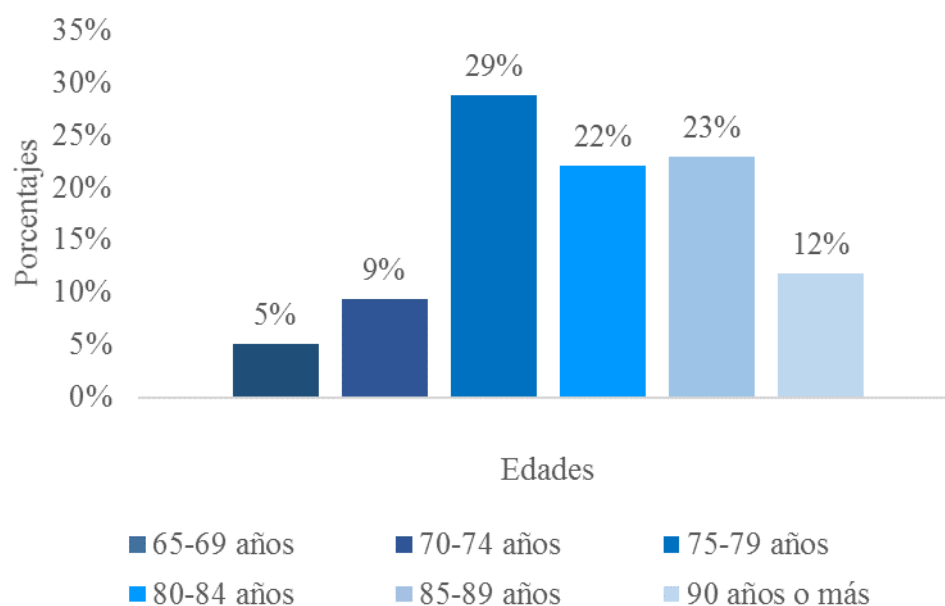
El 91.5% (n=108) de la población encuestada son de nacionalidad costarricense, el 7.6% (n=9) pertenecen a población nicaragüense y un 0,8% (n=1) corresponde a otra nacionalidad, en este caso se entrevistó a una usuaria de nacionalidad salvadoreña.

De acuerdo con la estimación censal del año 2000 en Costa Rica según Barquero y Vargas⁵¹, la población total nacida en el extranjero al año 2000 ascendió a un total de 296.461 personas, de las cuales tres cuartas partes corresponderían a la población de origen nicaragüense, un total de 226.374 inmigrantes.

Lo anterior constata que, dentro de los centros diurnos, así como en Costa Rica, la nacionalidad que más acude a estos establecimientos es de origen nicaragüense después de la costarricense, por lo que no es relevante la nacionalidad que cada usuario posea para ser ingresado dentro del programa.

Gráfico 3

Distribución porcentual de personas adultas mayores según edad
Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás
Enero-Marzo, 2017.



Fuente: Elaboración propia

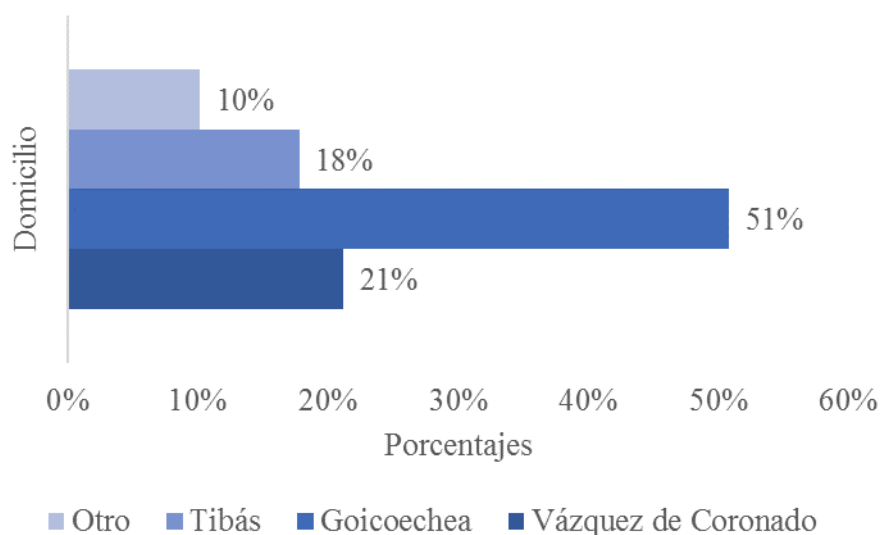
El 29% (n=34) de las personas adultas mayores encuestadas tienen entre 75 y 79 años, el 23% (n=27) tienen entre 85 y 89 años, el 22% (n=26) tienen entre 80 y 84 años, el 12% (n=14) tienen más de 90 años, el 9% (n=11) tienen entre 70 y 74 años y el 5% (n=6) tienen entre 65 y 69 años.

Como resultado de la encuesta, la mayor cantidad de personas que participaron en la misma tenían entre 75 y 79 años de edad, ya que con este rango de edad participó un 29%.

La persona adulta mayor según la Ley Integral de la Persona Adulta Mayor N°7935 de la República de Costa Rica se define como “aquella persona de sesenta y cinco años o más”¹. Según Guevara²⁰ el envejecimiento cronológico corresponde al tiempo transcurrido desde el nacimiento. La edad cronológica y el proceso de envejecimiento son fenómenos paralelos, más no relacionados. Es decir, no es la edad sino el cómo se vive lo que contribuye a la casualidad del proceso de envejecimiento.

Gráfico 4

**Distribución porcentual de personas adultas mayores según domicilio
Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás
Enero-Marzo, 2017.**



Fuente: Elaboración propia

Del total de los encuestados, el 51% (n=60) viven en el cantón de Goicoechea, un 21% (n=25) son del cantón de Vázquez de Coronado, el 18% (n=21) proceden del cantón de Tibás y un 10% (n=12) provienen de otros cantones circunvecinos como Moravia y Montes de Oca.

Según la Municipalidad de Goicoechea⁵², en la actualidad el cantón de Goicoechea es el octavo de la provincia de San José, se encuentra situado en el extremo Noreste del Valle Central, rodeado por los cantones de Vázquez de Coronado y Moravia al Norte, Montes de Oca y La Unión al Sur, Vázquez de Coronado y Cartago al Este, y al Oeste con Tibás y San

José, teniendo una superficie aproximada de 31,98 km², se encuentra conformado por 7 distritos, los cuales incluyen: Guadalupe, San Francisco, Calle Blancos, Mata de Plátano, Ipís, Rancho Redondo y Purrál, siendo Purrál el distrito con mayor densidad de población y considerado como un distrito que se encuentra con mayor riesgo social.

El cantón de Goicoechea es el que más aporta población a la investigación con 59% (n=70), ya que dentro de este cantón se encuentran inscritos 3 centros diurnos para las personas adultas mayores, entre los cuales se encuentran: Asociación Esperanza Cristiana para el Anciano, Asociación Centro Diurno Personas de la Tercera Edad y Asociación Protección al Anciano de Calle Blancos y San Francisco.

Tabla 1
Distribución porcentual de personas adultas mayores según asistencia
Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás
Enero-Marzo, 2017

Centro diurno	Cantidad de usuarios	%
Asociación Esperanza Cristiana para el Anciano, Goicoechea	19	16%
Asociación Centro Diurno Personas de la Tercera Edad, Goicoechea	19	16%
Asociación de Protección al Anciano de Calle Blancos y San Francisco, Goicoechea	32	27%
Asociación Centro de Atención Diurna para Ancianos, Tibás	20	17%
Asociación de Atención Integral para la Tercera Edad, Vázquez de Coronado	28	24%
Total	118	100%

Fuente: Elaboración propia

De los encuestados, el 27% (n=32) corresponde a la Asociación de Protección al Anciano de Calle Blancos y San Francisco, ubicado en el cantón de Goicoechea, seguido de un 24% (n=28) que pertenece a la Asociación de Atención Integral para la Tercera Edad, ubicado en

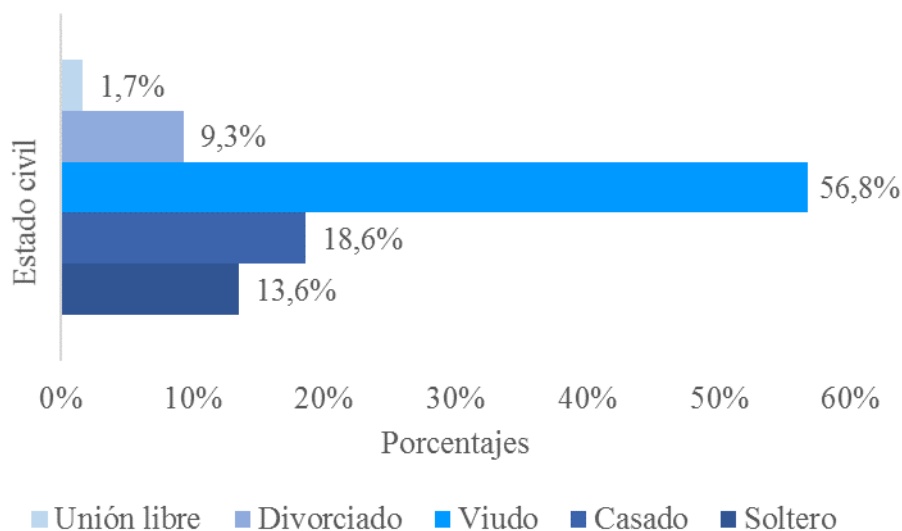
el cantón Vázquez de Coronado, el 17% (n=20) asiste a la Asociación Centro de Atención Diurna para Ancianos, ubicado en el cantón de Tibás y por último con 16% (n=19) la Asociación Esperanza Cristiana para el Anciano y la Asociación Centro Diurno para Personas de la Tercera Edad, ubicados en el cantón de Goicoechea.

El centro diurno que más aporta participantes en esta investigación corresponde a la Asociación de Protección al Anciano de Calle Blancos y San Francisco, Goicoechea, con un 27% de los participantes en total.

Valverde citado por Bogantes et al define un centro diurno como: “un servicio organizado por la comunidad con el apoyo institucional, mediante un trabajo multidisciplinario y de responsabilidad multisectorial para atender durante el día a personas mayores de 60 años, donde se atienden adultos mayores de escasos recursos económicos o en riesgo social.”³²

Gráfico 5

**Distribución porcentual de personas adultas mayores según estado civil
Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás
Enero-Marzo, 2017.**



Fuente: Elaboración propia

El 56.8% (n=67) de los entrevistados son personas cuyos cónyuge o pareja ya han fallecido anteriormente, por lo que se encuentran en estado civil viudo, el 18.6% (n=22) son casados, el 13.6% (n=16) son solteros, el 9.3% (n=11) son divorciados y el 1.7%(n=2) viven en unión libre con su pareja.

El 56.8% de las personas adultas mayores como evidencian los datos anteriores son viudos, por lo que es frecuente que se sientan solos al haber perdido su pareja años atrás. Por consiguiente, según Alvarado³⁰ lograr un buen envejecimiento implica asumir pérdidas, una

de ellas es la pérdida del compañero de vida, por lo que los adultos(as) mayores es probable que se enfrenten día a día a sentimientos de soledad.

Raile y Marriner⁴⁶ mencionan las 14 necesidades de Virginia Henderson, entre las cuales se encuentra la necesidad de comunicarse con los demás, para expresar las propias emociones, necesidades, miedos y opiniones. Debido a este enfrentamiento con la soledad y el duelo que se vive por la muerte de un cónyuge es que es fundamental que esta necesidad sea suplida con el fomento de nuevas relaciones interpersonales entre la población que asiste a un centro diurno, como un grupo de apoyo con un espacio para intercambio de opiniones, expresión de sentimientos, emociones y necesidades que en muchos casos se mantiene reprimidos y pueden llevar a una depresión o a una insatisfacción de vida conforme se lleva a cabo el proceso de envejecimiento.

Tabla 2
Distribución porcentual de personas adultas mayores según religión
Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás
Enero-Marzo, 2017.

Religión	Cantidad de usuarios	%
Católica	90	76,3%
Evangélica	24	20,3%
Otra	4	3,4%
Total	118	100%

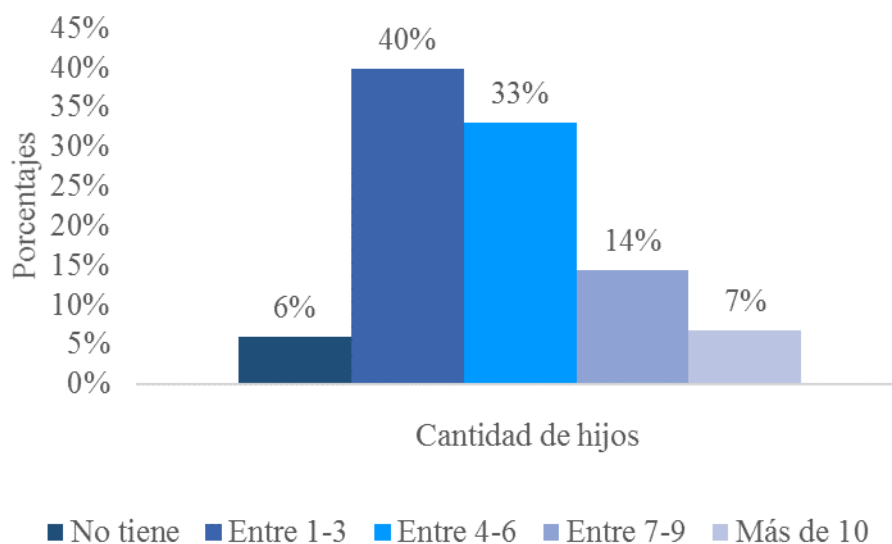
Fuente: Elaboración propia

De los encuestados, el 76.3% (n=90) son practicantes de la religión católica, el 20.3% (n=24) son de la religión evangélica, el 3.4% indicaron otra como medio de respuesta para señalar que no son practicantes de ningún tipo de religión y otras religiones como los testigos de jehová, la adventista, la mormona y la judía obtuvieron el 0% de las respuestas.

Como se evidencia anteriormente la mayoría de los usuarios(as) encuestados(as) son practicantes de la religión católica, por lo que para ellos es muy importante que se les brinden espacios para fomentar la práctica religiosa. Según Raile y Marriner⁴⁶ entre las 14 necesidades de Henderson se incluye la número 11, la cual indica que una de las necesidades humanas corresponde a rendir culto según la propia fe, ya que cada uno tiene derecho a practicar y ejercer su religión sin ninguna discriminación ni restricción.

Gráfico 6

Distribución porcentual de personas adultas mayores según cantidad de hijos
Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás
Enero-Marzo, 2017.



Fuente: Elaboración propia

El 40% de las personas adultas mayores encuestadas (n=47) tuvieron entre 1 y 3 hijos, el 33% (n=39) tuvieron entre 4 y 6 hijos, el 14% (n=17) entre 7 y 9 hijos, el 7% (n=8) más de 10 hijos y el 6% (n=7) que no tuvo ningún hijo.

El 40% de los encuestados tuvieron entre 1 y 3 hijos. Este factor familiar es determinante en la vida de toda persona, ya que es el primer centro de socialización que experimenta cualquier ser humano.

Alvarado³⁰ menciona que el individuo en el núcleo familiar aprende sobre afectividad, pautas de comportamiento límites, valores, roles familiares, comunicación, resiliencia, capacidad de adaptación, modificación y aprende a darle un sentido a su vida, sea positivo o negativo. Por lo que la familia constituye un factor que influye en la calidad de vida de cada individuo.

Tabla 3

**Distribución porcentual de personas adultas mayores según ocupación
Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás
Enero-Marzo, 2017.**

Ocupación	Cantidad de usuarios	%
Ama de casa	53	45%
Pensionado	64	54%
Otra	1	1%
Total	118	100%

Fuente: Elaboración propia

El 54% de los entrevistados (n=64) son pensionados, el 45% (n=53) son amas de casa y el 1% (n=1) se dedica a labores de voluntariado en centros de atención a la persona adulta mayor y hospitales.

Pensionados se entiende como aquella persona que se dedicó a trabajar durante varios años de su vida y que actualmente no realiza ningún oficio, se encuentra retirado de toda actividad laboral, en su mayoría las poblaciones dentro de los centros diurno son pensionados. Según la Ley Integral de la Persona Adulta Mayor¹ toda persona adulta mayor tendrá derecho a una mejor calidad de vida, mediante la creación y ejecución de programas que promuevan una preparación para la jubilación. Pero por estereotipos la sociedad irrespeta el derecho laboral que dentro de esta misma ley se estipula que ¹ toda

persona adulta mayor tiene derecho a ser seleccionada para ocupar cualquier puesto, siempre que sus calidades y capacidades las califiquen para desempeñarlo, no podrán ser discriminadas por razón de su edad y podrán gozar de todos los derechos laborales que les correspondan como trabajador. Sin embargo, el envejecimiento es visto como un factor incapacitante para mantenerse laboralmente activo, así como la aparición de enfermedades y síntomas propios de la vejez que hacen que las oportunidades laborales se limiten después de alcanzar los 65 años de edad.

Tabla 4

**Distribución porcentual de personas adultas mayores según escolaridad
Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás
Enero-Marzo, 2017.**

Escolaridad	Cantidad de usuarios	%
No asistió	21	17,8%
Primaria completa	16	13,6%
Primaria incompleta	48	40,7%
Secundaria completa	4	3,4%
Secundaria incompleta	26	22,0%
Universidad completa	1	0,8%
Universidad incompleta	2	1,7%
Total	118	100%

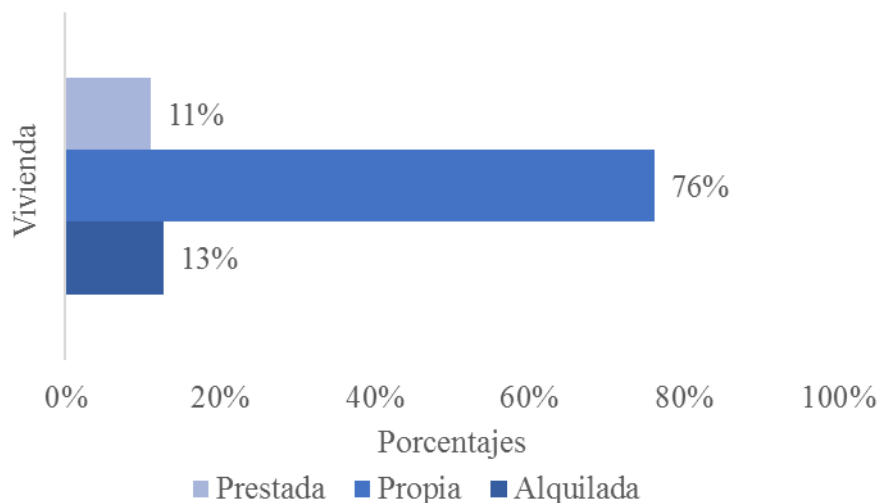
Fuente: Elaboración propia

De los encuestados el 17.8% (n=21) no asistió a ningún centro educativo, el 13.6% (n=16) si culminaron completamente la primaria, el 40.7% (n=48) no lograron culminar sus estudios en primaria, 3.4% (n=4) si culminaron la secundaria, el 22% (n=26) su escolaridad alcanzó la secundaria incompleta, el 0.8% (n=1) si terminaron la universidad y el 1.7% (n=2) de la población alcanzó estudios universitarios sin embargo no lograron culminarlos.

Según Fernández y Robles⁵³ para el año 2007, el 17.4% de la población adulta mayor era analfabeta, el promedio de años de estudio de las personas adultas mayores era de 4.6 años y el 35% de la población adulta mayor no tenían estudios de ningún tipo. Por lo que los resultados de esta investigación no son distintos a los propuestos por los autores anteriores, ya que el 40,7% de la población encuestada no tuvo la oportunidad de una preparación educativa adecuada, ya que dentro de los que asistieron a primaria no la culminaron en su mayoría.

Gráfico 7

Distribución porcentual de personas adultas mayores según tipo de vivienda
Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás
Enero-Marzo, 2017.



Fuente: Elaboración propia

El 76% (n=90) de los encuestados habitan en casa propia, 13% (n=15) viven en casas donde tienen que pagar alquiler y el 11% (n=13) restante viven en casa prestadas por algún familiar.

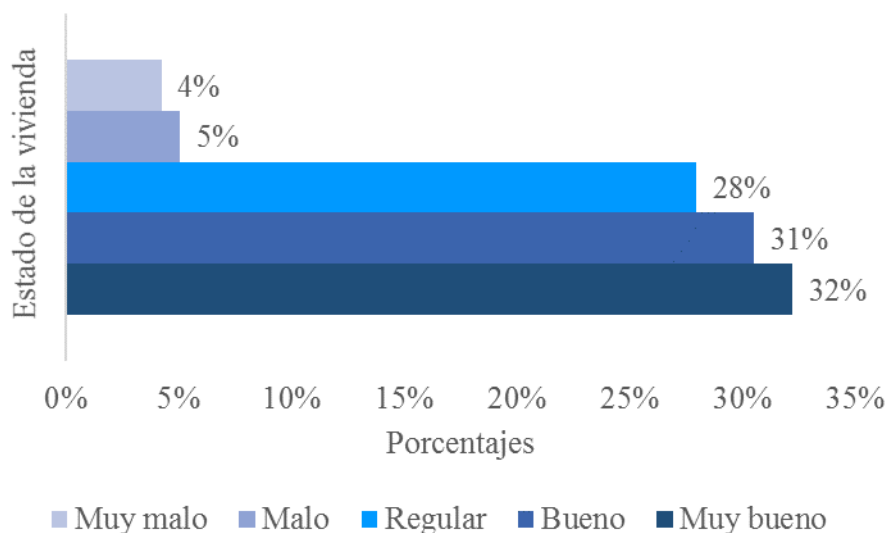
El 76% de los resultados residen en casas propias, por lo que viven más tranquilos ya que no tienen que hacer ese gasto económico, además que muchas de estas casas propias los adultos mayores las tienen destinadas a dejarlas como herencia a algún familiar. Respecto al factor económico Majos, citado por Alvarado³⁰ plantea que el factor económico tiene una

importancia fundamental en todo bienestar y el adulto mayor depende de él en los últimos años de vida.

Según el mismo autor³⁰ los adultos mayores han perdido el estatus de miembros de la comunidad. La sociedad costarricense excluye al adulto mayor, luego de que este ha finalizado su ciclo de productividad. Lo que conlleva a una pérdida de identidad social y a la disminución del ingreso económico con la jubilación, por lo que es importante que cuenten con casas propias para la disminución de sus gastos económicos, seguridad, etc.

Gráfico 8

Distribución porcentual de personas adultas mayores según estado de la vivienda
Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás
Enero-Marzo, 2017.



Fuente: Elaboración propia

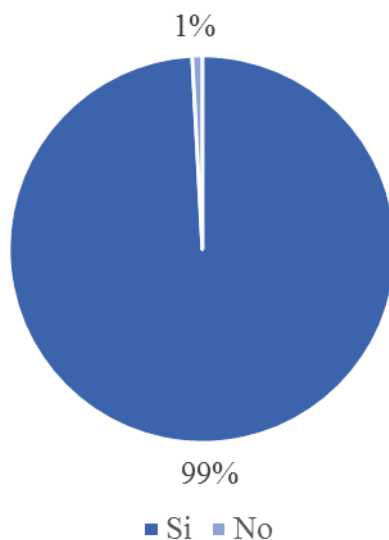
El 32% (n=38) de las respuestas indicaron que el estado de la vivienda en la que viven está en muy buenas condiciones, el 31% (n=36) habitan en casas en buen estado, el 28% (n=33) alega que viven en casas en condiciones regulares, el 5% (n=6) habitan en casas en mal estado y un 4% (n=5) en casas en muy mal estado.

El 63% de los encuestados respondieron que viven en casas entre muy buenas y buenas condiciones, lo que evidencia que la mayoría de la población que asiste a los centros diurnos vive en buenas condiciones socioeconómicas, por las cuales sus casas de habitación

se encuentran en buen estado general y cuentan con las instalaciones físicas y seguras para los habitantes.

Según la Ley Integral para la Persona Adulta Mayor¹ toda persona adulta mayor tendrá derecho a una mejor calidad de vida, mediante la creación y ejecución de programas que promuevan una vivienda digna, apta para sus necesidades, y que le garantice habitar en entornos seguros y adaptables.

Gráfico 9
Distribución porcentual de personas adultas mayores
según acceso a los servicios públicos básicos
Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás
Enero-Marzo, 2017.



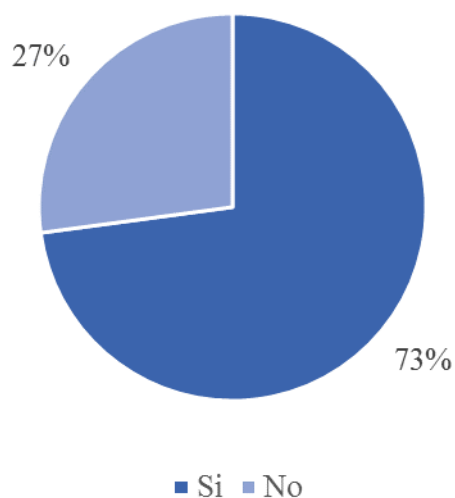
Fuente: Elaboración propia

De las personas adultas mayores entrevistadas, el 99% (n=117) tienen acceso a los servicios público de agua, luz y teléfono en sus hogares, mientras que el 1% (n=1) respondió que en su casa esto no se cumple, ya que habita en pobreza extrema y en su hogar no tiene acceso a agua potable, por lo que la misma es suministrada por una vecina.

El Fondo de Cooperación para Agua y Saneamiento⁵⁴ aporta que Costa Rica ha priorizado las inversiones en agua sobre las de alcantarillado sanitario y tratamiento. A nivel nacional, el 81% de la población de Costa Rica tiene cobertura de servicios de agua potable y el 92%

tiene acceso a saneamiento. Aun así, se calcula que una cuarta parte de la población consume agua de calidad no potable. En el medio rural, la cobertura de agua potable baja a un 60% y de saneamiento a un 88%.

Gráfico 10
Distribución porcentual de personas adultas mayores
según acceso a pensión monetaria
Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás
Enero-Marzo, 2017.



Fuente: Elaboración propia

El 73% (n=86) de los adultos mayores encuestados reciben algún tipo de pensión por parte del estado, por su parte el 27% (n=32) no reciben ningún aporte económico como pensión monetaria.

El 73% antes mencionado reciben un aporte económico por el estado que les ayuda solventar los gastos económicos y a minorar la carga económica y la disminución económica que conlleva el proceso de jubilación.

Como indica Alvarado³⁰ por diferentes motivos los ingresos que perciben los adultos mayores se van disminuyendo conforme transcurre el tiempo, por lo que influye en la buena calidad de vida de los mismos.

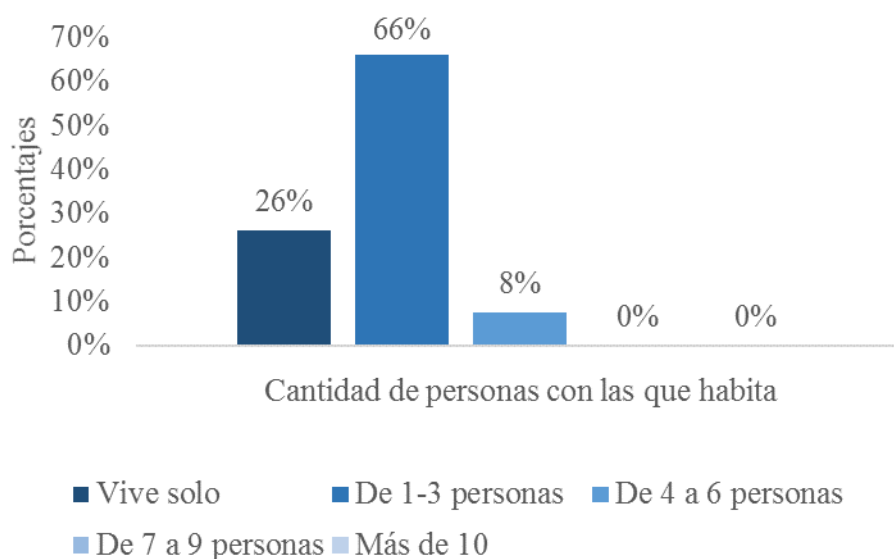
El adulto mayor depende de un ingreso económico en los últimos años de su vida. Entre los derechos que gozan los adultos mayores se encuentra el acceso a una pensión concedida oportunamente, que le ayude a satisfacer sus necesidades fundamentales.

Gráfico 11

Distribución porcentual de personas adultas mayores según cantidad de personas con las que habita

Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás

Enero-Marzo, 2017.



Fuente: Elaboración propia

El 66% (n=78) de las respuestas sobre acompañamiento en sus hogares corresponden a que las personas adultas mayores viven con 1 a 3 personas en la misma casa, el 26% (n=31) viven solos sin compañía, el 8% viven en compañía de 4 a 6 personas y el 0% en compañía de 7 a 10 personas o más de 10 personas.

De acuerdo con los resultados anteriores, el 74% de los adultos mayores que participaron en la investigación viven en compañía de algún miembro familiar. Como lo indica la Ley Integral de la Persona Adulta Mayor¹, las personas adultas mayores deben permanecer

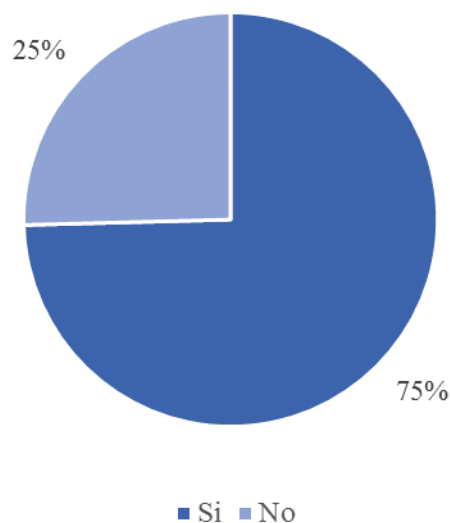
integradas a su núcleo familiar y su comunidad, participando activamente en la formulación y ejecución de las políticas que afecten directamente su bienestar, por lo que dentro de los aspectos de suma importancia en los adultos mayores son el apoyo y el acompañamiento que reciben por parte de los miembros familiares.

Según Bellido et al⁴⁵ citan que Virginia Henderson indica que toda persona necesita de una red familiar de apoyo sólida y constante para mantener un estado óptimo de vida y el entorno influye de manera positiva o negativa en el estado salubre de la persona.

Gráfico 12

**Distribución porcentual de personas adultas mayores según antecedentes quirúrgicos
Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás**

Enero-Marzo, 2017.



Fuente: Elaboración propia

El 75% (n=88) de las personas adultas mayores tuvieron cirugías previas en algún momento de su vida, así como el 25% (n=30) restante nunca ha pasado por ningún procedimiento quirúrgico.

Destaca que la mayoría de los usuarios el 75% que asisten a los centros diurnos, sí han tenido antecedentes quirúrgicos, por lo que se debe conocer el tiempo transcurrido desde esa última cirugía para poder brindar educación y cuidados enfocados al tipo de procedimiento quirúrgico al que fueron sometidos anteriormente.

Según Mora y Salas, citados por Fernández postulan que “en el sector salud las personas adultas mayores presentan una demanda, debido a que dicho grupo etario posee un alto grado de necesidades en lo que respecta a la atención en salud a nivel institucional y que es diferente al resto de la población, debido a los cambios físicos, biológicos y psicológicos, que atraviesan con el pasar de los años”²¹, lo cual representa que los de tercera edad aumentan la demanda de los servicios en salud, por las diferentes situaciones que atraviesan conforme avanza el envejecimiento, uno de los cuales son los procedimientos quirúrgicos.

Tabla 5

**Distribución de personas adultas mayores según tipo de antecedentes quirúrgicos
Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás**

Enero-Marzo, 2017.

Tipo de cirugía	Cantidad de usuarios
Colecistectomía	22
Ortopédicas	14
Hemorroidectomía	3
Dermatológicas	2
Salpingectomía	8
Ocular	10
Digestivas	7
Tiroidectomía	6
Resección quistes	13
Cardiológica	5
Pulmonar	1
Apendicectomía	11
Resección hernias	10
Hepática	1
Neurología	2
Ginecológicas varias	30

Otorrino	6
Urología	17
Vascular	6
No recuerda	2
Total	176

Fuente: Elaboración propia

Del total de usuarios encuestados que admiten tener antecedentes quirúrgicos, a 30 usuarias les han realizado procedimientos quirúrgicos ginecológicos los cuales en su mayoría corresponden a histerectomías, cesáreas, legrados y extirpación de quistes en el útero y en los ovarios, a 22 personas les han realizado una colecistectomía, 17 usuarios han pasado por una cirugía urológica, en este caso las cirugías urológicas más frecuentes fueron la prostatectomía, vasectomías y cirugías renales, 13 respondieron que han pasado por una cirugía de resección de quistes en varias partes del cuerpo, a 11 personas se les realizó una apendicectomía, 10 personas han pasado por cirugías oculares y resección de hernias en distintas partes del cuerpo, a 8 mujeres se les realizó la salpingectomía, a 7 usuarios les han realizado cirugías en el sistema digestivo específicamente en el estómago o en el intestino grueso, con 6 cirugías se encuentra la tiroidectomía, cirugías de otorrinolaringología y cirugías vasculares en su mayoría de várices en miembros inferiores, 5 usuarios han pasado por algún tipo de cirugía cardiológica, 3 adultos mayores se han realizado una hemorroidectomía, 2 usuarios han pasado por cirugías dermatológicas y neurológicas, 2

personas no recuerdan que tipo de cirugía se les practicó y 1 usuario le realizaron una cirugía hepática y otro una cirugía pulmonar.

En cada centro se debe de implementar una serie de programas que se desarrollan con la finalidad general de promocionar cuestiones consideradas importantes para el buen mantenimiento de la salud física de los usuarios. Según Fernández⁴⁴ la responsabilidad de los profesionales que intervienen en estos programas serán las siguientes: los profesionales sanitarios (médicos y enfermeros) realizarán la valoración inicial de cada usuario, derivarán a los programas terapéuticos correspondientes, establecerán las pautas individualizadas indicadas para cada caso y desarrollarán protocolos sanitarios que establezcan procedimientos concretos a seguir, así mismo el personal de enfermería establecerá el plan de cuidados y las necesidades de atención de enfermería directa.

Con esto es importante que dentro de la historia clínica de cada usuario en el centro diurno, estén anotadas las cirugías a las cuales fueron sometidos para que enfermería instaure cuidados específicos de acuerdo a la cirugía que se les practicó y al tiempo trascurrido.

Tabla 6
Distribución porcentual de personas adultas mayores
según tiempo transcurrido desde la última cirugía
Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás
Enero-Marzo, 2017.

Tiempo transcurrido	Cantidad de usuarios(as)	%
Hace 1 mes	0	0,0%
Hace 3 meses	1	1,1%
Hace 6 meses	2	2,3%
Hace 1 año	6	6,8%
Hace 2-3 años	10	11,4%
Hace 4-5 años	3	3,4%
Hace más de 5 años	9	10,2%
Otra	57	64,8%
Total	88	100%

Fuente: Elaboración propia

De la población total que ha sido sometida a procedimientos quirúrgicos en los centros diurnos de estudio, el tiempo transcurrido desde su última cirugía es el siguiente: 0% hace 1 mes, 1.1% (n=1) hace 3 meses, 2.3% (n=2) hace 6 meses, 6.8% (n=6) hace 1 año, 11.4%

(n=10) hace 2 o 3 años, el 3.4% (n=3) hace 4 o 5 años, el 10.2% (n=9) hace más de 5 años y el restante 64.8% (n=57) contestó que otra opción, entre las cuales las más frecuentes fueron hace 10 años, 20 años, 30 años y 40 años.

Para el 64.8% de la población encuestada ha transcurrido un tiempo bastante prolongado desde su última cirugía, por lo que dentro de la información en la historia clínica debe ir anotado, ya que, si fuera una cirugía reciente, el usuario dentro del centro diurno, debe tener cuidados especiales y específicos de acuerdo al tipo de cirugía realizada.

Según Carrasco y Quintero “las complicaciones perioperatorias son más frecuentes en los ancianos. Los adultos mayores presentan mayor tasa de comorbilidades por patologías agudas o crónicas. Además, presentan una disminución en los mecanismos homeostáticos, que se ha definido como una reducción en la capacidad de adaptarse a estímulos estresantes. Todo esto determina el perioperatorio, ya que además de aumentar los riesgos, estos factores afectan los tiempos de recuperación, la funcionalidad posterior (independencia) y la necesidad de rehabilitación posterior”⁵⁵.

Tabla 7

**Distribución de personas adultas mayores según patologías actuales
Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás
Enero-Marzo, 2017.**

Patologías frecuentes	Frecuencia de respuesta
Hipertensión arterial	84
Diabetes Mellitus	28
Epilepsia	3
Cáncer	2
Hipo-hipertiroidismo	11
Coagulopatías	9
Depresión emocional	14
Enfermedad psiquiátrica	2
Asma	11
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	1
Osteoporosis	11
Alzheimer	3
Otras	76
Ninguna	12
Total	267

Fuente: Elaboración propia

Dentro de la investigación se obtuvo que 84 usuarios padecían de hipertensión arterial, 28 usuarios eran diabéticos, 3 usuarios sufrían de epilepsia, 2 usuarios tenían algún tipo de cáncer, 11 usuarios padecían de hipotiroidismo e hipertiroidismo, 9 usuarios sufrían de coagulopatías, 14 usuarios padecían de depresión, 2 usuarios sufrían de enfermedades psiquiátricas, 11 usuarios eran asmáticos, 1 usuario padecía de enfermedad pulmonar obstructiva crónica, 11 usuarios tenían osteoporosis, 3 usuarios sufrían de alzheimer y 76 usuarios padecían de otras enfermedades, entre las cuales mencionaron: hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, osteopenia, gastritis, colitis, reumatismo, fibromialgia, artritis, hernia hiatal, migraña, cardiopatías y parkinson y además 12 personas indicaron que no padecen de ninguna enfermedad.

El resultado que más destaca son las personas hipertensas y diabéticas que hay dentro de los centros diurnos, de acuerdo a las diferentes patologías más comunes asociadas a la tercera edad, Hernández y Jiménez²⁹ mencionan las siguientes: incontinencia urinaria, hipotermia, demencia, diabetes tipo 2, hipertensión arterial, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y osteoporosis, deterioro cognitivo, alzheimer, entre otras.

De acuerdo con la teorizante de Virginia Henderson define que “la función básica de enfermería es ayudarle a la persona, sana o enferma, a la realización de actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación, (o a una muerte tranquila) que realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o los conocimientos necesarios, y a hacerlo de tal manera que le ayude a ganar la independencia lo más rápidamente posible”⁴⁵, por lo que enfermería debe ser el ente gestor del cuidado integral en usuarios enfermos y sanos,

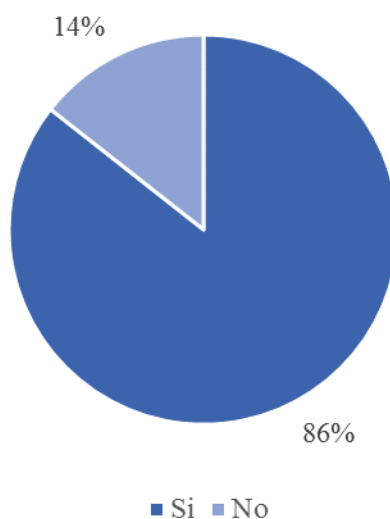
brindando cuidados, fomentando el autocuidado y una educación dirigida al usuario y su familia encaminada a la promoción de la salud y prevención de enfermedades, con el fin de mitigar el impacto de las enfermedades crónicas y la aparición de nuevos padecimientos.

Gráfico 13

Distribución porcentual de personas adultas mayores según consumo de medicamentos

Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás

Enero-Marzo, 2017.



Fuente: Elaboración propia

De las personas adultas mayores entrevistadas, el 86% (n=101) utilizan algún tipo de medicamento y el 14% (n=17) no consumen ningún tipo de medicación.

El 86% de la población se medica de alguna forma, por lo que se debe evaluar los efectos secundarios que pueden tener algunos medicamentos en el organismo. Conjuntamente Fernández⁴³ también plantea que enfermería debe brindar apoyo a los centros en la dispensación de cuidados básicos, seguimientos de las patologías crónicas y control de la

toma de medicación, entre otros. Además, Buide et al³ indica que se debe ejercer un control estricto de la medicación para reducir riesgos de efectos secundarios.

Tabla 8

**Distribución de personas adultas mayores según tipo de medicamentos consumidos
Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás
Enero-Marzo, 2017.**

Tipo de medicamentos	Frecuencia de respuesta
Antihipertensivos	61
Diuréticos	20
Hipoglicemiantes	23
Salicilatos	16
Antiinflamatorios, analgésicos	5
Broncodilatadores	8
Estatinas	15
Antihistamínicos	5
Suplementos	7
Bloqueadores de Calcio	9
Antidepresivos	10
Ansiolíticos	13
Digitálicos	1
Betabloqueadores	10
Antivertiginoso	1
Alcaloide semisintético	5

Hormona tiroidea	7
Antiepiléptico	4
Ortopraminas	1
Antipsicótico	2
Anticoagulante	4
Inhibidor de la bomba de protones	7
Bloqueador de H2	15
Anticolinérgico	2
Homeopatía	2
No recuerda	19
Total	272

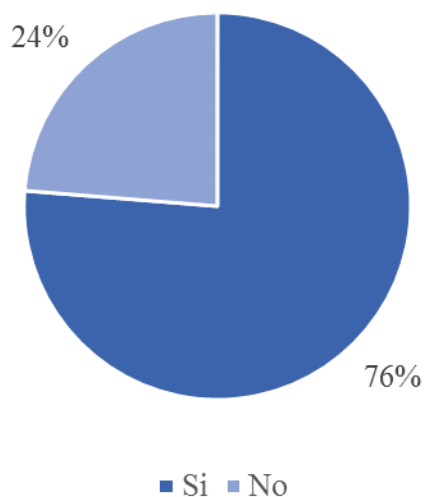
Fuente: Elaboración propia

Del total de usuarios que consumen medicamentos, hay 61 que utilizan antihipertensivos, entre los cuales los más frecuentes son: Enalapril e Irbesartán, 20 consumen diuréticos como Hidroclorotiazida y Furosemida, 23 utilizan hipoglicemiantes como: Metformina e Insulina, 16 utilizan salicilatos como la Aspirina, 5 utilizan antiinflamatorios o analgésicos como Prednisolona e Ibuprofeno, 8 usan broncodilatadores como Salbutamol y Oxis, 15 utilizan estatinas como Lovastatina y Genfibrozilo, 5 usan antihistamínicos como Clorfeniramina e Hidroxicina, 7 utilizan suplementos como el Calcio, 9 utilizan bloqueadores de calcio como la Amlodipina, 10 utilizan antidepresivos como Amitriptilina,

Imipramina, Fluoxetina y Sertralina, 13 consumen ansiolíticos como Lorazepam y Clonazepam, 1 utiliza digitálicos como la Digoxina, 10 consumen betabloqueadores como el Atenolol, 1 utiliza antivertiginoso como la Graval, 5 usan alcaloides semisintéticos como Buscapina, 7 consumen hormonas tiroideas como la Levotiroxina, 4 utilizan antiepilépticos como Gabapentina, Epival, Carbamazepina y Fenobarbital, 1 usa ortopraminas como la Metoclopramida. 2 usan antipsicóticos como Seroquel y Haloperidol, 4 utilizan anticoagulantes como Warfarina, 7 toman inhibidores de protones como el Omeprazol, 15 consumen bloqueadores de H2 como Famotidina, 2 utilizan anticolinérgicos como la Atropina, 2 utilizan medicina alternativa como la homeopatía y 19 no recuerdan qué medicamentos consumen.

Entre los medicamentos que más se consumen son los antihipertensivos con 61, los diuréticos con 20 y los hipoglicemiantes con 23, lo que se relaciona con las enfermedades más comunes en las personas adultas mayores que corresponden a la hipertensión arterial y diabetes mellitus. Según Fernández los profesionales sanitarios médico y enfermera realizarán la valoración inicial de cada usuario, derivarán a los programas terapéuticos correspondientes, establecerán las pautas individualizadas indicadas para cada caso y desarrollarán protocolos sanitarios que establezcan procedimientos concretos a seguir⁴⁴.

Gráfico 14
Distribución porcentual de personas
adultas mayores según realización de actividad física
Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás
Enero-Marzo, 2017.



Fuente: Elaboración propia

De las personas adultas que asisten a los centros diurnos estudiados, el 76% (n=90) realizan actividad física, mientras que el 24% (n=28) no acostumbran a realizar ningún tipo de ejercicio.

La mayoría de los usuarios el 76% realizan ejercicios dentro de la rutina de los centros diurnos o acostumbran a realizar la rutina aprendida en estos establecimientos en sus hogares, Como lo indica Buide et al³ enfermería debe fomentar la actividad física como medio para mantenimiento de la salud.

Según Raile y Marriner⁴⁶ dentro de las 14 necesidades de Henderson esta la 4 que implica moverse y mantener posturas deseables, por lo que se relacionan con la actividad física.

Tabla 9

**Distribución de personas adultas mayores según tipo de actividad física
Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás
Enero-Marzo, 2017.**

Tipo de actividad física	Cantidad de usuarios(as)
Caminar	47
Correr	4
Nadar	2
Aeróbicos	76
Bicicleta	2
Bailar	12
Total	143

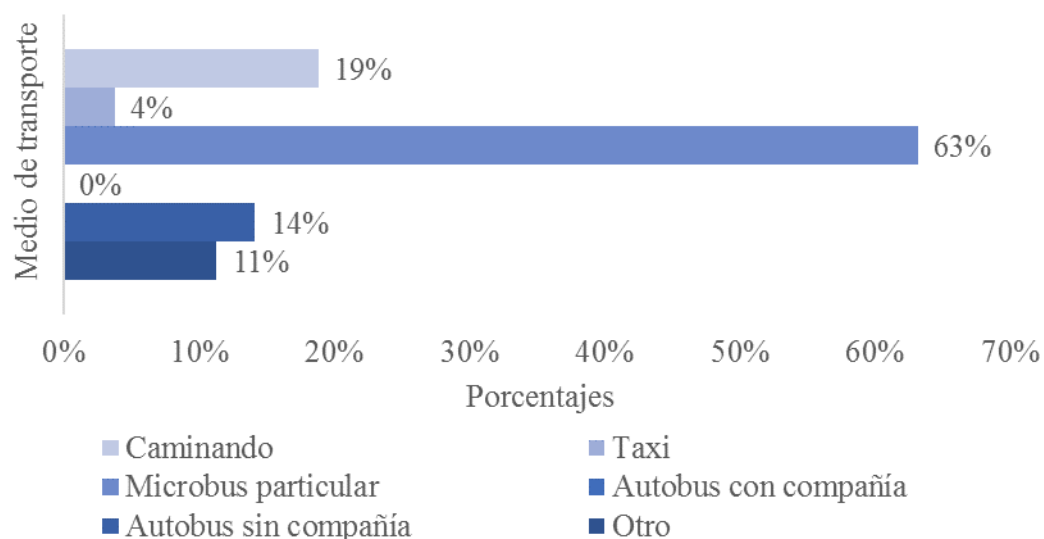
Fuente: Elaboración propia

De la cantidad de usuarios encuestados que realizan actividad física, 47 acostumbran a caminar, 4 practican como deporte correr, 2 acostumbran nadar, 76 realizan aeróbicos, 2 practican bicicleta y 12 disfrutan del baile como actividad física.

La actividad que más frecuentan realizar las personas adultas mayores son los aeróbicos, los cuales incluyen ejercicios de estiramiento y que son realizados en su mayoría dentro del centro diurno.

Según Virginia Henderson⁴⁵ dentro de su teorizante incluye la necesidad de moverse y mantener posturas, por lo que indica que enfermería debe valorar en la práctica de ejercicios físicos la amplitud, los ejercicios activos, los ejercicios pasivos, la frecuencia del pulso, la mecánica corporal, la postura, la presión arterial, la presión diastólica, la pulsación, el ritmo y el tono muscular, así como los factores que influyen en la actividad física como la edad, la constitución y capacidades físicas, las emociones, la personalidad, la cultura, los roles sociales y la organización social.

Gráfico 15
Distribución porcentual de personas adultas
mayores según medio de transporte para asistencia
Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás
Enero-Marzo, 2017.



Fuente: Elaboración propia

El 57% (n=67) utilizan como medio de transporte para asistir diariamente al centro diurno una microbús particular, el 17% (n=20) acuden caminando, el 13% (n=15) se moviliza en autobús sin compañía, el 3% (n=4) utilizan el servicio de taxi, el 0% viaja en autobús con compañía y el 10% (n=12) asiste en otro medio de transporte, que en este caso es automóvil particular.

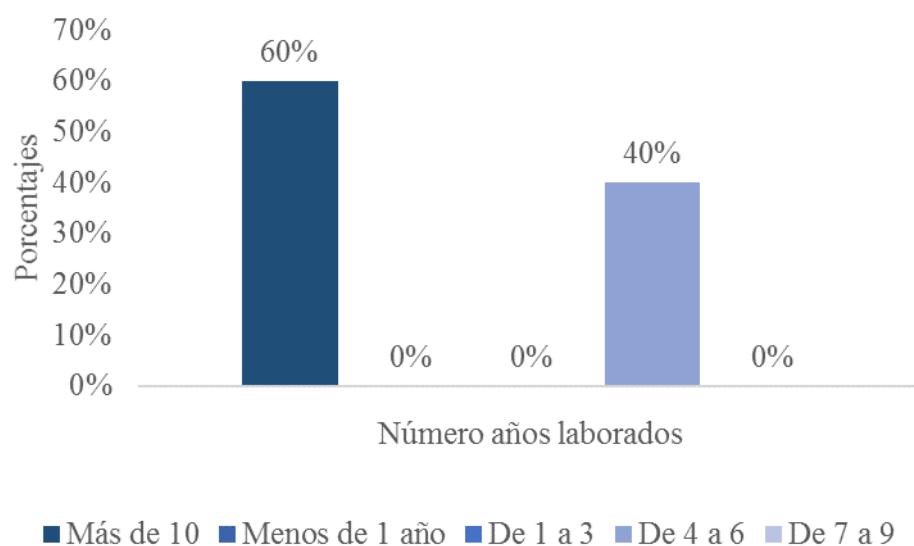
El 57% de los usuarios utilizan el servicio de microbús particular que les brinda el centro diurno como medio de transporte, a su vez les permite disfrutar el viaje con sus

compañeros, fomentan las relaciones interpersonales y la comunicación, así como utilizan el viaje como medio de distracción y recreación.

Según Del Valle y Coll “la falta de vínculos sociales, la ausencia de contactos interpersonales que posibiliten un grado de comunicación e intercambio personal, y las relaciones sociales insatisfactorias pueden conllevar riesgos para la integración social de las personas mayores, por ejemplo, en la viudedad, en la pérdida de personas coetáneas, y, en términos generales, puede suponer la falta de una persona de confianza con la que compartir momentos y pensamientos”⁵⁶. Estos riesgos implican una cierta vulnerabilidad a situaciones de inseguridad psíquica y física, así como sensaciones de malestar emocional que se convierten en una pérdida de bienestar general.

Gráfico 16

**Distribución porcentual de administradores según años laborados
Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás
Enero-Marzo, 2017.**



Fuente: Elaboración propia

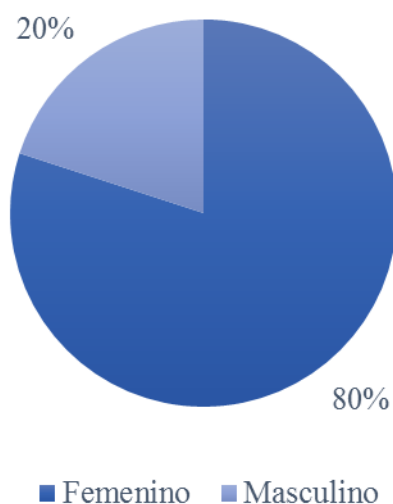
De los administradores entrevistados, el 60% (n=3) llevan más de 10 años laborando en este puesto en los centros diurnos, el 40% (n=2) tienen entre 4 y 6 años desempeñándose como administradores y el 0% corresponden a menos de 1 año, de 1 a 3 años y de 7 a 9 años.

El 60% de los administradores tiene experiencia de más de 10 años laborando en este puesto, dicho puesto les permite desempeñarse como directores de los centros diurnos, lo cual, les permite tener un mayor contacto y mejor conocimiento de las personas adultas mayores ingresadas, siendo 10 años un tiempo prudencial para conocer mejor la población

asistente. El Manual de Normas para el Funcionamiento de Establecimientos de Atención Integral a las Personas Adultas Mayores N°29679-S³⁴ estipula que el establecimiento debe contar con un administrador, el cual le corresponden las siguientes funciones: es el encargado de velar porque los servicios entregados sean realizados por un profesional correspondiente al tipo de prestación, por lo que supone que los cuidados de salud deben ser ejecutados por personal capacitado en el área de la salud, esto con el fin de que el cuidado de salud sea de calidad para el usuario que lo necesite.

Gráfico 17

Distribución porcentual de administradores según sexo
Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás
Enero-Marzo, 2017.



Fuente: Elaboración propia

Según la cantidad de administradores abordados, el 80% (n=4) corresponden al sexo femenino, mientras que el 20% restante (n=1) son del sexo masculino.

El 80% de los administradores son mujeres, a las cuales según el Manual de Normas para el Funcionamiento de Establecimientos de Atención Integral a las Personas Adultas Mayores N°29679-S cumplir las siguientes funciones: “responsable de la implementación y dirección de todas las etapas del proceso del programa, responsable de que los servicios entregados se realicen por un profesional del área correspondiente al tipo de prestación, responsable de

mantener la capacidad completa de beneficiarios, controlar la aplicación de los procedimientos y estándares de calidad en la atención a usuarios, supervisar el cumplimiento de los horarios, tareas y actividades del personal del centro.”³⁴

Tabla 10
Distribución según requisitos para ingreso
Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás
Enero-Marzo, 2017.

Requisitos	Frecuencia de respuestas
Tener más de 65 años	5
Residir en el mismo cantón del centro diurno	2
Presentar fotocopia de la cédula de identidad	5
Presentar dependencia leve evaluada por el personal	4
Que se encuentre en riesgo social	4
Otros	8
Total	28

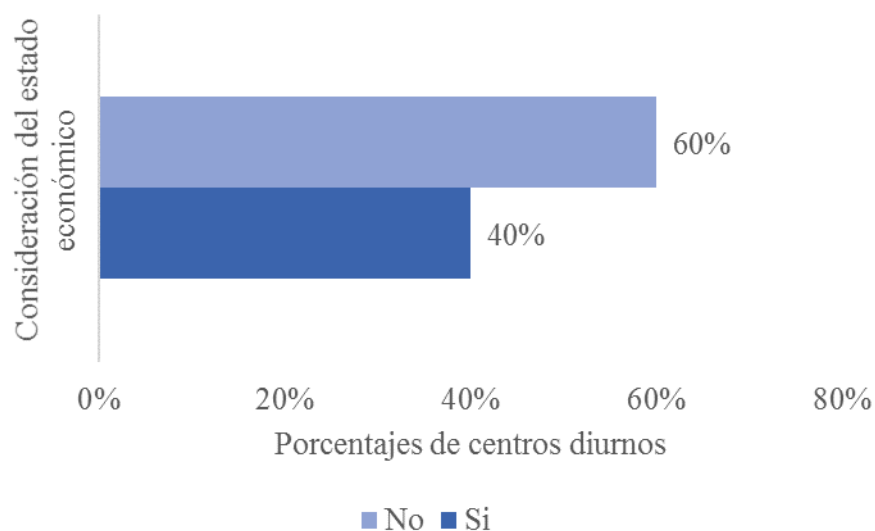
Fuente: Elaboración propia

Del total de centros diurnos encuestados, 5 respuestas coinciden en que uno de los requisitos para ingreso es tener más de 65 años, 2 respuestas fueron que los usuarios que requieren ingresar deben residir en el mismo cantón donde se ubica el centro diurno, 5 respuestas para presentar la fotocopia de la cédula de identidad, 4 respuestas coinciden en que los interesados deben presentar una dependencia leve evaluada por el personal, 4 respuestas que se deben encontrar en riesgo social y 8 respuestas coincidieron que hay otros requisitos más de ingreso como: en 1 centro diurno presentar constancia de pensión de la Caja Costarricense de Seguro Social, en 1 centro diurno presenta una evaluación

psicológica, en 4 centros diurnos traer la epicrisis médica, en 1 centro diurno llenar un formulario de ingreso y en 1 centro diurno presentar una carta de solicitud de ingreso.

Según el Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor⁵⁷ (CONAPAM) 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.

Gráfico 18
Distribución porcentual según consideración del estado
económico del usuario para el ingreso
Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás
Enero-Marzo, 2017.



Fuente: Elaboración propia

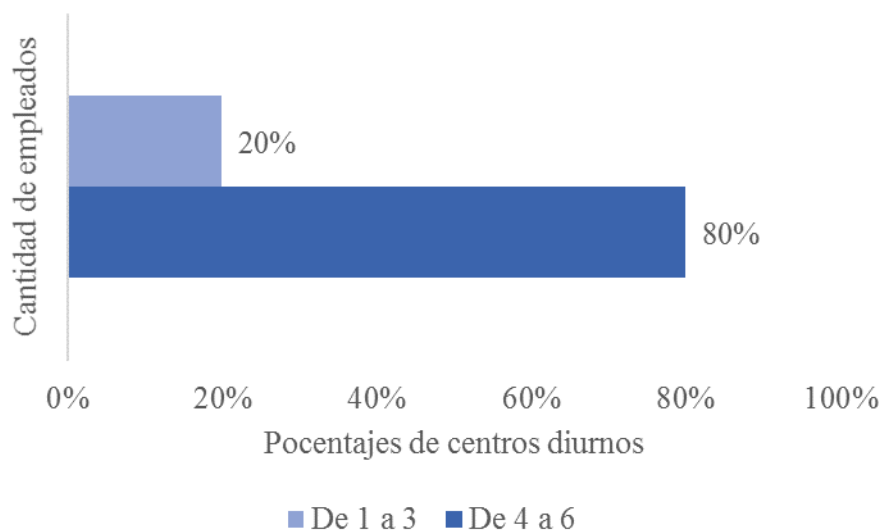
En el 60% (n=3) de los centros diurnos no se toma en consideración el estado económico de la persona adulta mayor ni de sus familiares para matricularlo en la modalidad de centro diurno y el 40% (n=2) si se toma en cuenta el estado económico del usuario y su familia.

En el 60% de los centros no se toma en consideración la parte económica para recibir a una persona adulta mayor, sino que se recibe a todo individuo sin exclusión de clase social o de recursos económicos, se tienen miembros de un estado económico alto hasta otros de familias adineradas, no se les niega el ingreso por la parte económica.

Referente al estado económico, según Valverde citado por Bogantes et al indican que “estos centros reciben poblaciones en riesgo social que sufren de soledad, maltrato, desmotivación, problemas nutricionales y poco contacto social³²”, sin embargo en la actualidad, no se les cierra las puertas a ningún miembro que quiera formar parte del programa por cuestiones económicas.

Gráfico 19

**Distribución porcentual de empleados según número trabajadores
Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás
Enero-Marzo, 2017.**



Fuente: Elaboración propia

Del total de los centros diurnos encuestados, un 80% (n=4) indican que trabajan entre 4 y 6 empleados, el 20% (n=1) indican que laboran entre 1 y 3 empleados.

Del total de empleados que laboran en centros diurnos, el 80% corresponden a entre 4 y 6 empleados, de los cuales según el Manual de Normas para el Funcionamiento de Establecimientos de Atención Integral a las Personas Adultas Mayores N°29679-S³⁴ el recurso humano en el cual debe contar un centro diurno corresponde a: un técnico y/o profesional en Seguridad e Higiene Laboral, un presidente de Junta Directiva o representante que sea el responsable principal del funcionamiento del establecimiento, un

funcionario o funcionaria responsable de la sección administrativa, acceso a un o una profesional en nutrición, un o una auxiliar de cocina y acceso a un o una terapeuta ocupacional.

El Servicio Nacional del Adulto Mayor de Chile refiere que entre los servicios que un centro diurno debe de ofrecer se encuentran: “nutrición, terapia recreativa, integración a un medio social productivo, psicología, trabajo social, medicina general, personal de planta capacitado, equipo auxiliar adecuado y adaptaciones necesarias, así como una distribución adecuada de planta física.”³³

Tabla 11
Distribución de empleados según profesión-función
Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás
Enero-Marzo, 2017.

Profesión-función de empleados	Cantidad de empleados(as)
Director	5
Administrador	5
Técnico profesional en seguridad	2
Nutricionista	2
Cocinero	5
Auxiliar de cocina	3
Terapeuta ocupacional	1
Psicólogo	1
Enfermero	0
Médico general	0
Terapeuta físico	2
Misceláneo	4
Asistente de adulto mayor	0
Trabajador social	0
Auxiliar de enfermería	0
Otra	0

Total	30
--------------	-----------

Fuente: Elaboración propia

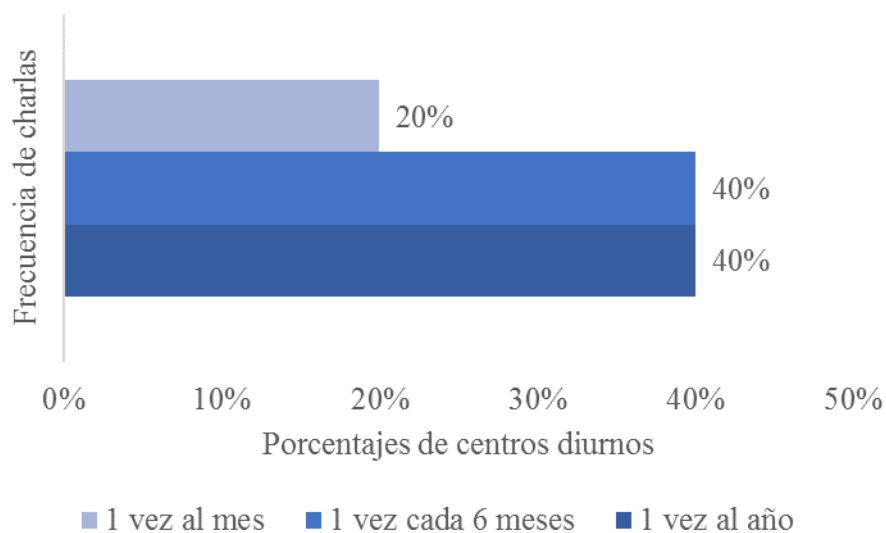
Del total de empleados que trabajan en los centros diurnos abordados, según profesión y función se distribuyen de la siguiente manera: 5 funcionan como directores y administradores conjuntamente, 2 laboran como encargados de la seguridad, 2 trabajan como nutricionistas, 5 cocineras, 3 auxiliares de cocina, 1 terapeuta ocupacional, 1 psicólogo, 0 enfermeros, 0 médicos generales, 2 terapeutas físicos, 4 misceláneos, 0 asistentes de adulto mayor, 0 trabajadores sociales y 0 auxiliares de enfermería.

De los trabajadores en más frecuente encontrar directores con 5, administradores con 5 y cocineros con 5, ya que en todos los centros diurnos abordados se encuentran laborando en estos puestos.

Sin embargo, el Manual de Normas para el Funcionamiento de Establecimientos de Atención Integral a las Personas Adultas Mayores N°29679-S³⁴ estipula que el establecimiento debe contar con asesoría de un técnico y/o profesional en seguridad e higiene laboral, un presidente de junta directiva o representante que sea el responsable principal del funcionamiento del establecimiento, un funcionario responsable de la sección administrativa, acceso a un profesional en nutrición y tener acceso a un terapeuta ocupacional.

Gráfico 20

**Distribución porcentual según frecuencia de recibimiento
de charlas o capacitaciones
Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás
Enero-Marzo, 2017.**



Fuente: Elaboración propia

En el 100% de los centros diurnos investigados, los trabajadores reciben capacitaciones o charlas en cuanto al manejo general de las personas adultas mayores, de los cuales el 40% (n=2) reciben capacitaciones o charlas por lo menos 1 vez al año para sus trabajadores en cuanto al manejo y cuidados básicos de la persona adulta mayor, el 40% (n=2) recibe este tipo de charlas 1 vez cada 6 meses y el restante 20% (n=1) las recibe 1 vez al mes.

El 80% de los centros diurnos reciben 1 o 2 charlas por año, lo que se busca es que cada colaborador esté completamente capacitado para brindar cuidados adecuados a las personas adultas mayores y que en caso de una eventualidad sepan cómo manejar esa situación.

Según la ley 7935 se le atribuye al Ministerio de Salud la responsabilidad de “promover y verificar la capacitación del personal que labora en los establecimientos en todos los campos de atención que requieren las personas adultas mayores; e identificar los procedimientos indispensables para que mediante visitas regulares de supervisión y evaluación, se verifique el cumplimiento de los derechos que tiene las personas residentes o usuarias de los establecimientos en concordancia con el artículo 5 de la ley”¹.

Tabla 12
Distribución según información proporcionada
a los empleados cuando hay un ingreso
Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás
Enero-Marzo, 2017.

Aspectos generales	Frecuencia de respuesta
Historia clínica	2
Enfermedades actuales	4
Medicamentos que consume	1
Estado nutricional	3
Estado mental	3
Capacidad para trasladarse con o sin ayuda	3
Control de esfínteres	1
Capacidad para comunicarse	2
Total	19

Fuente: Elaboración propia

Cuando hay algún ingreso nuevo al centro diurno, la administración se encarga de informar a los trabajadores sobre aspectos relacionados con el usuario nuevo, entre los cuales se encuentran según la investigación: en 2 centros diurnos se les brinda información a los empleados referente a historia clínica del usuario nuevo, en 4 centros diurnos se les indica

las enfermedades actuales que padece el usuario por ingresar, en 1 centro diurno se les informa sobre los medicamentos que la persona adulta mayor consume, en 3 centros diurnos se les informa sobre el estado nutricional, el estado mental y la capacidad para deambular o trasladarse, en 1 centro diurno se les informa sobre la capacidad que tiene el usuario para controlar sus esfínteres y en 2 centros diurnos se les brinda información sobre la capacidad que tiene el adulto mayor nuevo para comunicarse.

Dentro de la información que más se suministra en los centros diurnos cuando hay un nuevo ingreso corresponde a las enfermedades actuales que padece el usuario, en 4 centros diurnos esta información se les brinda a los trabajadores con el fin de que cada empleado conozca que padecimiento posee cada integrante del centro y de estar enterados por alguna eventualidad que se presente.

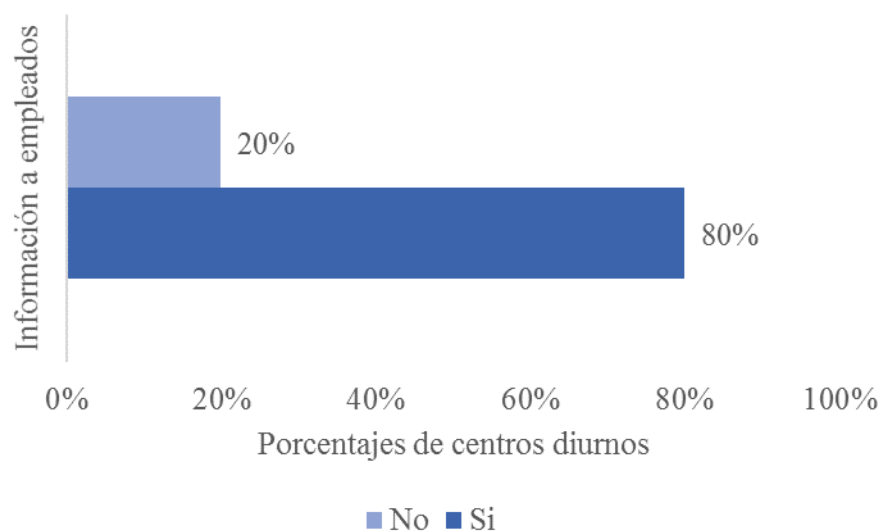
Según Virginia Henderson⁴⁸ en su teorizante enfatiza al cliente como un ser humano que forma un todo complejo, presentando catorce necesidades fundamentales de orden bio-psicosocial: 1- necesidad de respirar, 2- de beber y comer, 3- de eliminar, 4- de moverse y mantener una buena postura, 5- de dormir y descansar, 6- de vestirse y desvestirse, 7- de mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, 8- de estar limpio, aseado y proteger sus tegumentos, 9- de evitar los peligros, 10- de comunicarse, 11- según sus creencias y sus valores, 12- de ocuparse para realizarse, 13- de recrearse y 14- de aprender.

El cliente según la misma debe verse como un todo, teniendo en cuenta las interacciones entre sus distintas necesidades, antes de llegar a planificar los cuidados, por lo que cuando

hay un ingreso se deben planificar los cuidados de salud teniendo en cuentas las 14 necesidades humanas que postula Henderson para un cuidado de calidad.

Gráfico 21

Distribución porcentual según información suministrada a empleados sobre cambios en el plan de cuidados de las personas adultas mayores Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás Enero-Marzo, 2017.



Fuente: Elaboración propia

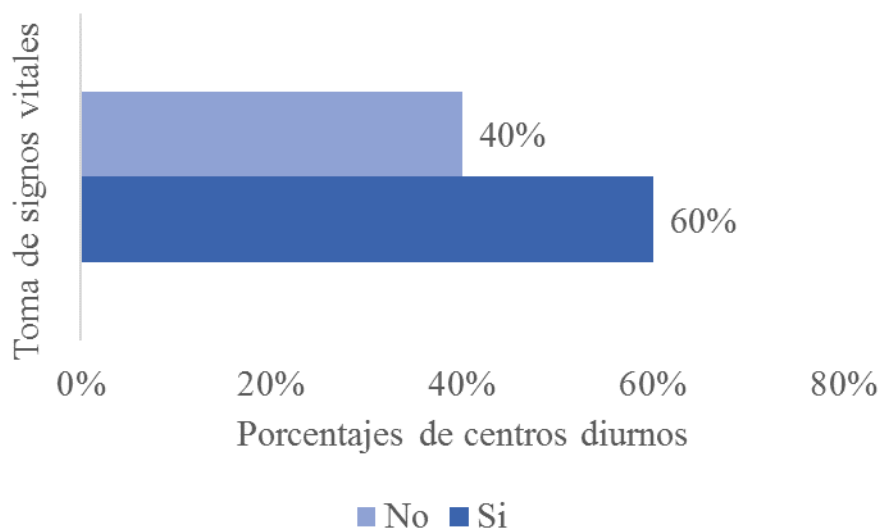
Del total de centros diurnos encuestados, en el 80% (n=4) se les informa a los trabajadores del centro si hay algún cambio en el plan de cuidados de algún usuario, mientras que en el 20% (n=1) no se les brinda este tipo de información a los empleados.

El 80% de los centros diurnos informan a sus trabajadores sobre cambios en el plan de cuidados de sus asistentes, considerando esta información como oportuna para una adecuada atención a las personas adultas mayores que se benefician con el programa, ejerciendo en estos centros un cuidado formal. Sánchez et al citado por Coto et al³⁸

especifican que el cuidado formal, se distinguen dos categorías: aquellos que tiene una formación teórico-práctica o profesional para la atención al dependiente o para realizar acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, y cuidadores sin formación teórica-práctica, o si la han recibido, es de corta duración y muy limitada. Por lo que dentro de los centros diurnos es frecuente encontrar este tipo de cuidado, ya que los trabajadores de los centros diurnos reciben una formación técnica-práctica muy limitada según los datos analizados en gráficos anteriores, no tiene la capacitación adecuada que se debe tener para cuidados específicos sino de manera general.

Gráfico 22

**Distribución porcentual según toma de signos vitales
Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás
Enero-Marzo, 2017.**



Fuente: Elaboración propia

De acuerdo con los datos recolectados, en el 60% (n=3) de los centros diurnos se les toman los signos vitales a los usuarios asistentes y en el 40% (n=2) de los centros diurnos no se les controlan los signos vitales a los beneficiarios.

En el 60% de los centros diurno en estudio se les controlan los signos vitales a las personas adultas mayores. Como definición de los signos vitales Aguayo y Lagos refieren que: “los signos vitales son indicadores que reflejan el estado fisiológico de los órganos vitales (cerebro, corazón, pulmones),”⁵⁸ por lo tanto se deben controlar con periodicidad para evaluar el estado de salud de la población adulta mayor. Los cuatro signos vitales

principales que el personal de salud examina de forma rutinaria son los siguientes: frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, presión arterial, temperatura corporal y saturación de oxígeno.

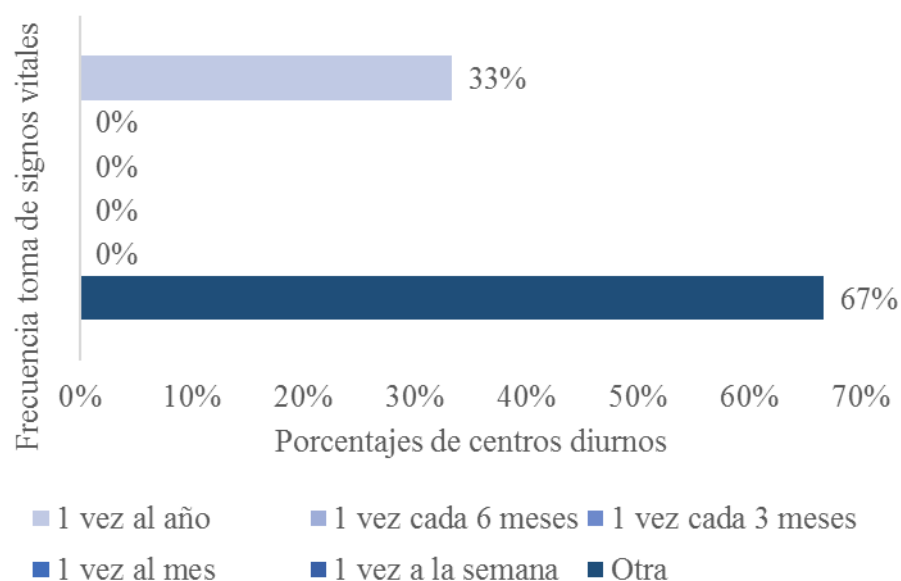
De los 3 centros diurnos donde se controlan los signos vitales el 100% controla solo la presión arterial. Según Aguayo y Lagos los signos vitales se definen como⁵⁸: frecuencia cardiaca es la onda pulsátil de la sangre, originada en la contracción del ventrículo izquierdo del corazón y que resulta en la expansión y contracción regular del calibre de las arterias, frecuencia respiratoria corresponde al proceso mediante el cual se toma oxígeno del aire ambiente y se expulsa el anhídrido carbónico del organismo, presión arterial es una medida de la presión que ejerce la sangre sobre las paredes arteriales en su impulso a través de las arterias, temperatura es el equilibrio entre la producción de calor por el cuerpo y su pérdida y saturación de oxígeno es la medición, no invasiva, del oxígeno transportado por la hemoglobina en el interior de los vasos sanguíneos.

Gráfico 23

Distribución porcentual de cuidados de salud según frecuencia de toma de signos vitales

Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás

Enero-Marzo, 2017.



Fuente: Elaboración propia

De los 3 centros diurnos donde se controlan los signos vitales, el 33% (n=1) controlan los signos vitales 1 vez al año y el 67% (n=2) los controlan solo en caso necesario cuando sucede alguna emergencia.

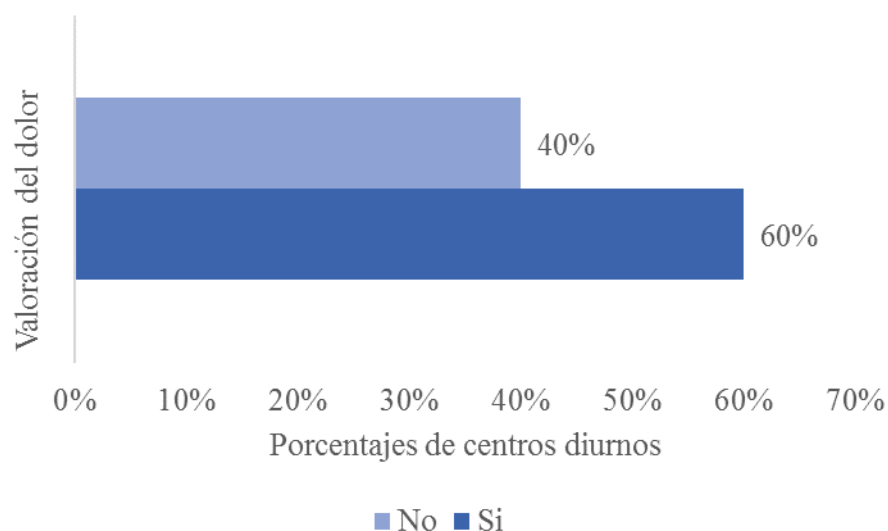
En 2 centros diurnos donde se controlan los signos vitales, solo lo realizan cuando es necesario, cuando ocurre alguna emergencia. Sin embargo, con el proceso de envejecimiento es frecuente que se presentes diversos síntomas en la persona adulta mayor,

por lo cual se debe de tener un control de signos vitales para evidenciar y reportar el estado de salud de cada individuo. Como parte de los síntomas que se presentan se encuentran los síndromes geriátricos, que según González et al los síndromes geriátricos se definen como: “entidades clínicas de etiología multifactorial que se van entrelazando o interrelacionando una con otra. Pueden prevenirse y si alguna ya existe se pueden prevenir sus complicaciones. Además, sus repercusiones son catastróficas a nivel físico, psicológico y socioeconómico y pueden alterar la calidad de vida del individuo, generan maltrato, institucionalización y muerte.”³⁵

Dentro de los síndromes geriátricos se incluyen: inestabilidad y caídas, mareos y vértigo, síncope, inmovilidad, úlceras por presión, constipación, impactación fecal e incontinencia urinaria, trastornos de la termorregulación y trastornos del sueño. Que corresponden a situaciones que se pueden presentar durante la estancia del usuario en el centro diurno y que por ende la persona cuidadora debe estar capacitada para atender la situación de manera favorable.

Gráfico 24

**Distribución porcentual según valoración del nivel de dolor
Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás
Enero-Marzo, 2017.**



Fuente: Elaboración propia

De los 5 centros encuestados, el 60% (n=3) hacen valoración del dolor cuando algún usuario(a) lo refiere y el 40% (n=2) no hace valoración del dolor.

Del 60% que si hace valoración del dolor, lo realizan por medio de un médico general o un terapeuta físico que son los que realizan la valoración del mismo. En cuanto a los que no realizan valoración, la razón que se obtuvo fue que no cuenta con personal capacitado a acceso a un profesional que pueda valorarlo. Según Hernández et al⁵⁹ en el adulto mayor el dolor puede tener múltiples causas, presentaciones variables y numerosos significados; un

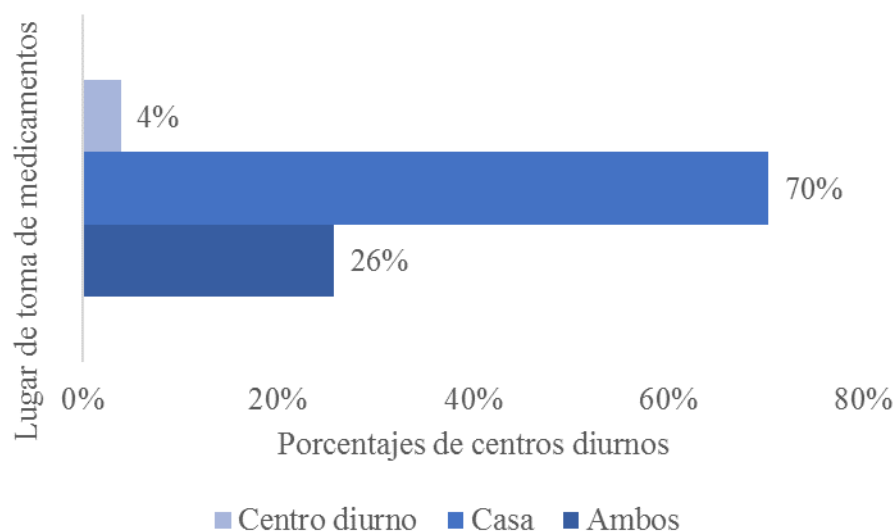
dolor no controlado puede tener gran impacto en la calidad de vida, en el estado funcional y en el bienestar psicosocial.

Las consecuencias del dolor incluyen limitación en movimientos, disminución en las actividades de socialización, depresión, trastornos del sueño, así como incremento en el uso y consumo de los recursos de salud. El dolor también puede tener un impacto negativo en los grandes síndromes geriátricos incluyendo trastornos del equilibrio, caídas, polifarmacia, trastornos cognitivos y desnutrición.

Según Marín, Gac y Carrasco⁴¹ los adultos mayores tienen dos veces más dolor que los jóvenes. Tener más de 70 años es factor de riesgo para tener un dolor subtratado. Para valoración del dolor hay que tomar en cuenta la historia del dolor, su tiempo de evolución, localización, carácter, efecto de los analgésicos, pero en especial el impacto del dolor en las actividades diarias del individuo. El dolor en el adulto mayor puede manifestarse como delirium, fatiga, deterioro de la funcionalidad, aislamiento social y depresión.

Gráfico 25

**Distribución porcentual de personas adultas mayores
según lugar donde toman los medicamentos
Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás
Enero-Marzo, 2017.**



Fuente: Elaboración propia

Del total de los encuestados que utilizan fármacos, el 70% (n=71) los ingiere solamente en su casa, el 4% (n=4) se los toma en el centro diurno, el 26% (n=26) los utiliza tanto en su casa como en el centro diurno y el 0% (n=0) los ingieren en otros lugares.

El 70% de las personas adultas mayores abordadas utilizan los medicamentos solamente en sus hogares, por lo cual dentro de la jornada horaria del centro diurno no tienen contacto con medicamentos. Sin embargo, es importante que se conozca qué medicamentos son los que utiliza el usuario de acuerdo a su patología.

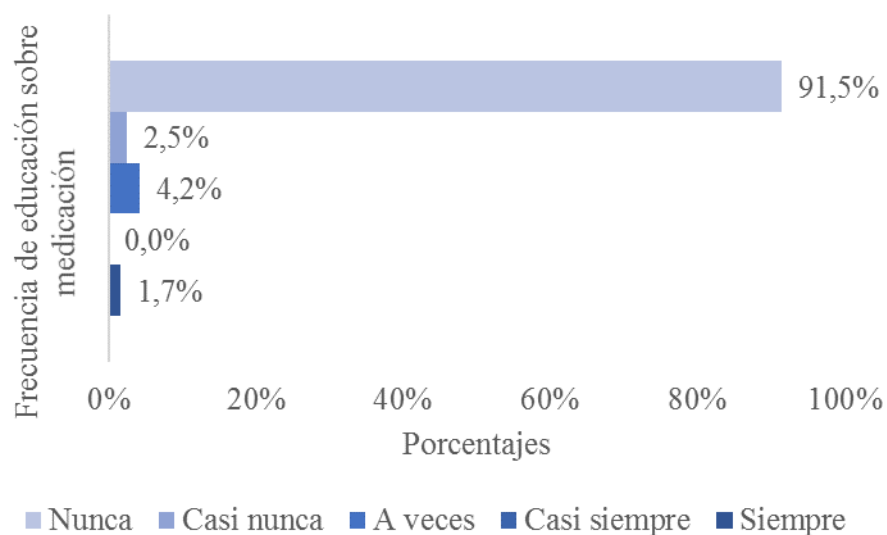
Según Moreno y Garza⁶⁰ existe evidencia que la falta de un manejo adecuado de la medicación tiene múltiples repercusiones, por lo que es elemental asegurarse que los pacientes poseen el conocimiento acerca de la medicación que tomarán en su casa; cómo deberán tomar los medicamentos y cómo los obtendrán. Los adultos mayores son un grupo de riesgo en el manejo de la medicación por el esquema o situación de salud que los caracteriza como son las pluripatologías y predominio de padecimientos crónicos. Esta situación de salud demanda tratamientos prolongados y variados, lo que se traduce en utilización de polifarmacia, por lo cual se debe educarlos sobre el manejo adecuado de la medicación que utilizan.

Gráfico 26

**Distribución porcentual según educación sobre manejo
y efectos secundarios de la medicación**

Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás

Enero-Marzo, 2017.



Fuente: Elaboración propia

Del total de población entrevistada, el 91.5% (n=108) nunca han recibido ningún tipo de educación dentro del centro diurnos respecto al manejo adecuado y efectos secundarios de los medicamentos que utilizan, el 4.2% (n=5) a veces recibe este tipo de educación, el 2.5% (n=3) casi siempre recibe información al respecto, el 1.7% (n=2) siempre recibe esta información sobre los medicamentos y el 0% (n=0) casi siempre la recibe.

El 91.5% de los adultos mayores dentro de un centro diurno, nunca han recibido educación respecto a los fármacos que utilizan. Lo que provoca que no se tenga conocimiento sobre

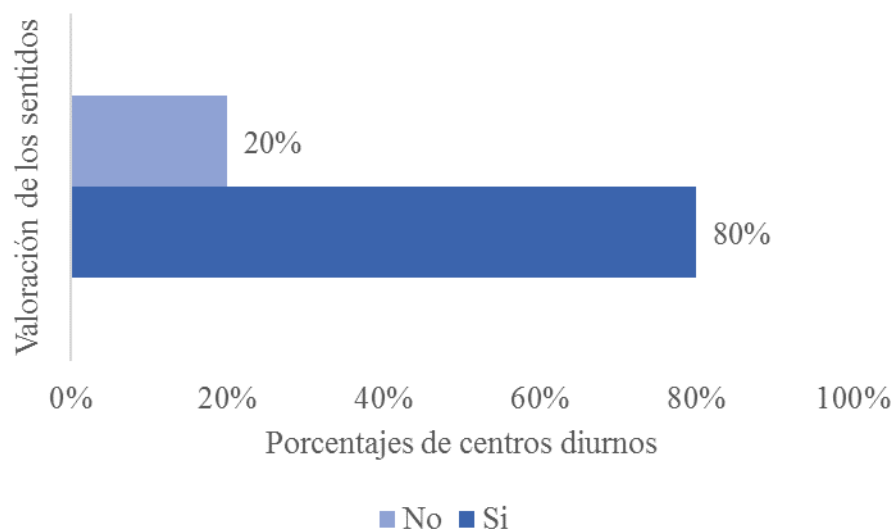
los posibles efectos secundarios que pueden causar, así como el uso incorrecto de los mismos. Según Oscanoa “las reacciones adversas medicamentosas (RAM) son las consecuencias más serias de la prescripción inadecuada. Las RAM cuando no son reconocidas pueden a su vez inducir a la prescripción de adicionales medicamentos con detrimento de la calidad de vida. Consecuentemente las RAM pueden resultar en hospitalizaciones innecesarias y un incremento en la morbilidad y mortalidad”⁶¹.

De los 5 centros diurnos entrevistados, en el 100% (n=5) de los centros no se realiza ningún tipo de valoración de efectos secundarios de la medicación que cada usuario utiliza.

En ninguno de los centros diurnos abordados se realiza ningún tipo de valoración de efectos secundarios de los medicamentos que los asistentes consumen. Según Arriagada, Jirón y Ruiz “los adultos mayores se han constituido en los grandes consumidores de medicamentos, ya sea porque los necesitan por las pluripatologías que padecen o bien por automedicación, pero en cualquiera de los casos se exponen a un riesgo aumentado de hospitalizaciones, pérdida de funcionalidad, mayor frecuencia de caídas, mayor consumo de servicios de salud, entre otros”⁶².

Gráfico 27

Distribución porcentual según valoración de los sentidos
Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás
Enero-Marzo, 2017.



Fuente: Elaboración propia

De la cantidad de centros diurnos encuestados, el 80% (n=4) si realiza pruebas para la valoración del estado de los sentidos y el 20% (n=1) no tiene acceso a la realización de estas pruebas.

En el 80% de los centros diurnos realizan pruebas de valoración de los sentidos, se realizan con la colaboración de la clínica o centro de salud más cercano y en el establecimiento donde no se realizan estas pruebas es debido a que no cuentan con apoyo de ningún centro de salud para la realización de estas pruebas.

En cuanto a los ojos las principales actividades que plantea Marín⁴¹ se encuentran: observación de ojos hundidos, reducción de lagrimeo, reducción en la reacción pupilar ante la luz, disminución de la agudeza visual y reducción de la percepción viso-espacial.

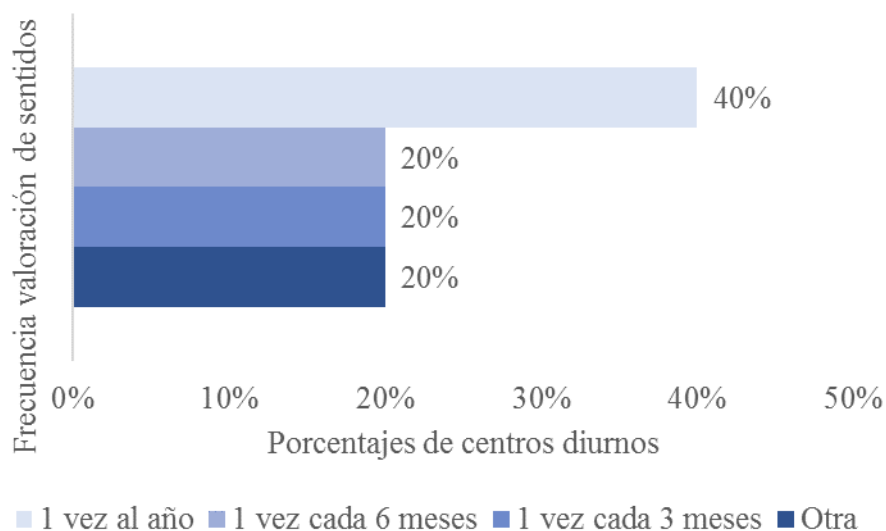
Con respecto al oído Marín⁴¹ indica valorar la utilización de audífonos por pérdida de la agudeza auditiva, reducción de la habilidad de desplazarse en la oscuridad, reducción de la tolerancia a tonos altos y valorar riesgo de caídas por pérdida del equilibrio.

En relación al gusto Marín⁴¹ propone: valorar pérdida de gusto, sequedad bucal, valorar pérdida de apetito, valorar deglución, valorar reducción del reflejo del vómito, valorar deterioro dental y valorar la salud oral.

Con el olfato Marín⁴¹ postula: observar el crecimiento del cartílago nasal e hipertrofia de las vellosidades del ala de la nariz y valorar reducción del sentido del olfato, además, valorar volumen respiratorio, perfusión periférica, movimientos torácicos, distensibilidad muscular, sequedad de membranas mucosas, valorar mecánica de la tos, valorar por disnea y adoptar medidas correctivas y valorar por presencia de secreciones pulmonares.

Gráfico 28

**Distribución porcentual según frecuencia de valoración de los sentidos
Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás
Enero-Marzo, 2017.**



Fuente: Elaboración propia

El 40% (n=2) de los centros diurnos valoran los sentidos 1 vez al año, el 20% (n=1) hacen este tipo de pruebas 1 vez cada 3 meses y 1 vez cada 6 meses y el restante 20% (n=1) las ejecutan en otro momento, es decir, solo al ingreso del usuario al centro diurno.

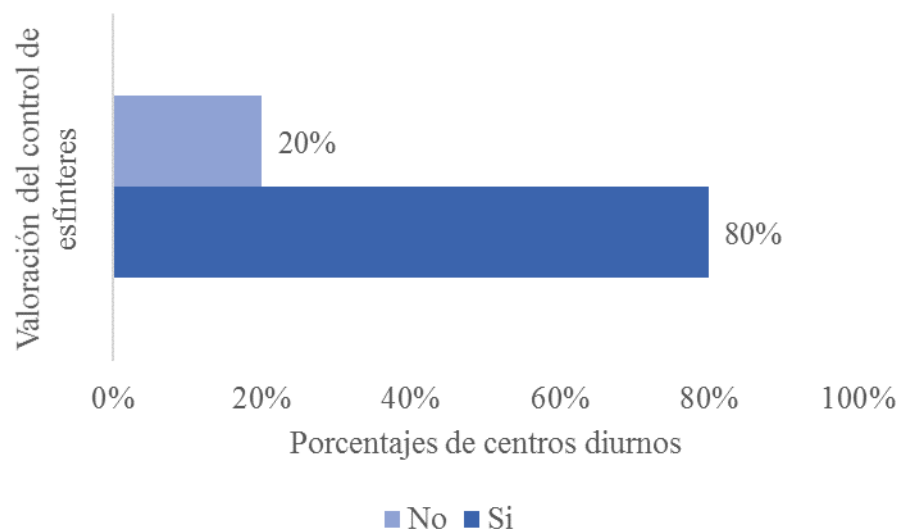
Este tipo de pruebas como el 50% indica es importante que se realicen por lo menos una vez al mes, como se indicó anteriormente con la realización de estas pruebas se valora el deterioro cognitivo que tienen las personas adultas mayores con el paso de los años.

Según Marín, Gac y Carrasco “la valoración geriátrica debe ser realizada por un equipo interdisciplinario, ya que de esta manera se contribuirá a la comunicación y entendimiento

de los diferentes profesionales que realizarán los cuidados del adulto mayor, consiguiendo el propósito de lograr el máximo grado de autonomía y mejorar la calidad de vida de este grupo⁴¹.

Gráfico 29

**Distribución porcentual según valoración del control de esfínteres
Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás
Enero-Marzo, 2017.**



Fuente: Elaboración propia

El 80% (n=4) si valoran la capacidad de control de esfínteres de los usuarios desde el ingreso al centro diurno y el 20% (n=1) restante no valoran la capacidad del control de esfínteres.

En el 80% de los centros diurnos encuestados se valora el control de esfínteres en las personas adultas mayores. Referente a esto, Martínez et al⁶³ indican que la prevalencia de incontinencia urinaria en la población mayor es alta y aumenta con la edad y que a pesar de ello no debe considerarse una consecuencia normal de la vejez. Sin embargo, con el paso del tiempo se producen cambios en la vejiga y las estructuras pélvicas que pueden

contribuir, junto con otras alteraciones, a alterar el funcionamiento de las vías urinarias bajas.

Además, según Wainstein, Quera y Quijada⁶⁴ la incontinencia fecal es una patología que puede ser devastadora para quienes la padecen, asociándose a una disminución de la autoestima y reducción de la calidad de vida de los pacientes. Aparece cuando se alteran los factores anatómicos y/o funcionales que mantienen la fisiología normal de la defecación y se suele presentar después de los 50 años.

El 100% (n=5) de los centros diurnos indican que no llevan un control de eliminaciones de los usuarios, el 0% si lo llevan.

Además del total de los encuestados el 100% responde que no se lleva ningún control respecto a las eliminaciones de las personas adultas mayores, en 1 centro diurno se indicó que la razón por la cual no se realiza este tipo de control es porque solo se toma en cuenta lo que el usuario o la usuaria refiera y que nunca refieren ningún problema en cuanto a eliminaciones corporales y en 4 centros indicaron que no es necesario llevar ese control debido a que en modalidad diurna no aplica este cuidado.

Virginia Henderson en su teorizante según Raile y Marriner⁴⁶, muestra la necesidad de eliminar los desechos corporales, ella indica que el organismo precisa eliminar los desechos que genera como producto de su metabolismo para su correcto funcionamiento. Esta necesidad pretende conocer la efectividad de la función excretora de la persona. Incluye: el patrón de eliminación fecal, el patrón de eliminación urinaria, el patrón de eliminación a

través de la piel (sudor, transpiración), el patrón de eliminación pulmonar y la menstruación.

Tabla 13
Distribución porcentual según cuidados de salud brindados
Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás
Enero-Marzo, 2017.

Cuidados de salud brindados en centros diurnos	% Si	% No
Valoración de la capacidad de deambulación	100%	0%
Valoración integridad piel	100%	0%
Valoración de vestimenta e higiene	100%	0%
Valoración de signos y síntomas de estrés	100%	0%
Valoración de la capacidad de autocuidado	100%	0%
Valoración de signos y síntomas de depresión	100%	0%
Disponibilidad de documentación sobre estado de salud actual	100%	0%
Fomento de espiritualidad y religiosidad	100%	0%

Fuente: Elaboración propia

El 100% (n=5) de los centros diurnos encuestados si valoran la capacidad de deambulación y marcha de la población adulta mayor cuando ingresa diariamente al centro diurno.

Todos los centros diurnos encuestados consideran que se debe valorar la capacidad de marcha y deambulación de los usuarios cada mañana al ingreso, ya que dentro de los

centros diurnos un requisito es que la persona sea independiente y pueda realizar actividades de autocuidado sin ayuda de asistencia permanente.

A pesar de que los funcionarios que trabajan en centros diurnos son limitados, el 77.12% de los usuarios consideraron que el personal les asiste en caso de presentar alguna dificultad para la marcha y el traslado dentro del centro diurno. En la mayoría de los centros diurnos además del personal laboral se cuenta con la participación de voluntarios como estudiantes de diversas universidades y damas voluntarias que son los que se encargan de este tipo de asistencia cuando se requiera, ya que la cantidad de personal al ser tan limitado no permite que cada trabajador esté pendiente del traslado de un espacio a otro, sino que las personas adultas mayores más funcionales y autónomas se encargan de ayudar a los que más necesiten un apoyo en la deambulaci3n

Seg3n Benavides citado por Coto, Rojas y Solano³⁸ el s3ndrome de inmovilidad es otra de las manifestaciones patol3gicas que se presentan con el envejecimiento y se encuentra asociado a alteraciones f3sicas y biol3gicas, es el que presenta una persona independiente, como consecuencia de una extensa inactividad y especial de una prolongada permanencia en una cama.

En el 100% de los centros diurnos seleccionados se valora diariamente la piel de los usuarios, para la detecci3n de posibles lesiones cut3neas, estado de hidrataci3n o signos de maltrato f3sico.

En estos centros a la hora del ingreso cada mañana y durante todo el día se está en constante vigilancia el estado de la piel de cada asistente, así como el uso de prendas que cubran la piel por alguna razón, ya que pueden ocultar lesiones que pueden ser signos de un posible maltrato físico.

Virginia Henderson⁴⁷ menciona la necesidad de mantener la higiene corporal y la integridad de la piel. En este caso se hace énfasis a la integridad de la piel, que incluye mantener la piel sana, con la finalidad que esta actué como protección contra cualquier penetración en el organismo de polvo, microbios, etc

En el 100% (n=5) de los centros diurnos entrevistados se observa diariamente el estado de la vestimenta con la cual cada usuario asiste al centro diurno, así como también valorar el estado de higiene en general con la que ingresa todos los días.

Henderson⁴⁵ en su teorizante incluye la necesidad de seleccionar ropas adecuadas; vestirse y desvestirse. La cual, indica la capacidad de la persona para vestirse y desvestirse de manera independiente, así como mantener la higiene corporal adecuada. Además de constituir un elemento representativo de la personalidad del usuario, la ropa es un medio de protección fundamental de la persona contra el frío y el calor, e incluye la capacidad de la persona para la elección de su vestimenta.

En el 100% (n=5) de los centros diurnos abordados, el personal que labora valora constantemente la aparición de síntomas de estrés en las personas adultas mayores y el 0% (n=0) no los valora para estos síntomas.

En el 100% de los centros diurnos encuestados el personal observa diariamente a los usuarios en busca de síntomas que indiquen que la persona está pasando por una situación de estrés. El estrés, en cualquier edad, constituye un factor de riesgo para la salud, el bienestar y la calidad de vida de las personas; pero esto se torna particularmente sensible en la tercera edad, etapa del ciclo vital en que resulta de suma importancia su prevención y control.

El estrés en el adulto mayor genera en la tercera edad un envejecimiento psíquico, como aporta Guevara²⁰ corresponde a la esfera cognoscitiva que afecta la forma de pensar, las capacidades y el área psicoafectiva, incidiendo en la personalidad, el afecto es el resultado del duelo y la jubilación, que requieren un grado de ajuste a estos cambios trascendentales. El proceso de jubilación genera estrés en los usuarios, ya que para ellos es un cambio radical pasar de una vida totalmente activa a una etapa donde la sociedad los considera seres en detrimento, enfermos y con disminución de sus capacidades en todas las áreas. Lo que les genera sentimiento de inutilidad y su calidad de vida se ve afectada.

En el 100% (n=5) de los establecimientos diurnos encuestados se valora constantemente la capacidad que tiene el usuario para realizar actividades cotidianas y de autocuidado de manera independiente en el 0% (n=0) no se toma importancia en este aspecto.

En los 5 centros diurnos visitados se toma importancia a la capacidad que tiene el usuario de realizar actividades cotidianas y de autocuidado de manera independiente, ya que dentro de los requisitos que se solicitan para ingresar a una persona. éste es uno indispensable, se

busca que el usuario se movilice de manera independiente, que sea capaz de alimentarse, de asistir al baño, de manejar sus medicamentos de manera autónoma.

Según Bermúdez y Garita “el usuario del centro diurno debe valerse por sí mismo, es decir, estar en capacidad para llevar a cabo actividades de la vida diaria como: comer, vestirse, caminar, utilizar los servicios sanitarios, atender su higiene personal, y estar mentalmente bien. En caso contrario, pueden tener leves minusvalías físicas que no le impidan en gran medida su desenvolvimiento”⁶⁴.

En el 100% (n=5) de los centros diurnos se valoran diariamente la aparición de signos y síntomas de depresión en sus asistentes y el 0% (n=0) indicó que no se valoran si se presentan o no estos síntomas.

Los 5 centros diurnos observan diariamente a las personas adultas mayores durante la jornada horaria del centro diurno, con el fin de observar y detectar presencia de síntomas que indiquen depresión en la persona adulta mayor.

Según Martínez et al “la depresión puede ser confundida con el inicio de un estado demencial, o bien, encubrirlo o acelerarlo, por lo que es importante el adecuado diagnóstico diferencial. Ésta se manifiesta generalmente como tristeza, llanto fácil, aislamiento, falta de concentración, trastornos del sueño, labilidad emocional, agitación e ideas de suicidio”⁶⁵

De los centros diurnos entrevistados, el 100% (n=5) poseen registro sobre la historia clínica de los usuarios que forman parte del programa, el 0% (n=0) no posee este tipo de información clínica.

En el 100% de los centros diurnos abordados el administrador posee información referente a las patologías actuales de las personas que se benefician con el programa, ya que como requisito de ingreso se pide a cada usuario una epicrisis procedente del médico tratante con el fin de tener un respaldo en el expediente sobre el estado de salud del individuo al momento de la matrícula, esto permite informar al personal sobre que patologías padece cada individuo y su estado de salud actual.

Referente a las patologías que afectan a las personas mayores Cáceres¹⁴ menciona que los hombres adultos tienen factores de riesgo que los hacen propensos a enfermedades crónicas con un desenlace fatal a edades más tempranas. Por el contrario, las mujeres adultas tienden a los padecimientos crónicos discapacitantes que afectan la calidad de vida durante mayor tiempo.

En el 100% (n=5) de los centros diurnos atendidos se fomenta la espiritualidad y la religiosidad en los participantes, en el 0% (n=0) no se fomenta esta práctica.

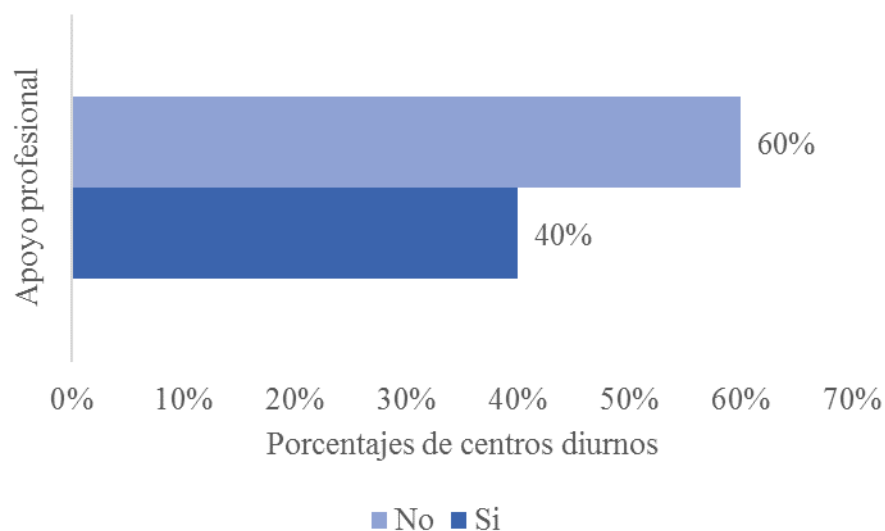
En el total de los centros diurnos abordados se preocupan por fomentar la espiritualidad y la religiosidad de los usuarios. Dentro de la valoración social que se debe realizar a las personas adultas mayores se incluye la parte espiritual, que en la población adulta mayor tiene una gran importancia dentro de su calidad de vida.

Según Stanley et al⁴² se considera que la espiritualidad proporciona a las personas la guía que ellos necesitan para alcanzar su propia sabiduría interior y llegar a sus mejores

estándares morales. En general la espiritualidad es el aspecto interior de una persona, que desea de manera intensa una relación con Dios.

Gráfico 30

**Distribución porcentual según apoyo de un profesional que valore estado nutricional e instauración de dietas
Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás
Enero-Marzo, 2017.**



Fuente: Elaboración propia

El 40% (n=2) representa los centros diurnos en los cuales si cuentan con el apoyo y el acceso a un profesional en nutrición que valore el estado nutricional e instaure dietas adecuadas para la población que se atiende, sin embargo, el 60% (n=3) no cuentan con el apoyo ni el acceso fijo a este tipo de profesional, ya que dependen de voluntarios o estudiantes de enfermería o nutrición para cumplir con este cuidado.

El 60% de los centros diurno no cuentan con apoyo de un profesional en nutrición, por lo que el estado nutricional de los usuarios en estos centros no se valora. Respecto a esto,

Montejano et al⁶⁶ indica que la malnutrición es una condición patológica que causa alteraciones del estado de salud y disminuye la capacidad de llevar a cabo las actividades básicas para la vida diaria. Esto, a su vez, conduce a una pérdida de autonomía, un mayor aislamiento social, la institucionalización e incluso, en casos extremos, la muerte. Los adultos mayores no institucionalizados con autonomía funcional son un segmento de la población que, aunque no suelen presentar problemas de malnutrición, si suelen presentar riesgo nutricional.

De acuerdo con Virginia Henderson según Raile y Marriner⁴⁶ el cuerpo humano tiene la necesidad comer y beber adecuadamente. En esta necesidad el organismo precisa de líquidos y nutrientes para sobrevivir, pretende conocer la idoneidad de la nutrición e hidratación de la persona, teniendo en cuenta sus requerimientos nutricionales según edad, sexo y estado de salud e incluye los hábitos alimenticios, las medidas antropométricas y los aspectos psicológicos de la alimentación.

De la cantidad de usuarios encuestados, el 72% (n=85) nunca han recibido atención por parte de un profesional en cuanto a temas como alimentación, dieta e hidratación, el 8% (n=10) casi nunca han recibido atención por parte de un profesional de este tipo, el 19% (n=22) a veces recibe atención por profesionales en estos temas, el 1% (n=1) casi siempre reciben este tipo de atención y el 0% (n=0) la reciben siempre.

De los datos anteriores, el 72% de las personas adultas mayores indicaron que dentro del centro diurnos nunca han recibido atención por parte de un profesional en salud que les

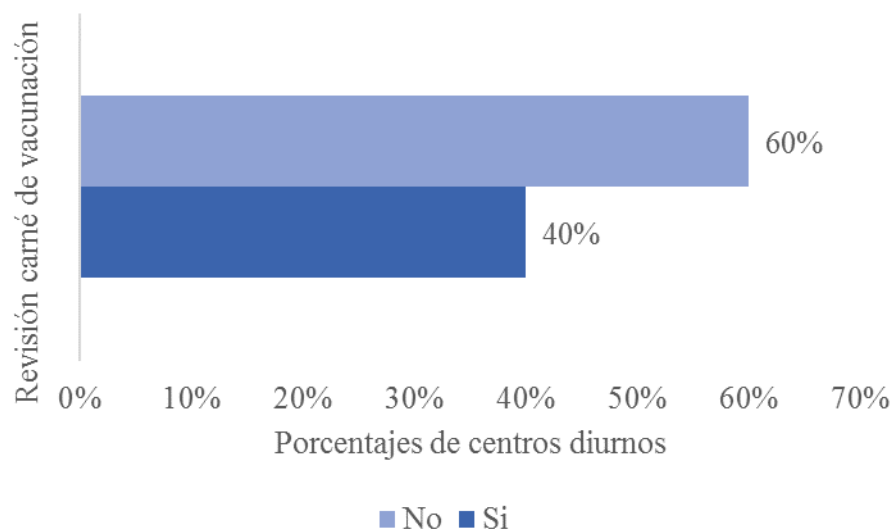
brinde educación sobre nutrición, dieta e hidratación, a su vez indican que la participación de nutricionistas en estos establecimientos es muy limitada, solo reciben educación ocasionalmente por parte de estudiantes de enfermería y de nutrición en estos temas.

Respecto a los funcionarios con los que debe contar un centro diurno, el Manual de Normas para el Funcionamiento de Establecimientos de Atención Integral a las Personas Adultas Mayores N°29679-S³⁴ estipula que el establecimiento debe contar con acceso a un o una profesional en nutrición, que les brinde este tipo de educación a los usuarios.

Virginia Henderson⁴⁷ dentro de su teorizante menciona la necesidad de comer y beber de forma adecuadamente, la cual pretende conocer la idoneidad de la nutrición e hidratación de la persona, teniendo en cuenta sus requerimientos nutricionales según edad, sexo y estado de salud, por lo que la valoración nutricional es vital para verificar el estado de salud de la población adulta mayor.

Gráfico 31

**Distribución porcentual de cuidados de salud según revisión del carné de vacunas
Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás
Enero-Marzo, 2017.**



Fuente: Elaboración propia

En el 40% (n=2) de los centros diurnos abordados se revisa periódicamente el carné de vacunación de cada usuario asistente y el 60% (n=3) no se realiza esta valoración.

En el 60% de los centros diurnos no se cuenta con información referente al esquema de vacunación de cada adulto mayor, debido a que se refiere que este control es estrictamente por parte de los familiares, los cuales no envían información al centro diurno, solo cuando hay campañas de vacunación se les solicita el carné de vacunación.

Según el Ministerio de Salud de Costa Rica⁶⁷ la vacunación constituye una barrera contra enfermedades propias del adulto mayor, por ejemplo, la neumonía, que con un esquema

completo se puede prevenir, así como otras enfermedades. Dentro del esquema de vacunación de las personas adultas mayores se encuentran la vacuna contra la influenza estacional, la TD y la Neumocócica 23.

Tabla 14
Distribución de cuidados de salud según acciones
a tomar en caso de esquema de vacunación incompleto
Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás
Enero-Marzo, 2017.

Acciones a tomar	Frecuencia de respuesta
Se le indica a la persona adulta mayor	0
Se le avisa a la familia	0
Se coordina directamente con el EBAIS o centro de salud	4
Se cuenta con el personal capacitado para administrar vacunas	0
Otra	2
Total	6

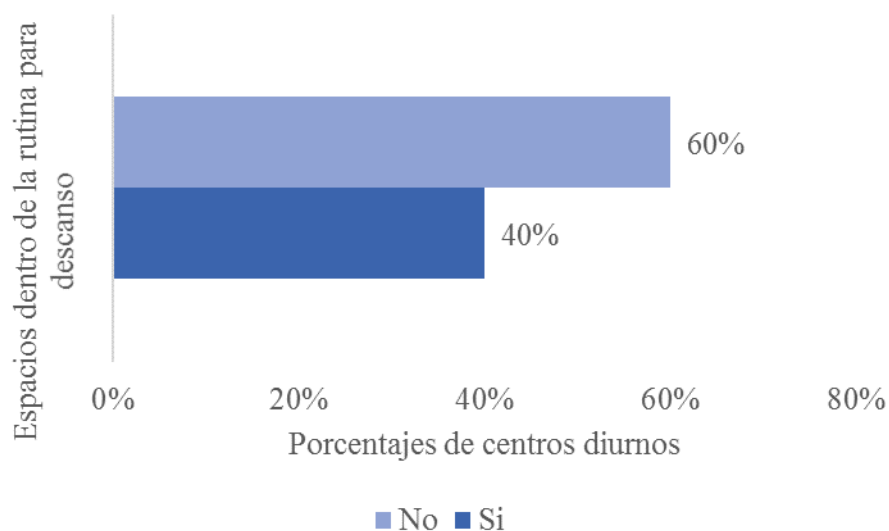
Fuente: Elaboración propia

Cuando se encuentra que un usuario posee un esquema de vacunación incompleto, los administradores de los centros diurnos indicaron que dentro de las acciones a tomar son las siguientes: 4 respuestas coinciden en que se coordina directamente con el EBAIS o el centro de salud más cercano para la colocación de vacunas y 2 indicaron otro tipo de respuesta, de las cuales fueron 1 respuesta indica que solo cuando hay campañas de vacunación con previo aviso se les solicita a los usuarios el carné de vacunación y 1

respuesta indica que no se tiene información sobre el esquema de vacunación, ya que esa información lo manejan los familiares de cada asistente al centro diurno.

Respecto al esquema de vacunación incompleto, la medida que más se cumple en 4 centros diurnos es que se coordina directamente con el EBAIS o el centro de salud más cercano, lo que les permite tener a una población adulta mayor inmunizada y con esto prevenir enfermedades contagiosas como la neumonía y la influenza. Según el Ministerio de Salud de Costa Rica “la vacunación es una de las medidas de mayor efectividad en salud pública pues al generar una respuesta inmune que reduce la posibilidad de contagio, es capaz de prevenir e incluso eliminar enfermedades. Además, es una estrategia de gran impacto pues provoca un efecto de protección poblacional denominado “inmunidad de rebaño” que reduce la probabilidad de contagio aun en personas susceptibles que residen en comunidades con elevado nivel de inmunidad”⁶⁷.

Gráfico 32
Distribución porcentual según espacios
dentro de la rutina para favorecer el descanso y sueño
Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás
Enero-Marzo, 2017.



Fuente: Elaboración propia

En el 60% (n=3) de los centros diurnos cuentan con espacios dentro de la rutina y jornada horaria del centro para favorecer el descanso y el sueño de los participantes y en el 40% (n=2) no se les brindan espacios horarios para esta actividad, los cuales dieron como justificación que no se les brinda tiempo para el descanso y sueño debido a que por ser modalidad diurna no es necesario para los adultos mayores ya que descansan en sus hogares cuando se retiran del centro.

En el 60% de los centros encuestados se les brinda el tiempo necesario para favorecer el descanso y sueño, como una práctica diaria para reposar el almuerzo. Según Cruz et al “frecuentemente los trabajos científicos relacionan el envejecimiento con el empeoramiento en la calidad del sueño. Entre las características más destacables del sueño en población anciana, se encuentran un adelanto en la fase circadiana de sueño y dificultades en el mantenimiento ininterrumpido del sueño (disminución del sueño profundo, aumento del tiempo total en la cama, aumento del número y de la duración de los despertares, disminución del sueño eficiente). Cuando esto ocurre, es común que los ancianos valoren negativamente la calidad de su sueño”⁶⁸.

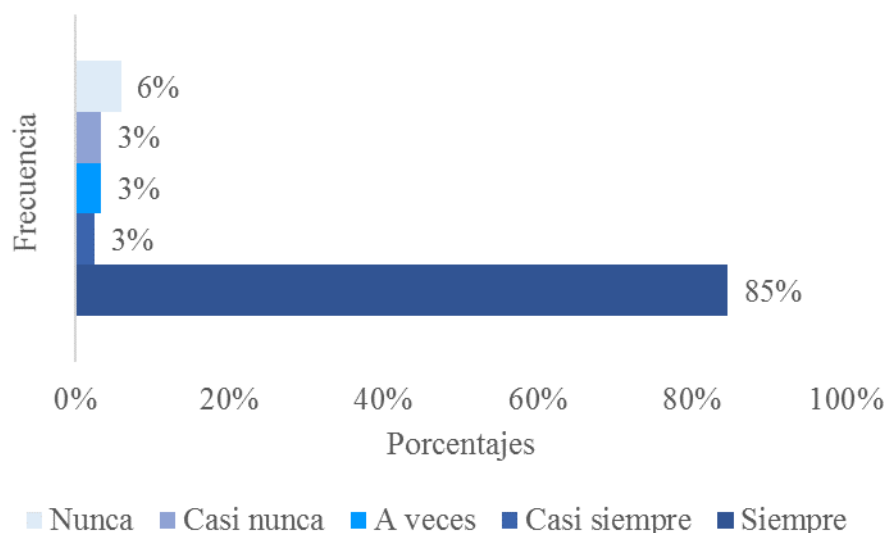
De los centros diurnos abordados, el 60% (n=3) no cuentan con espacios físicos adecuados dentro del establecimiento para favorecer el descanso y el sueño y el 40% (n=2) si cuentan con los espacios físicos adecuados para este propósito.

El 60% de los centros diurnos no cuentan con espacios adecuados para favorecer el sueño y el descanso, esto debido a que según los administradores se busca que dentro de la jornada diurna se mantengan los asistentes lo más activos posibles.

Henderson⁴⁷ en su teorizante menciona la necesidad número 5 la necesidad de dormir y descansar, la cual indica que el sueño y el descanso son necesidades básicas e imprescindibles de la persona por las importantes funciones reparadoras que ejercen en el organismo, contribuyendo a la salud física y psicológica del mismo. Esta necesidad pretende conocer la efectividad del sueño y reposo habitual de la persona, incluyendo los

hábitos de sueño y reposo, los problemas para conciliar el sueño y las dificultades para el reposo que tienen las personas adultas mayores.

Gráfico 33
Distribución porcentual de usuarios según
independencia para realizar actividades de cuidado personal
Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás
Enero-Marzo, 2017.



Fuente: Elaboración propia

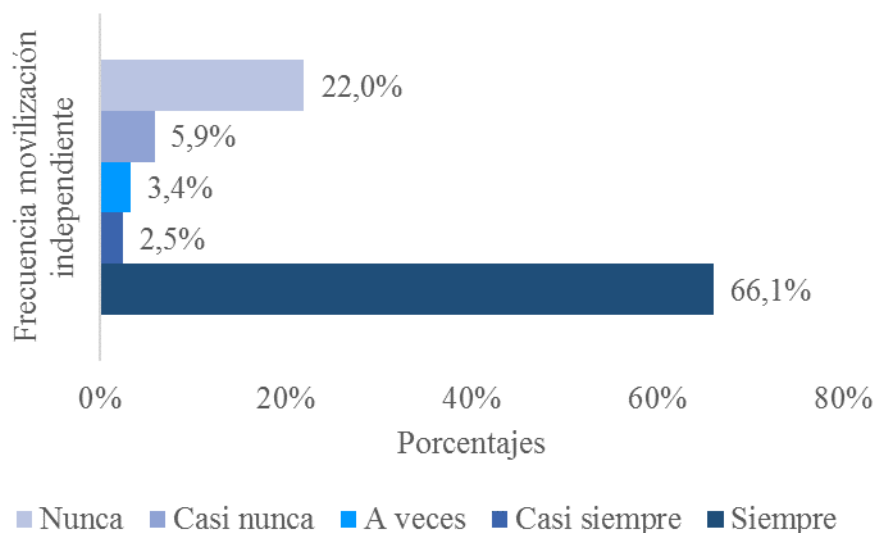
Según la cantidad de encuestados, el 85% (n=100) siempre realizan actividades de autocuidado de manera independiente, el 3% (n=3) casi siempre realizan actividades de autocuidado de manera independiente, el 3% (n=4) las realizan a veces y casi nunca de manera independiente y el 6% (n=7) restante nunca puede realizarlas independientemente.

Como se evidencia con los resultados la mayoría de los entrevistados el 86% siempre realiza actividades de autocuidado de manera independiente. El autocuidado Coto et al³⁸ lo definen como es el cuidado que se realiza para satisfacer los propios requisitos para el

mantenimiento de la vida y de la salud. Como acciones de autocuidado se incluyen: bañarse, vestirse, peinarse, alimentarse, movilización, actividad física, entre otros. Así como Virginia⁴⁵ plantea que las 14 necesidades tienen que ver con la actitud y aptitud para realizar de forma voluntaria y sistemática actividades dirigidas a conservar la salud y prevenir enfermedades; y cuando se padece una de ellas, adoptar el estilo de vida más adecuado para frenar la evolución. Además de que el autocuidado constituye el primer escalón en el mantenimiento de la calidad de vida de cada persona.

Gráfico 34

**Distribución porcentual de usuarios según movilización independiente
Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás
Enero-Marzo, 2017.**



Fuente: Elaboración propia

En los usuarios encuestados el 66.1% (n=78) son usuarios que se movilizan siempre de manera independiente, el 2.5% (n=3) son usuarios que se movilizan casi siempre sin ayuda, el 3.4% (n=4) se movilizan a veces independientemente, el 5.9% (n=7) se movilizan casi nunca de manera independiente y el 22.0% (n=26) nunca se movilizan sin ayuda.

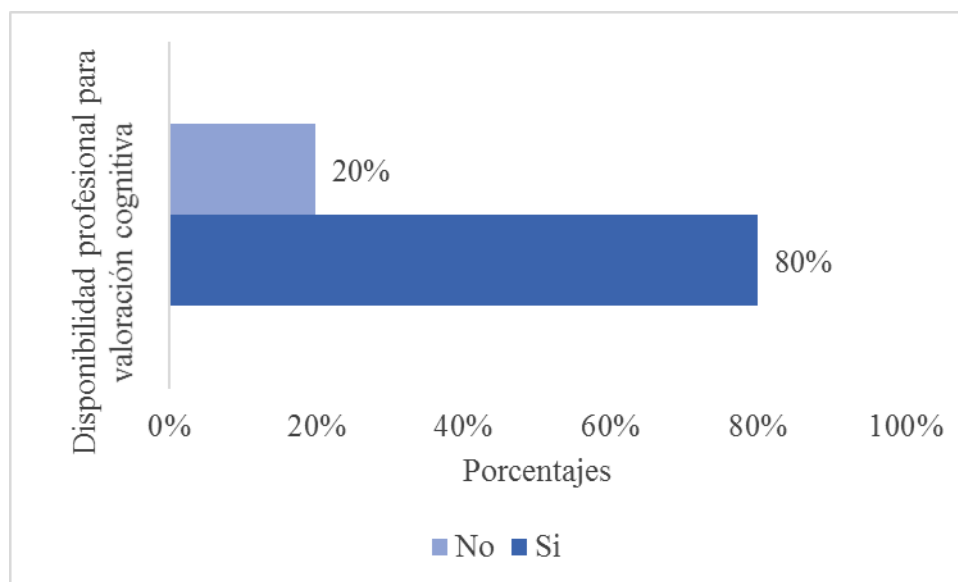
El 66.1% de los asistentes a los centros diurnos investigados se movilizan siempre independientemente lo que justifica que en los centros diurnos el usuario asistente debe ser capaz de valerse por sí mismo, estar en capacidad para llevar a cabo actividades de la vida

diaria o si fuera el caso, también se reciben personas que pueden tener discapacidades físicas, pero que no le impidan en gran medida su desenvolvimiento dentro del centro.

Según Cerda⁶⁹ en el envejecimiento ocurren una serie de modificaciones en los mecanismos nerviosos centrales y periféricos que controlan el equilibrio y en el aparato locomotor, que pueden modificar el patrón normal de la marcha, constituyendo la marcha senil. La marcha senil se caracteriza por una postura del cuerpo con discreta proyección anterior de cabeza, flexión del tronco, caderas y rodillas. Las extremidades superiores tienden a realizar un menor balanceo y el desplazamiento vertical del tronco se reduce. El largo del paso disminuye y el ancho del paso se incrementa levemente.

Así como Henderson⁴⁷ indica la necesidad de moverse y mantener posturas, se dice que a medida que las personas envejecen, el sistema músculo esquelético sufre numerosos cambios que afectan a los segmentos corporales que participan en la marcha, por lo que es frecuente que las personas adultas mayores recurran a aparatos que les ayudan a movilizarse como bastones, andaderas y sillas de ruedas, además del acompañamiento de familiares en actividades que involucren la marcha y el equilibrio.

Gráfico 35
Distribución porcentual según colaboración
de un profesional que valore la función mental y cognitiva
Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás
Enero-Marzo, 2017.



Fuente: Elaboración propia

De los establecimientos encuestados el 80% (n=4) si cuentan con la colaboración de un profesional que valore la función cognitiva de las personas adultas mayores asistentes, mientras que el 20% (n=1) no cuenta con el apoyo de un profesional que realice esta valoración, debido a que considera que dentro de un centro diurno la valoración cognitiva no es relevante.

En 4 centros diurnos si se cuenta con el apoyo de un profesional en psicología que apoye en la evaluación cognitiva de los usuarios, aunque su presencia no es diaria sino

ocasionalmente, ya que la mayoría de estos profesionales cumplen labores de voluntariado en dichos centros.

Según indica el CONAPAM⁵⁷ dentro de los servicios básicos que ofrecen los centros diurnos en Costa Rica se encuentra el acceso a un profesional en psicología, por lo que sería el encargado de valorar la función mental, emocional y cognitiva de cada usuario en el programa.

El deterioro cognitivo según Cáceres se entiende como “la alteración de las facultades intelectuales de la persona, entre las cuales se destaca el deterioro de la orientación, de la memoria reciente, del razonamiento, del cálculo, del lenguaje, de la capacidad de realizar tareas complejas y de la capacidad de programación, entre otras”¹⁴.

Tabla 15
Distribución según actividades religiosas y espirituales
Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás
Enero-Marzo, 2017.

Actividades	Frecuencia de respuesta
Realizan misas	3
Les traen la comunión	3
Oran cada día	5
Reciben la visita de algún pastor o líder de una iglesia	3
Leen la Biblia	1
Realizan cantos	1
Total	16

Fuente: Elaboración propia

Dentro de las actividades que se realizan en los centros diurnos para fomentar la espiritualidad y religiosidad se encuentran las siguientes: 3 respuestas para indicar que se realizan misas dentro del establecimiento, 3 respuestas indican que se les lleva la comunión al centro diurno, 5 respuestas afirman que se realiza oración todos los días, 3 respuestas afirman que reciben la visita de algún pastor o líder de alguna iglesia, 1 respuesta muestra

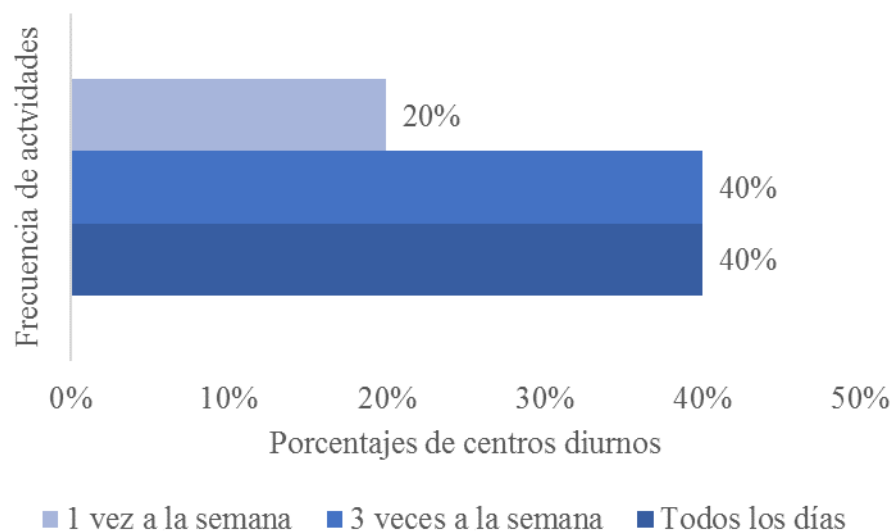
que dentro del centro diurno hay un grupo de adultos mayores que se reúnen diariamente a leer la biblia y 1 respuesta indica que se realizan cantos y alabanzas.

Según Virginia Henderson señala la necesidad de rendir culto, ya que indica que las personas piensan, actúan y toman decisiones en función de sus propios valores, creencias y la fe. “Esta necesidad pretende conocer los hábitos del usuario en cuanto a creencias, valores y cultura para valorar su posible influencia en la salud. Incluye el sentido de la vida, actitud ante la muerte y conflicto entre valores y creencias”⁴⁵.

También aporta que el profesional de enfermería debe promover la espiritualidad, desempeñando funciones de asesor, amigo, defensor, cuidador y administrador del caso.

Gráfico 36

**Distribución porcentual según frecuencia actividades de ocio y recreación
Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás
Enero-Marzo, 2017.**



Fuente: Elaboración propia

En el 100% (n=5) de los centros diurnos en estudio realizan actividades de ocio y recreación para todos los asistentes y el 0% (n=0) no realizan ningún tipo de actividad.

En todos los centros diurnos investigados se realizan actividades de ocio y recreación, con diferente frecuencia unos de otros, pero lo que se busca con esto es mantener a la persona adulta mayor activa y lo más funcional que se pueda, ya que éste es el objetivo primordial de un centro diurno, mantener la autonomía y las capacidades activamente.

Según Ugalde “los cuidadores de personas adultas mayores deben de tener claro las actividades que debe realizar con la persona que se le está brindando la atención, una de las funciones a cumplir es colaborar en la aplicación de técnicas recreativas, fisioterapéuticas, de laborterapia, entre otras”³¹

Los centros diurnos como se indicó anteriormente realizan actividades de ocio y recreación, las cuales se realizan con la siguiente frecuencia: en el 40% (n=2) la realizan todos los días, otro 40% (n=2) las realizan por lo menos 3 veces por semana, el 0% (n=0) las realizan 2 veces por semana, el 20% (n=1) las realizan 1 vez a la semana, y el 0% (n=0) con una frecuencia de 1 vez al mes y alguna otra respuesta.

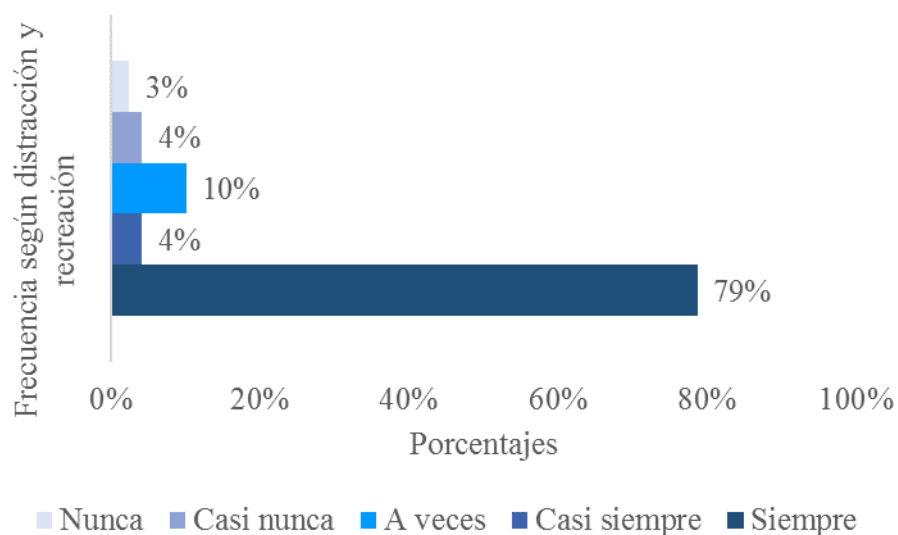
Según el estudio, la mayor parte de las actividades que se realizan en estos lugares son impartidas por estudiantes de enfermería que brindan sus servicios de práctica clínica en estos establecimientos, por lo que la frecuencia puede variar depende de la disponibilidad de estudiantes que realicen prácticas.

Según El Sistema Nacional del Adulto Mayor de Chile³³ uno de los objetivos específicos de los centros diurnos es prevenir el incremento de la dependencia a través de la potenciación de las capacidades funcionales, cognitivas y sociales y una de las maneras de mantener esas capacidades es mediante la realización de actividades recreativas y lúdicas, donde las personas adultas mayores participen de manera activa como medio para mantenerse activas y prevenir las diferentes dependencias que pueden presentar. A su vez el

CONAPAM⁵⁷ indica que uno de los servicios a ofrecer por parte de los centros diurnos corresponden a la implementación de terapias recreativas.

Gráfico 37

**Distribución porcentual de personas adultas mayores
según distracción y recreación con las actividades
Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás
Enero-Marzo, 2017.**



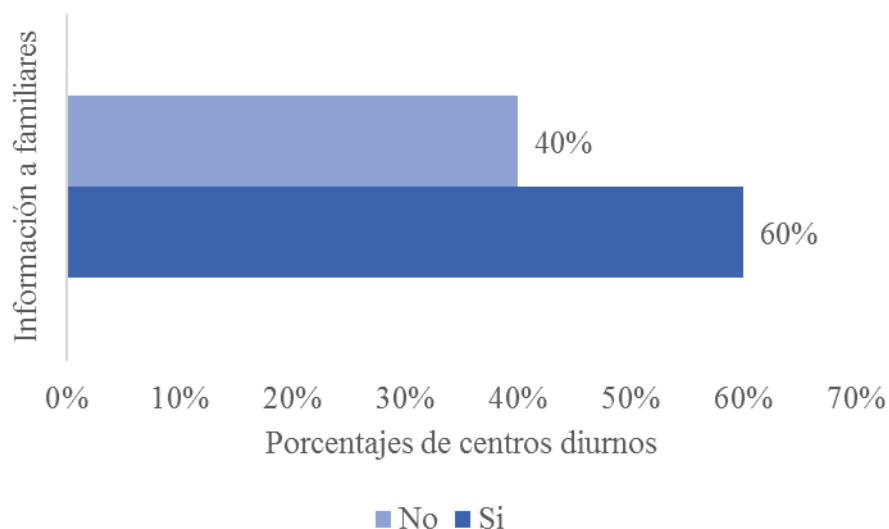
Fuente: Elaboración propia

De las personas adultas mayores el 79% (n=93) consideran que las actividades que se realizan en los establecimientos diurnos siempre les sirven de distracción y recreación, el 4% (n=5) considera que casi siempre les sirven de distracción, el 10% (n=12) indica que solo a veces les sirve de distracción y recreación, el 4% (n=5) considera que casi nunca les sirve de distracción y el 3% (n=3) afirma que nunca se divierten ni se distraen ya que las actividades les parecen aburridas.

Virginia Henderson⁴⁵ indica la necesidad de jugar y entretenerse. Ella exterioriza que las actividades lúdicas contribuyen a la salud física y mental de las personas. Con esta se pretende conocer las aficiones y actividades de entretenimiento de la persona e incluye el tipo de actividades recreativas y el tiempo dedicado a actividades recreativas. Por lo que la realización de actividades en la población adulta mayor resulta un medio de recreación y diversión, a su vez que mantiene la mente y el cuerpo funcional y activos.

Gráfico 38

**Distribución porcentual según información a familiares
Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás
Enero-Marzo, 2017.**



Fuente: Elaboración propia

De los centros diurnos investigados el 60% (n=3) si les brinda información constante a los familiares de la persona que asiste al centro diurnos referente a su progreso, estado de salud físico y mental que posee su familiar, mientras que el 40% (n=2) refieren que con los familiares no hay comunicación, y que no hay interés por parte de la familia y porque no se está al tanto de avisarle al familiar sino solo cuando ellos muestran interés y preguntan por su familiar.

En 3 centros diurnos de los que se hizo el estudio se preocupan por mantener informados a los familiares de las personas adultas mayores esto hace que las familias se involucren el

proceso de envejecimiento de su familiar y tengan información sobre el estado de salud de su ser querido e involucrándolos en el proceso de envejecimiento del mismo.

Según el CONAPAM⁵⁷ dentro de la modalidad de centro diurno es un complemento a la vida familiar, ya que mantiene estrecha relación persona adulta mayor -familia -comunidad, por lo que la familia debe estar enterada y en estrecha comunicación con el centro diurno en el cual tienen a sus familiares ingresados, con el fin de estar informados acerca del progreso o deterioro de su familiar, así como de otros aspectos que resultan relevantes.

El 100% (n=5) de los centros diurnos no brindan ningún tipo de capacitación a los familiares sobre cuidados básicos de la persona adulta mayor y el 0% (n=0) si brinda capacitación de este tipo.

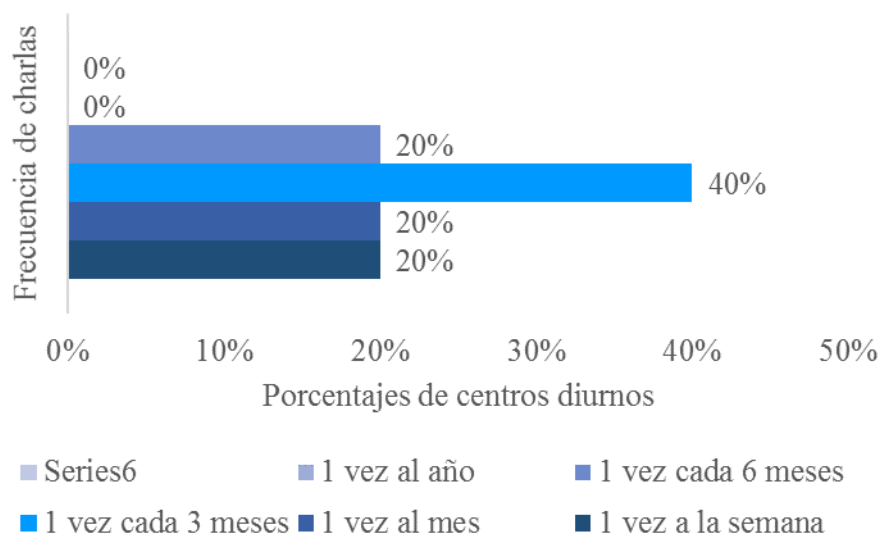
En los 5 centros diurnos investigados no es posible brindar capacitaciones a los familiares debido a que los familiares no muestran interés en capacitarse, además no hay personal capacitado que se encargue de dar la educación apropiada y se indica que se ha intentado realizar reuniones para impartir educación, pero no se ha podido por los horarios laborales de los familiares.

Como eje principal de los profesionales de enfermería se menciona la educación sanitaria y la promoción de la salud. Así, lo plantea Buide et al³ con base en las actividades de promoción refiere que son las relacionadas con la modificación de hábitos tóxicos y conductuales, prevención de accidentes, etc. Se debe estimular el abandono de comportamientos que puedan suponer un riesgo, incitar a realizarse exámenes de salud y

consulta médica ante problemas de salud e informar sobre síntomas iniciales de enfermedades, así como los servicios sanitarios a donde deben dirigirse. Además, fomentar la actividad física, el descanso y sueño, manejo del estrés, relaciones interpersonales y la espiritualidad.

Gráfico 39

**Distribución porcentual según realización de charlas a usuarios
Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás
Enero-Marzo, 2017.**



Fuente: Elaboración propia

En el 100% (n=5) de los centros diurnos abordados se imparten charlas variadas sobre promoción de salud y prevención de enfermedades y en el 0% (n=0) de los centros no se imparten este tipo de charlas.

En los 5 centros diurnos estudiados se imparten charlas donde se abordan tema de promoción de la salud y prevención de enfermedades, los temas que se imparten corresponden a alimentación, ejercicio, higiene, vacunación, uso de tabaco y alcohol,

automedicación, entre otros. Dichas charlas son impartidas por estudiantes que hacen prácticas clínicas o esporádicamente por miembros de algún centro de salud cercano.

Según Marín, Gac y Carrasco⁴¹ indican que muchos de los problemas de salud de la población adulta mayor son susceptibles de prevenir, desde este punto es que adquiere importancia la educación. Las acciones van dirigidas al establecimiento de hábitos de vida saludable, potenciando una sana alimentación, la mantención de pautas de higiene, adherir a las campañas de vacunación, disminuir el consumo de tabaco y alcohol, prevenir la automedicación y, en general, mantener la actividad física.

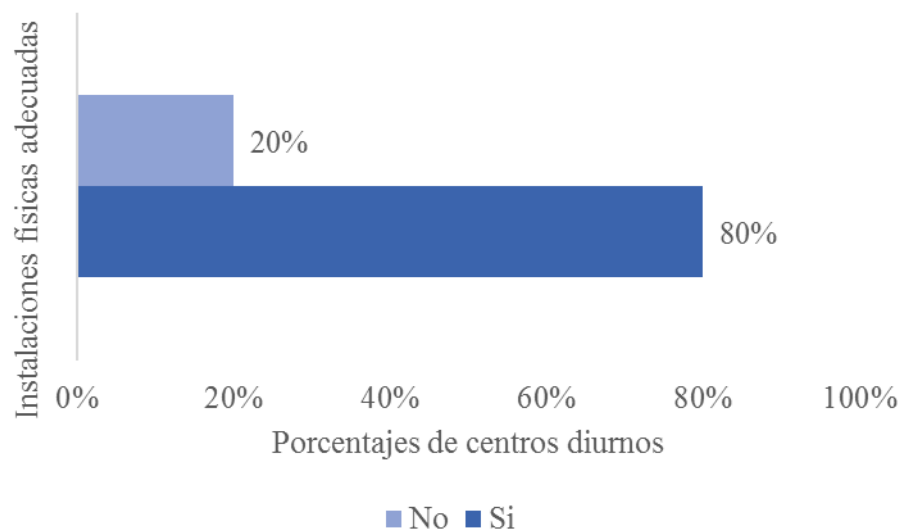
Las charlas anteriores mencionadas se imparten con la siguiente frecuencia: el 20% (n=1) se imparten 1 vez a la semana, el 40% (n=2) se realizan 1 vez al mes, el 20% (n=1) 1 vez cada 3 meses el 0% (n=0) las brindan 1 vez cada 6 meses y 1 vez al año y el 20% (n=1) restante las imparte con otra frecuencia, indican que se dan 1 vez cada 2 meses.

La frecuencia con las que se dan este tipo de charlas se ve afectada por la rotación de los estudiantes que las imparten, a su vez, el personal de la clínica o EBAIS que asiste a brindarlas solamente lo hace 1 vez por año.

Dentro de su teorizante Virginia Henderson⁴⁷ menciona la necesidad número 14 la cual indica la necesidad de aprender. Ella indica que las personas empeoran su situación de salud o enferman por conocimientos insuficientes o inadecuados, por lo que la educación se considera como una parte fundamental de los cuidados básicos de la persona. Además, esta necesidad pretende conocer las habilidades y conocimientos de la persona sobre las

actividades beneficiosas para la salud. Incluye los conocimientos de la persona, las capacidades de la persona y las limitaciones de aprendizaje que tiene cada individuo.

Gráfico 40
Distribución porcentual según instalaciones
físicas seguras y adecuadas para la población asistente
Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás
Enero-Marzo, 2017.



Fuente: Elaboración propia

El 80% (n=4) de los centros diurnos según los administradores cuentan con instalaciones físicas seguras y adecuadas para la población asistente, mientras que el 20% (n=1) indica que el establecimiento no es el adecuado para la población que alberga, ya que se considera que el inmueble es pequeño para el total de población que asiste.

El 80% de los centros diurnos que se estudiaron cumplen con la opinión del administrador que es el adecuado para recibir a la población adulta mayor. Según el Manual de Normas para el Funcionamiento de Establecimientos de Atención Integral a las Personas Adultas

Mayores N°29679-S³⁴ la edificación donde funcione el centro debe cumplir con las siguientes características: tener al menos acceso a un 30% de zonas verdes, debe contar con agua potable apta para el consumo humano, debe contar con un sistema de disposición de aguas negras, debe contar con un sistema de evacuación de aguas pluviales, debe contar con un área específica y privada para realizar el ingreso del adulto mayor, entre otras características como las dimensiones de los baños, de las sillas y de las mesas.

El 100% (n=5) de los centros diurnos tienen a su disposición un plan de emergencias, 0% (n=0) no lo tiene.

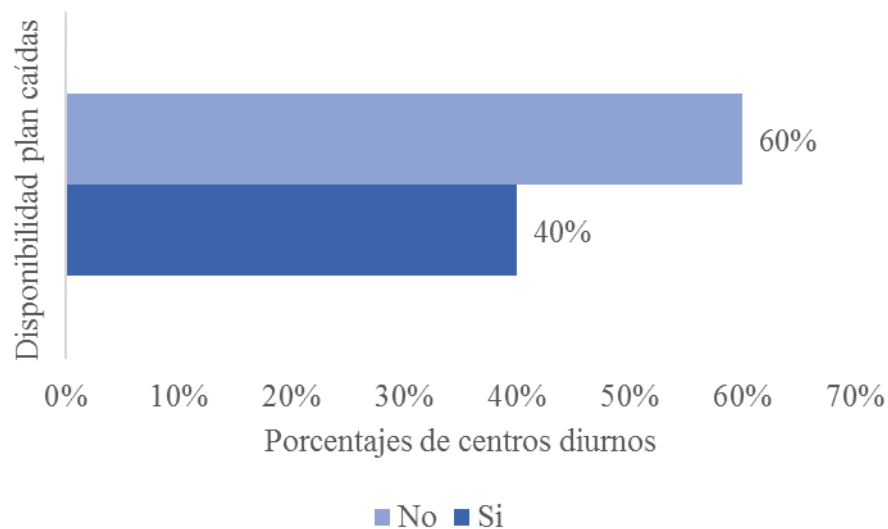
Los 5 centros diurnos en estudio tienen estipulado un plan de emergencias, esto es requisito indispensable para su apertura y funcionamiento. Según el Manual de Normas para el Funcionamiento de Establecimientos de Atención Integral a las Personas Adultas Mayores N°29679-S “en el establecimiento debe existir señalización de seguridad para indicar las salidas de emergencia, rutas de evacuación, zonas de seguridad, área de fumado (según Ley N° 7501), áreas riesgosas de trabajo, equipo contra incendio, lámparas, luces de emergencia y detectores de humo”³⁴.

A pesar de que los 5 centros diurnos en investigación cuentan con planes de emergencias, no indica que todos los usuarios lo conocen. El 54% (n=64) no conocen el plan de emergencias del centro diurnos al que asisten, ya que según indican nunca les han dado educación al respecto ni han realizado simulacros, mientras que el 46% (n=54) si o conocen y saben cómo actuar en caso de alguna emergencia.

El 54% de las personas adultas mayores en un centro diurnos no saben cómo actuar ante una emergencia, lo que podría ocasionar que en una de ellas la población resulte herida y no sepan como salvaguardarse. Con el plan de emergencia se busca prevenir y controlar los riesgos y dar respuesta adecuada a las situaciones de emergencia.

Coto, Rojas y Solano mencionan el aporte de la ley 5395 correspondiente a la Ley General de Salud, la cual indica en materia de seguridad que “es obligación de toda persona evitar, diligentemente, los accidentes personales y los de las personas a su cargo, debiendo para tales efectos , cumplir las disposiciones generales de seguridad, especiales o generales, que dicten las autoridades competentes”³⁸.

Gráfico 41
Distribución porcentual según disponibilidad de plan documentado para prevención y atención de caídas
Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás
Enero-Marzo, 2017.



Fuente: Elaboración propia

De los centros diurnos en investigación, el 60% (n=3) no cuenta con un plan documentado para la prevención y atención de caídas de la población adulta mayor, mientras que el 40% (n=2) si cuenta con dicho plan documentado.

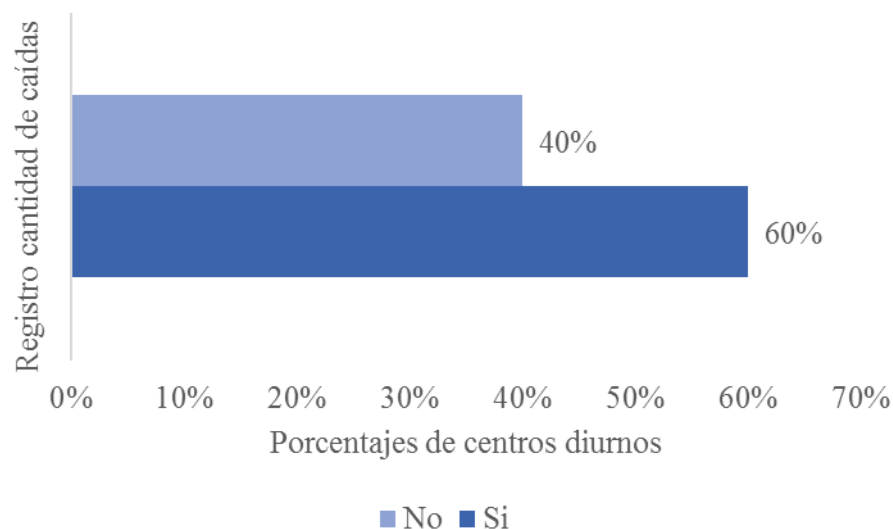
El 60% de los establecimientos investigados no cuenta con un plan donde se estipule las acciones a cumplir para la prevención de caídas, lo cual expone a los usuarios a que las mismas ocurran, ya que no se tienen medidas escritas sobre cómo prevenirlas. Dentro de los accidentes que con mayor frecuencia se presentan en la tercera edad se encuentran las

caídas. Definidas según Hernández y Ferrer como: "una precipitación al suelo, repentina, involuntariamente insospechada con o sin lesión secundaria, confirmada por el paciente o un testigo"⁷⁰.

Henderson⁴⁷ dentro de las necesidades humanas indica cómo evitar los peligros del entorno y las posibles lesiones. Con esta necesidad se pretende conocer las habilidades y conocimientos de la persona sobre prevención de accidentes, caídas, quemaduras, entre otras situaciones que causan peligro a los seres humanos.

Gráfico 42

Distribución porcentual según disponibilidad de documentación para registrar cantidad de caídas en el último año Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás Enero-Marzo, 2017.



Fuente: Elaboración propia

En el 60% (n=3) de los establecimientos diurnos visitados se dispone de un documento en el cual se registran la cantidad de caídas ocurridas en el último año y en 40% (n=2) no se cuenta con registro escrito sobre la cantidad de caídas que suceden en dichos centros diurnos.

El 60% de los centros diurnos registran la cantidad de caídas que suceden en dichos establecimientos, lo cual permite que se lleve un control de forma escrita sobre las caídas que se presentan, documento que sirve como parte legal y como evidencia a los familiares de que ocurrió el hecho.

En el programa de prevención de caídas Hernández⁷⁰ sostiene que dentro de las acciones que enfermería puede realizar son: valoración del riesgo de caídas existente en cada persona usuaria e identificar los factores potenciales, prescripción de pautas ambientales para la reducción del riesgo, prescripción de actividades físicas específicas para mejora de la estabilidad, equilibrio y marcha y labor educativa a usuarios, familias y cuidadores profesionales sobre medidas preventivas y actuaciones tras el suceso de una caída.

Tabla 16
Distribución según cantidad de caídas que suceden al mes
Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás
Enero-Marzo, 2017.

Cantidad de caídas	Cantidad de centros diurnos	%
No hay caídas	4	80%
De 1 a 3	1	20%
Más de 3 caídas	0	0%
Total	5	100%

Fuente: Elaboración propia

Según datos brindados por los administradores de los centros diurnos investigados, en el 80% (n=4) no suceden caídas al mes, el 20% (n=1) indica que suceden de 1 a 3 caídas por mes, 0% (n=0) corresponde a más de 3 caídas

Los datos anteriores evidencian que en el 80% de los centros diurnos no suceden caídas por mes, lo cual es alentador, ya que se toman las precauciones del caso dentro de los establecimientos para prevenir el riesgo de caídas.

Según Bellido et al⁴⁵ Virginia Henderson indica que un correcto aprendizaje y desarrollo de los mecanismos y conocimientos para la prevención de peligros externos y de la protección

de sí mismos y de las personas que nos rodean evitaría numerosos accidentes que ponen en compromiso la salud de las personas.

Tabla 17
Distribución según acciones a realizar cuando sucede una caída
Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás
Enero-Marzo, 2017.

Acciones por realizar	Frecuencia de respuesta
Se valora el estado de conciencia de la persona	2
Se revisa la integridad de la piel en busca de lesiones	2
Se llama al 911 para solicitar una ambulancia	5
Se les avisa a los familiares	4
Otra	5
Total	18

Fuente: Elaboración propia

Según los centros diurnos las acciones a realizar cuando sucede una caída dentro de establecimiento, se distribuyen de la siguiente manera: 0 respuestas indican que se cuenta con un profesional que valore las consecuencias de la caída, 0 respuestas señalan que se levanta a la persona con equipo de protección, 0 respuestas muestran que se levanta a la persona sin ningún tipo de equipo de protección, 2 respuesta señalan que se valora primero el estado de conciencia de la persona que sufrió el incidente, 2 respuestas alegan que se revisa la integridad de la piel de la persona en busca de posibles lesiones, 5 respuestas coinciden en que se llama al 911 o a emergencias para solicitar una ambulancia, 0

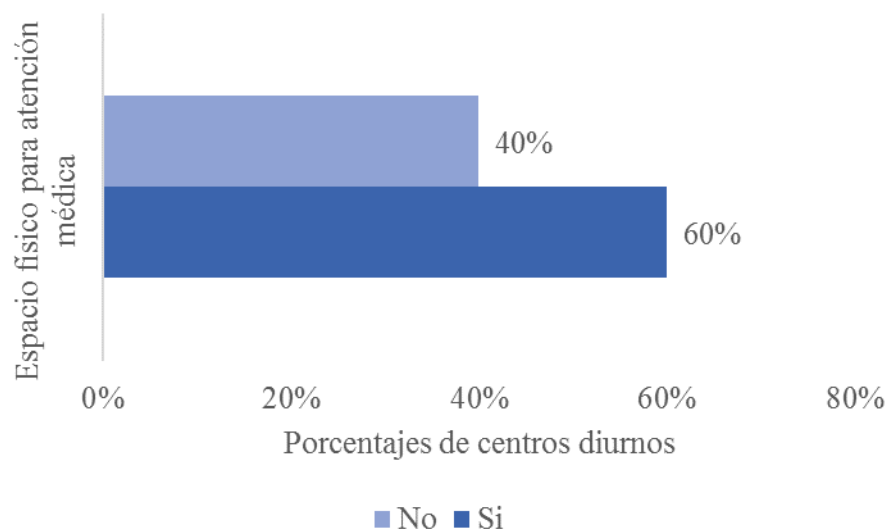
respuestas indican que se realizan curaciones de las lesiones producidas por la caída dentro del centro diurno, 4 respuestas indican que se les avisa a los familiares inmediatamente después de ocurrido el evento, 0 respuestas señalan que se corrige inmediatamente la situación que causó la caída y 5 respondieron otro tipo de respuesta dentro de las cuales se encuentran las siguientes: 4 indican que se deja quieto a la persona hasta que lleguen los paramédicos y 1 indica que se avisa al profesional de terapia física que se encuentra en el lugar y él se encarga del evento.

De las respuestas se puede indicar que las acciones más frecuentes a tomar en los centros diurnos ante una eventual caída corresponden a: se deja quieta la persona que se cayó, se llama a emergencias médicas para que se encarguen de la atención y se les avisa a los familiares del usuario inmediatamente.

Las caídas conllevan repercusiones físicas y psicológicas. Según Hernández y Ferrer⁷⁰ la causa de una caída es siempre multifactorial, influyendo factores intrínsecos y extrínsecos. Los factores intrínsecos se relacionan con los cambios asociados al propio envejecimiento, como el cursar con algunas enfermedades crónicas: enfermedad de parkinson, demencias, enfermedad cerebrovascular, alteraciones visuales, pérdida del equilibrio, alteraciones osteomusculares, otro factor es la polifarmacia. Los factores extrínsecos se relacionan con el hogar y el entorno, como barreras arquitectónicas: escaleras, puertas con insuficiente espacio, objetos fuera de sitio, alfombras, excesos de espejos, pisos pulidos, animales, sillas, mesas bajas y pijamas de pantalón largo.

Gráfico 43

**Distribución porcentual según disponibilidad de espacio físico
para atención médica
Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás
Enero-Marzo, 2017.**



Fuente: Elaboración propia

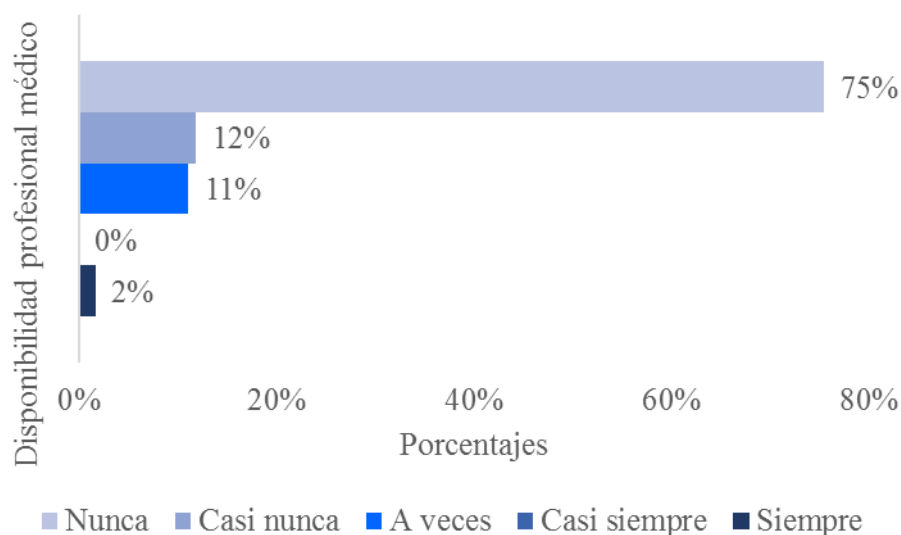
El 60% (n=3) de los centros diurnos encuestados cuentan con un espacio físico apropiado para la atención médica de los usuarios que resguarde la intimidad de los mismos, mientras que el 40% (n=2) no cuenta con ese espacio debido a que en 1 centro diurno el espacio físico es muy pequeño, por lo que no hay un sitio destinado con este fin y en otro centro diurno se indica que la atención médica no aplica para una modalidad diurna por lo que no es necesario brindar este espacio.

El 60% de los centros diurnos encuestados se preocupan por resguardar la intimidad del usuario que recibe atención médica dentro de estos establecimientos.

Según Fernández²¹ la intimidad es un derecho humano fundamental de primera generación consagrado en la Declaración Universal de Derechos Humanos desde 1948. El derecho a la intimidad representa la protección del usuario en el entorno inmediato, frente a la intromisión no deseada de otras personas, sobre su información personal y privada. Los equipos del área médica, son especialmente sensibles a estas cuestiones en el campo de la salud y de la enfermedad, terreno en el cual son variadas las situaciones y actuaciones que afectan el cumplimiento de este derecho.

Gráfico 44

Distribución porcentual de personas adultas mayores según disponibilidad de un profesional para atención médica Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás Enero-Marzo, 2017.



Fuente: Elaboración propia

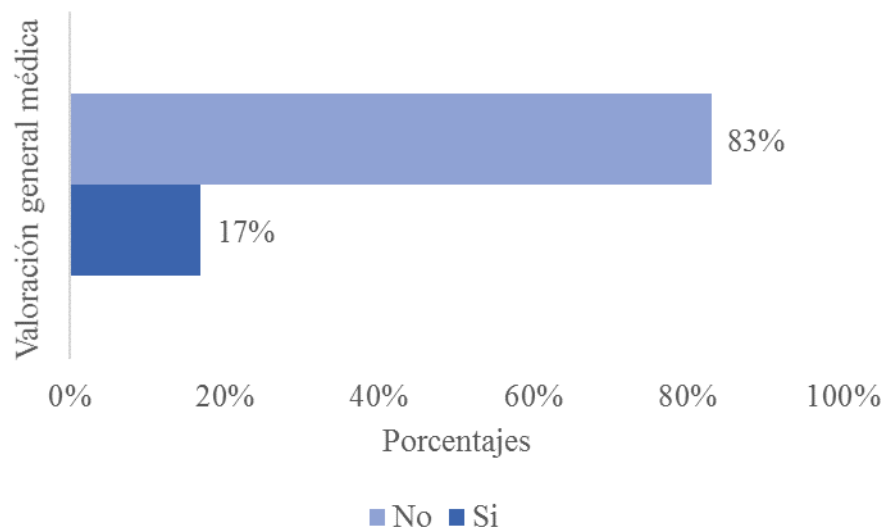
De acuerdo con las personas adultas mayores entrevistadas, según frecuencia con la que tienen disponibilidad de un profesional para una atención médica dentro del centro diurno, las respuestas fueron las siguientes: el 75% (n=89) nunca cuenta con un profesional en salud que lo atienda dentro del centro, 12% (n=14) casi nunca disponen de un profesional médico, 11% (n=13) a veces cuentan con algún profesional que los valore, 0% (n=0) casi siempre y 2% (n=2) siempre.

El 75% de los encuestados nunca cuenta con un profesional en salud a quien acudir dentro del establecimiento diurno cuando se sienten enfermos o cuando sucede alguna eventualidad.

Según Torres y García citados por Marín, Gac y Carrasco “la atención en el ámbito de la salud de los adultos mayores debe enmarcarse en lo que se ha denominado valoración geriátrica integral, la cual, dentro de sus postulados, establece que ésta debe ser multidimensional, realizada por un equipo interdisciplinario”⁴¹.

Gráfico 45

Distribución porcentual de personas adultas mayores según revisión general por parte de un profesional en salud al ingreso por primera vez Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás Enero-Marzo, 2017.



Fuente: Elaboración propia

El 83% (n=98) de las personas adultas mayores encuestadas indicaron que al ingresar por primera vez al centro diurno ningún personal de salud le realizó una revisión general de salud y el 17% (n=20) indicaron que si se les realizó un examen físico al ingresar por primera vez al establecimiento.

El 83% de las personas adultas mayores afirmó que no se les realizó una revisión general de salud al matricularse en el centro diurno. Dentro de la valoración integral que debe realizar enfermería con las personas adultas mayores, se incluyen la valoración física, valoración funcional, valoración mental, valoración social y educación.

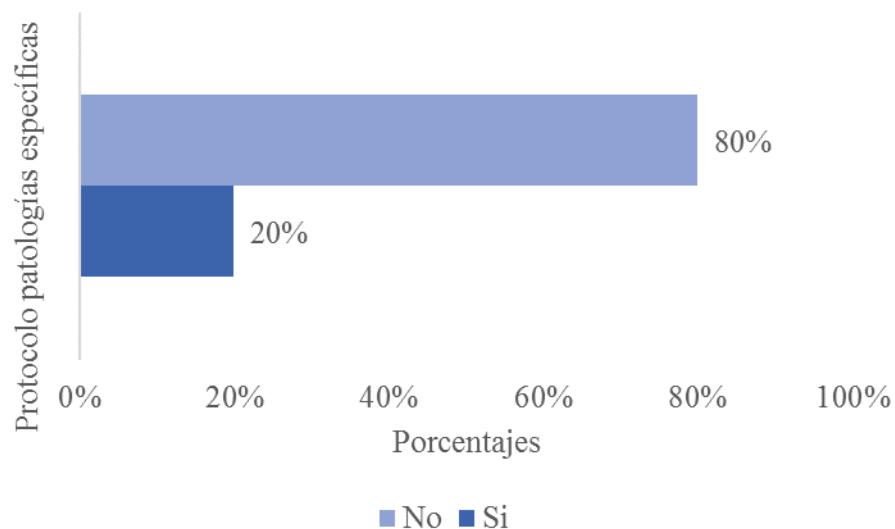
Según Marín, Gac y Carrasco⁴¹ dentro de la valoración física se incluye: la valoración de los sentidos, función cardiovascular, función digestiva, función urinaria, sexualidad, movilidad, turgencia y función neurológica.

En la valoración funcional se toman en cuenta las actividades diarias básicas: alimentarse, bañarse, vestirse, deambular, comunicación, control de esfuerzos. En las actividades instrumentales se incluyen: limpiar, cocinar, usar el teléfono, ir de compras, control del dinero, transporte público, entre otras. Según Marín, Gac y Carrasco⁴¹ es importante valorar estos aspectos ya que influyen directamente en la calidad de vida de la población adulta mayor y en sus familiares.

Como parte de la valoración mental, en esta área Marín, Gac y Carrasco⁴¹ indican que se valora la función cognitiva, en la cual se incluye: capacidad de pensar, recordar, comunicar, orientarse, calcular, entender y resolver problemas. Además, se valora la memoria inmediata, el lenguaje, la habilidad para seguir órdenes verbales y escritas. Además, detección de síntomas neuro psiquiátricos de delirium y depresión.

Uno de los aspectos de la valoración geriátrica integral es la social como lo exponen Marín, Gac y Carrasco⁴¹ el cual incorpora dentro de esta visión global el entorno del adulto mayor. Algunas crisis que sufren y que influyen en la vida de ellos se encuentran: la jubilación, que trae consigo una reducción de ingresos, las continuas pérdidas, aparición de enfermedades crónicas e incapacitantes, alteraciones en su ambiente, aislamiento, soledad, disminución de la red asistencial y cambios en la estructura familiar.

Gráfico 46
Distribución porcentual según disponibilidad de protocolos
escritos para la atención de patologías específicas
Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás
Enero-Marzo, 2017.



Fuente: Elaboración propia

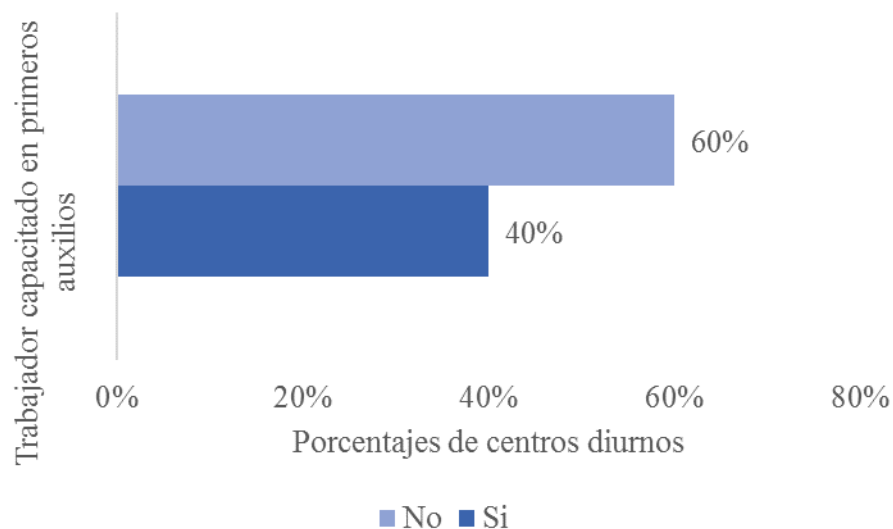
El 20% (n=1) de los centros diurnos si cuenta con protocolos escritos para la atención de patologías específicas como diabetes mellitus, hipertensión arterial, trastornos de coagulación, epilepsia, entre otros, mientras que el 80% (n=4) no poseen documentos escritos de atención ante estas patologías, de las cuales indicaron las siguientes razones: no se tienen protocolos específicos para las patologías ya que no es necesario, debido a que para modalidad centro diurno no aplica y lo que se brindan son cuidados generales no especializados a los asistentes.

El 80% de los centros en estudio no tiene protocolos de atención para patologías específicas, sino que el cuidado que se brinda a la población asistente es un cuidado generalizado para las personas de la tercera edad. Montes citado por Ugalde define cuidadores como: “personas que proporcionan la mayor calidad de atención y los directamente responsables del cuidado de los adultos mayores, asistiéndolos en todo aquello que necesitan ayuda y brindándoles todo aquello que se relacione con el bienestar de la calidad de vida de los mismos”.³¹

Según Ugalde³¹ las funciones que deben realizar los cuidadores son las siguientes: facilitar la autonomía personal de las personas mayores, fomentar habilidades interpersonales, relaciones sociales y la resolución de problemas y conflictos de la vida cotidiana, colaborar en la aplicación de técnicas recreativas, fisioterapéuticas, de laborterapia, descubrir signos físicos de preocupación y alteraciones de conducta, informando lo detectado a familiares e integrantes del equipo de salud y brindar información y asesoramiento familiar para la mejor asistencia del anciano. Dichas acciones son perfectamente realizables dentro de la jornada de un centro diurno gerontológico.

Gráfico 47

Distribución porcentual según disponibilidad de trabajadores capacitados en primeros auxilios
Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás
Enero-Marzo, 2017.



Fuente: Elaboración propia

El 100% (n=5) de los centros diurnos encuestados disponen de un botiquín equipado para la atención de primeros auxilios, mientras que el 0% (n=0) no poseen acceso a uno.

En el 100% de los centros diurnos visitados se cuenta con acceso a botiquín de primeros auxilios. Según Garibay et al los primeros auxilios se definen como “los cuidados o la ayuda inmediata, temporal y necesaria que se le da a una persona que ha sufrido un accidente, enfermedad o agudización de esta hasta la llegada de un médico o profesional paramédico que se encargará, solo en caso necesario, del traslado a un hospital tratando de mejorar o mantener las condiciones en las que se encuentra”⁷¹.

El 40% (n=2) de los centros diurnos visitados si cuentan con al menos un trabajador que esté capacitado en atención en primeros auxilios, en estos casos el administrador es el personal capacitado para dicho evento y el 60% (n=3) no cuentan con personal capacitado en primeros auxilios, por lo que los que actúan ante una emergencia son los paramédicos hasta que estos lleguen.

El 60% de los centros diurnos encuestados no cuentan con personal capacitado en atención de primeros auxilios, por lo que en caso de un suceso la gravedad del usuario puede exacerbarse si no se actúa con rapidez y conocimiento, ya que en estos casos el tiempo es una limitante y se pierden en muchos casos minutos esperando a que llegue una ambulancia a atender la emergencia, por lo que es un punto esencial la capacitación de los trabajadores de los centros diurnos en atención en primeros auxilios.

Según Boehm citado por Ugalde “el principal objetivo a tomar en cuenta en el entrenamiento de los cuidadores, es identificar las necesidades del grupo con el que se está trabajando, para resolver de manera directa los principales aspectos que pueden convertirse en problemas para el cuidado de las y los ancianos”³¹.

Tabla 18
Distribución según principios, normas y procedimientos que deben cumplir los
trabajadores para el cuidado de personas adultas mayores
Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás
Enero-Marzo, 2017.

Principios, normas y procedimientos	Frecuencia de respuesta
Se maneja la información de cada usuario de manera confidencial	5
Se prohíbe fotografiar a los usuarios asistentes	4
Se cuenta con un plan para el manejo de las personas adultas mayores	4
Se prohíbe el uso del celular dentro del centro diurno	2
Se prohíbe el uso de burlas, mofas o comentarios ofensivos e indecorosos hacia las personas adultas mayores	5
Otra	3
Total	23

Fuente: Elaboración propia

En los centros diurnos se cuenta con reglamentos internos, los cuales dictan principios, normas y procedimientos que deben cumplir los trabajadores para el cuidado de las personas adultas mayores, las cuales corresponden a las siguientes: en 5 centros diurnos se maneja la información de cada usuario de manera confidencial, en 4 centros diurnos se prohíbe fotografiar a los usuarios asistentes, en 4 centros se cuenta con un plan para el

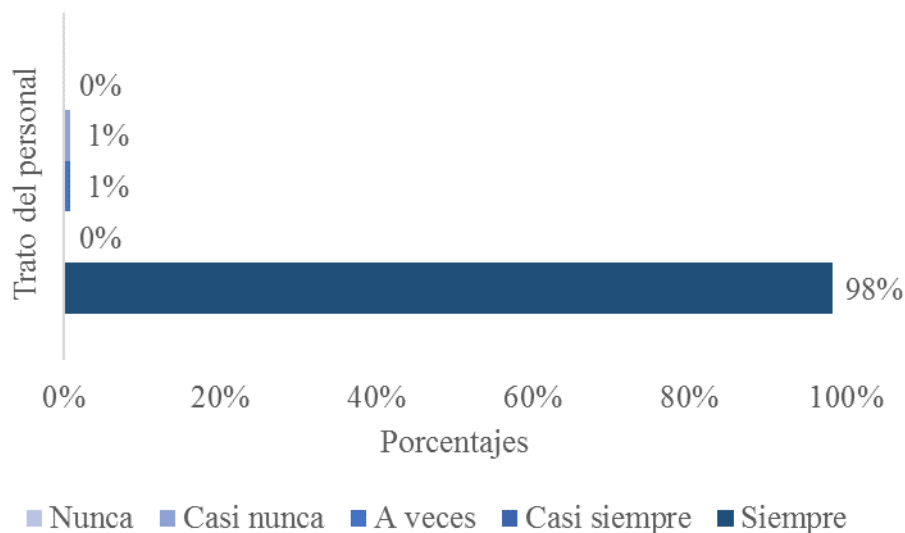
manejo de las personas adultas mayores, en 2 establecimientos se prohíbe el uso del celular al personal dentro de las instalaciones, en los 5 centros diurnos se prohíbe el uso de burlas, mofas o comentarios ofensivos e indecorosos hacia las personas adultas mayores y en 3 centros diurnos estipulan otro tipo de medidas como: Trato hacia los asistentes debe ser con amor y consideración, se prohíben las ventas dentro del establecimiento, se prohíbe que las personas adultas mayores firmen algún documento legal ajeno a la centro diurno, se brinda un estricto cuidado en la preparación y manipulación de alimentos, se prohíbe fumar y beber bebidas alcohólicas dentro del establecimiento y se exige una vestimenta adecuada para laborar dentro del centro diurno.

Cada centro diurno posee un reglamento interno sobre las reglas del establecimiento al cual pertenecen, esto con el fin de brindar un trato basado en el respeto y consideración a cada persona adulta mayor que se recibe, así como el respeto a los derechos que les corresponden a las personas adultas mayores.

Según Alvarado “dentro de los derechos que estipula la ley 7935, especifica los derechos de educarse, a poder participar en actividades de recreación, a tener una vivienda digna que se adapte a sus necesidades, que pueda optar por un crédito bancario, derecho a atención hospitalaria de forma inmediata, derecho a una pensión monetaria, derecho a su protección jurídica y psicosocial, entre otros”³⁰.

Gráfico 48

**Distribución porcentual de personas adultas mayores
según trato basado en respeto e igualdad por parte del personal
Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás
Enero-Marzo, 2017.**



Fuente: Elaboración propia

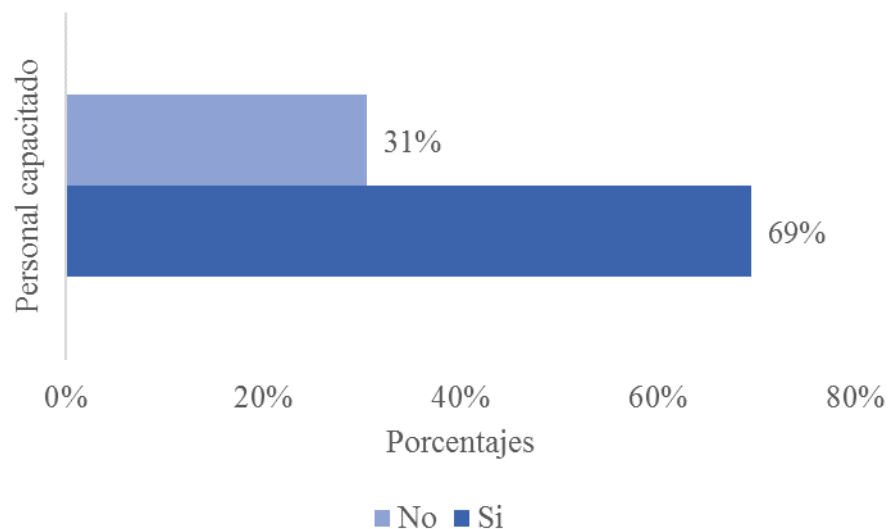
El 98% (n=116) de las personas adultas mayores que participaron en la entrevista indicaron que siempre reciben un trato basado en el respeto e igualdad por parte de los trabajadores del centro diurno al que asisten, el 1% (n=1) recibe ese trato solo a veces y el 1% (n=1) restante casi nunca recibe ese tipo de trato por parte del personal del centro diurno, por lo cual considera que sus derechos han sido violentados.

El 98% de los usuarios han sido tratados con respeto e igualdad por parte de los trabajadores del centro diurno gerontológico. El derecho a la integridad contempla¹ que las personas adultas mayores tendrán derecho a que se respete su integridad física, psíquica y

moral. Este derecho comprende la protección de su imagen, autonomía, pensamiento, dignidad y valores.

Gráfico 49

Distribución porcentual de personas adultas mayores según acceso a personal capacitado para brindar cuidados de salud Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás Enero-Marzo, 2017.



Fuente: Elaboración propia

El 69% (n=82) de las personas adultas mayores consideran que el centro diurno si cuenta con el personal capacitado para brindar cuidados de salud necesarios para todos los asistentes y el 31% (n=36) considera que dentro del centro diurno no hay funcionarios capacitados para brindar cuidados de salud, ya que a criterio de ellos no hay personal suficiente para la atención de todos y que se requieren profesionales de salud capacitados para brindar este tipo de cuidados como médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería o asistentes de cuidado.

El 69% de las personas adultas mayores dentro de los centros diurnos consideran que estos establecimientos si cuentan con personal adecuado para brindar cuidados de salud a la población asistente.

Según Figueroa citado por Fernández “se entiende por capacitación el conjunto de procesos organizados, relativos tanto a la educación no formal como a la informal de acuerdo con lo establecido por la ley general de educación, dirigidos a prolongar y a complementar la educación inicial mediante la generación de conocimientos, el desarrollo de habilidades y el cambio de actitudes, con el fin de incrementar la capacidad individual y colectiva para contribuir al cumplimiento de la misión institucional, a la mejor prestación de servicios a la comunidad, al eficaz desempeño del cargo y al desarrollo personal integral”²¹.

Tabla 19
Distribución porcentual de personas adultas mayores según charlas recibidas
Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás
Enero-Marzo, 2017.

Tipo de charla	% Nunca	% Casi nunca	% A veces	% Casi siempre	% Siempre	Totales
Prevención de caídas y fracturas	27.12%	20.34%	37.29%	9.32%	5.93%	100%
Prevención de enfermedades	20%	22%	42%	10%	6%	100%

Fuente: Elaboración propia

Según las personas adultas mayores que participaron en la encuesta, el 5.93% (n=7) siempre reciben charlas sobre prevención de caídas y fracturas, el 9.32% (n=11) reciben este tipo de educación casi siempre, el 37.29% (n=44) a veces las recibe, el 20.34% (n=24) casi nunca las recibe y el 27.12% (n=32) nunca recibe este tipo de charlas.

El 37.29% recibe este tipo de charlas en cuanto a prevención de caídas y fracturas solo a veces, lo que limita la educación que reciben las personas adultas mayores dentro de los centros diurnos.

De las personas adultas mayores encuestadas el 6% (n=7) siempre reciben charlas dentro del centro diurno sobre prevención de enfermedades, el 10% (n=12) reciben casi siempre este tipo de charlas, el 42% (n=49) las reciben a veces, el 22% (n=26) casi nunca recibe

este tipo de charlas y el 20% (n=24) nunca ha recibido estas charlas dentro del centro diurno.

El 42% casi nunca o nunca ha recibido charlas sobre prevención de enfermedades dentro del centro diurno o las ha recibido solamente a veces. Según Marín, Grac y Carrasco “muchas de los problemas de salud de los adultos mayores son susceptibles de prevenir, ya que con frecuencia son consecuencia de factores, sociales o ambientales más que del envejecimiento en sí, prevenir la enfermedad, la incapacidad y la dependencia forman parte del desafío que enfrenta el equipo de salud. De esto se desprende la importancia que adquiere la educación en todos los niveles de atención”⁴¹.

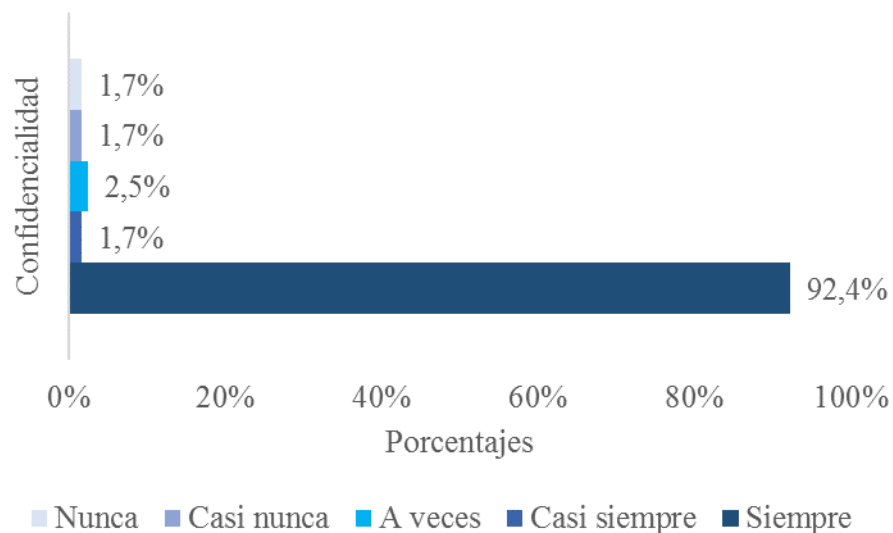
Una de las tareas más relevantes de enfermería dentro de los centros diurnos consiste en fomentar la autonomía del usuario, la capacidad de autocuidado, la promoción de la salud con la instauración de hábitos de vida saludable y hacer uso de la educación sanitaria tanto para las personas adultas mayores como sus familiares, con el fin de mantener la salud de la población asistente a estas instituciones, que a pesar de que muchos padecen de enfermedades crónicas, con estas medidas implementadas lograrían tener una mejor calidad de vida, que es el objetivo principal que se busca en los últimos años de vida del ser humano.

Henderson⁴⁵ indica la necesidad de aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad, para la cual indica que las personas empeoran su situación de salud o enferman por conocimientos

insuficientes o inadecuados, por lo que la educación se considera como una parte fundamental de los cuidados básicos de la persona.

Gráfico 50

Distribución porcentual de personas adultas mayores según confiabilidad en el manejo de información confidencial por parte de los trabajadores Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás Enero-Marzo, 2017.



Fuente: Elaboración propia

El 92.4% (n=109) de las personas adultas mayores entrevistadas considera que siempre confía en que los trabajadores del centro manejan su información personal de forma confidencial, el 1.7% (n=2) casi siempre manejan la información de manera confidencial, el 2.5% (n=3) a veces, el 1.7% (n=2) casi nunca y el 1.7% (n=2) restante nunca confía en la confidencialidad de su información personal.

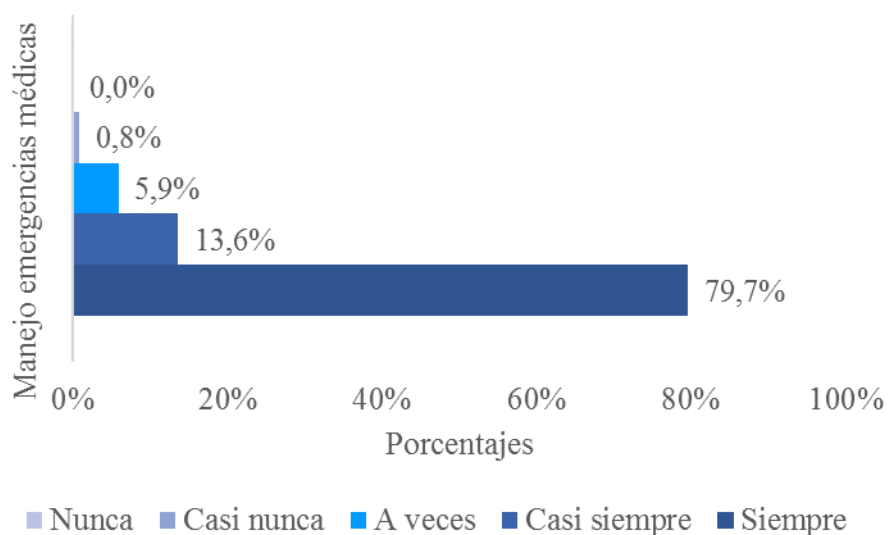
El 92.4% confía en los trabajadores del centro diurno, esto permite que la relación entre los mismos sea basada en la confianza y el respeto, por lo que las personas adultas mayores

cuando están pasando por alguna situación tiene la confianza de recurrir al personal del centro para buscarle algún tipo de solución, lo que la relación entre los mismo es positiva y llevadera.

Según Mateos citado por Ugalde “en determinados momentos se necesita un confidente, un trato delicado y garantía de que aquello que se ha expuesto no será objeto de exhibición”³¹.

Gráfico 51

Distribución porcentual de personas adultas mayores según consideración del manejo adecuado de emergencias médicas Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás Enero-Marzo, 2017.



Fuente: Elaboración propia

El 79.7% (n=94) considera que las emergencias siempre son manejadas de manera adecuada en el centro diurno, el 13.6% (n=16) indica que casi siempre se manejan de manera adecuada, el 5.9% (n=7) considera que a veces se manejan adecuadamente, el 0.8% (n=1) indica que casi nunca manejan las emergencias adecuadamente y el 0.0% (n=0) indica que nunca se manejan de manera adecuada.

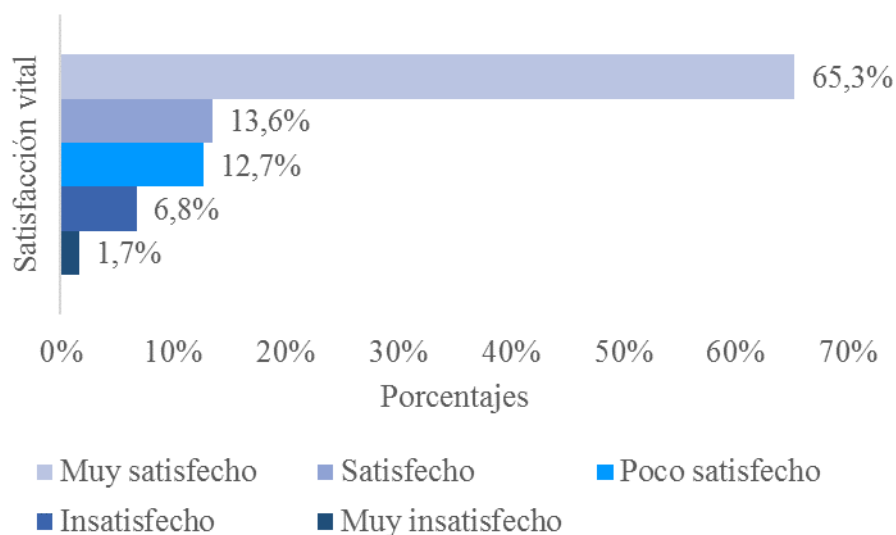
El manejo de las emergencias en los centros diurnos está catalogado como que siempre se manejan de la manera adecuada, ya que un 79.7% lo considera así, por lo que nunca se han

presentado incidentes cuando ha existido una emergencia, a pesar de no tener a disposición personal capacitado se cuenta con seguros médicos que brinda soporte en casos de emergencia en la brevedad posible.

Respecto a los primeros auxilios Garibay et al⁷¹ mencionan que son los cuidados o la ayuda inmediata, temporal y necesaria que se le da a una persona que ha sufrido un accidente, enfermedad o agudización de esta hasta la llegada de un profesional médico o profesional paramédico que se encargará, solo en caso necesario, del traslado a un hospital tratando de mejorar o mantener las condiciones en las que se encuentra.

Gráfico 52

**Distribución porcentual de personas adultas mayores según satisfacción de vida
Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás
Enero-Marzo, 2017.**



Fuente: Elaboración propia

De las personas adultas mayores abordadas para la investigación, el 65.3% (n=77) se encuentran muy satisfechas actualmente con su vida, el 13.6% (n=16) se encuentran satisfechas, el 12.7% (n=15) están poco satisfechos con su vida en la actualidad, el 6.8% (n=8) indican que están insatisfechos y el 1.7% (n=2) muy insatisfechos.

El 65.3% de las personas adultas mayores que asisten a centros diurnos se encuentran muy satisfechos con su vida actualmente, la satisfacción vital influye en la calidad de vida. La satisfacción Mora la define como "la razón o acción con que se responde enteramente a un

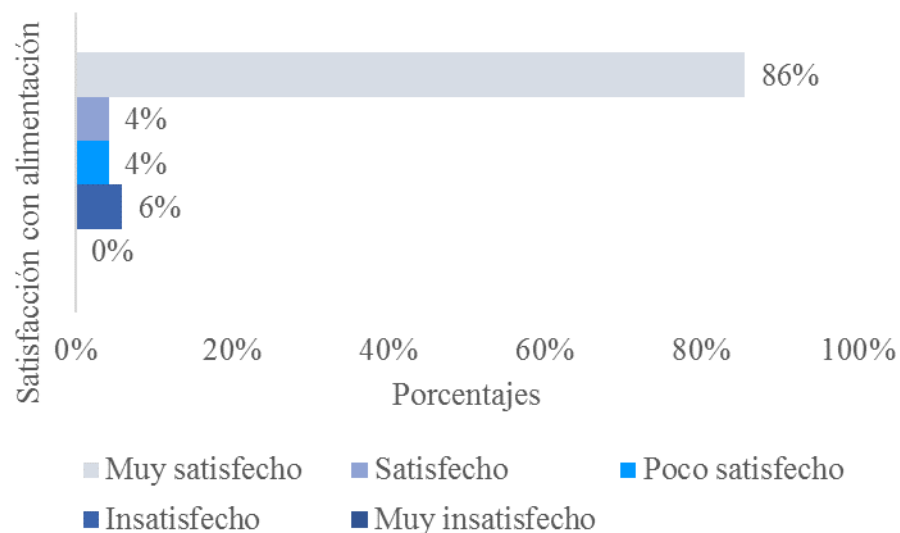
gusto, placer o queja. Es estar conforme uno con algo o alguien"¹². Por lo anterior, las personas adultas mayores se encuentran conforme con la vida que tienen en la actualidad.

Respecto a la satisfacción vital según Horle, citado por Ramírez y Lee, corresponde a la "evaluación personal que cada uno hace de sus condiciones particulares, comparada con un referente externo o sus propias aspiraciones"²² es decir, es el grado en que una persona evalúa la calidad global de su vida en conjunto de forma positiva. Es sentirse a gusto con la vida que se tiene, a pesar de las dificultades que se pueda tener, es salir adelante, sentirse pleno, feliz y autorrealizado.

Basado en la teorizante de Virginia Henderson⁴⁷ la satisfacción vital consiste en alcanzar esa sensación de logro respecto a la vida que se ha tenido durante los años vividos, metas alcanzadas y no alcanzadas pero que la persona se sienta satisfecha con todo lo realizado a lo largo de sus años.

Gráfico 53

Distribución porcentual de personas adultas mayores según satisfacción con la alimentación recibida
Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás
Enero-Marzo, 2017.



Fuente: Elaboración propia

El 86% (n=101) de los asistentes a los centros diurnos se encuentran muy satisfechos en cuanto a la alimentación que se les brinda en estas instituciones, el 4% (n=5) se sienten satisfechos con la alimentación en el lugar, el 4% (n=5) están poco satisfechos con los alimentos recibidos, el 6% (n=7) se encuentran insatisfechos y el 0% (n=0) muy insatisfechos.

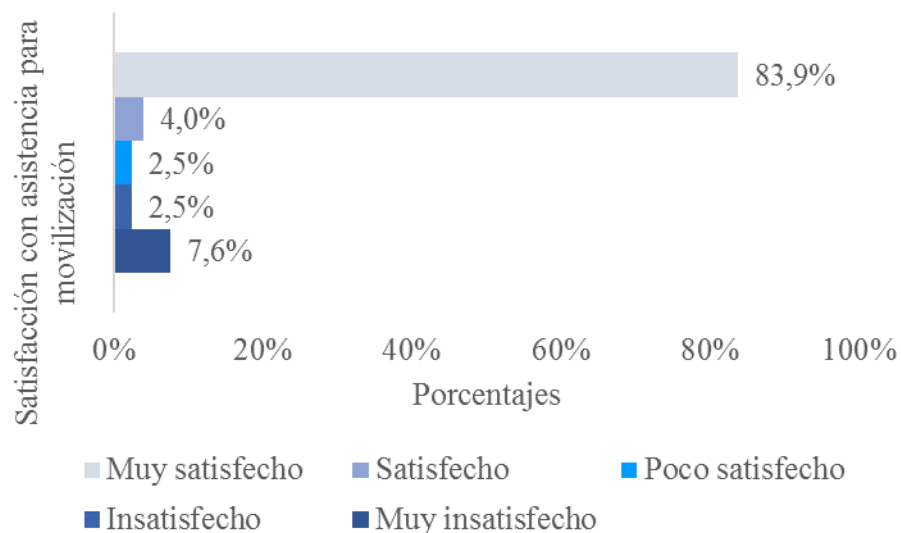
El 86% indica que les gusta la comida que reciben en los centros diurnos, afirman que la alimentación es rica, variada, nutritiva y adecuada para toda la población. Con el envejecimiento se enfrenta una etapa con presencia de deficiencias funcionales, como

resultado de cambios biológicos, psicológicos y sociales, condicionados por aspectos genéticos, estilos de vida y factores ambientales. Según Restrepo et al⁷⁵ dichos cambios que el adulto mayor experimenta, pueden ser modificados por los patrones de alimentación y el estado nutricional. Se ha conocido como los hábitos alimentarios inadecuados se convierten en un factor de riesgo importante de morbilidad y mortalidad, contribuyendo a una mayor predisposición a infecciones y a enfermedades crónicas asociadas con el envejecimiento lo que disminuye la calidad de vida de este colectivo humano.

Por lo cual, dentro de los objetivos de los centros diurnos es brindar acceso a un profesional en nutrición. Henderson⁴⁵ indica la necesidad de comer y beber adecuadamente, ya que el organismo precisa de líquidos y nutrientes para sobrevivir. Con esta necesidad Henderson pretende conocer la idoneidad de la nutrición e hidratación de la persona, teniendo en cuenta sus requerimientos nutricionales según edad, sexo y estado de salud.

Gráfico 54

Distribución porcentual de personas adultas mayores según satisfacción en la asistencia para movilización por parte de trabajadores Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás Enero-Marzo, 2017.



Fuente: Elaboración propia

El 83.9% (n=99) se encuentra muy satisfecho en cuanto a la asistencia que reciben por parte de los trabajadores del centro diurno para moverse en caso de necesitar ayuda, el 4% (n=4) se encuentra satisfecho, el 2.5% (n=3) indican que están poco satisfechos o insatisfechos con la asistencia para la movilización y el 7.6% (n=9) se encuentran muy insatisfechos, ya que según indican hace falta personal que se encargue de mover a los usuarios que lo requieren.

El 83.9% de los usuarios se encuentran satisfechos, ya que los trabajadores del centro diurno brindan su ayuda en el traslado de los usuarios que lo necesitan, que en cierta

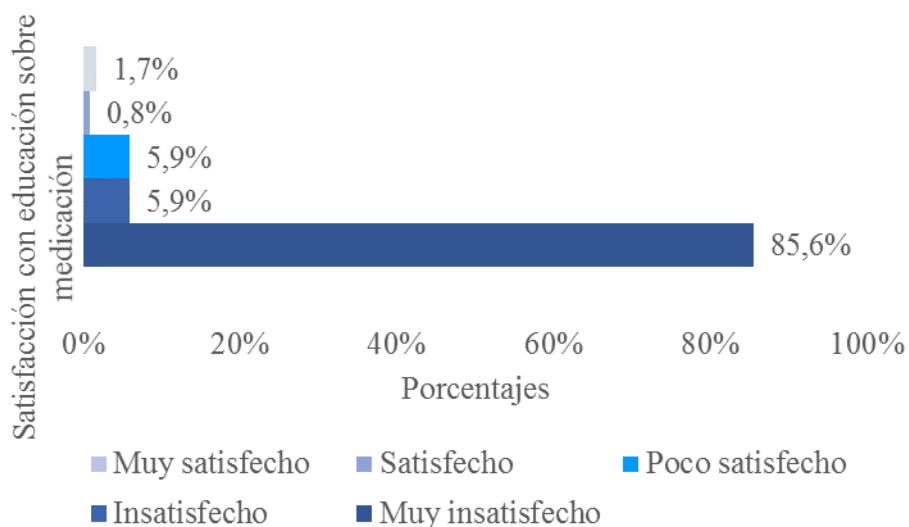
manera son pocos, ya que, como centro diurno, la población que asiste es autovalente e independiente, debido a que esto es uno de los requisitos de ingreso al centro.

Según Cerda “los trastornos de la marcha tienen un gran impacto en el adulto mayor y han aumentado en frecuencia como consecuencia del envejecimiento poblacional. Varias patologías pueden debutar con alteración en la deambulación o es el hallazgo clínico más llamativo para la sospecha de una enfermedad. El origen del trastorno de marcha habitualmente es multicausal, aunque las etiologías neurológicas y músculo-esqueléticas están presentes en la mayor parte de los pacientes”⁶⁹.

Henderson⁴⁷ en su teorizante indica la necesidad de moverse y mantener una postura adecuada, lo que indica que la mecánica del organismo determina en gran medida la independencia de las personas para las actividades de la vida diaria, provocando la inmovilidad e importantes alteraciones del cuerpo humano a todos los niveles, sin la movilización adecuada.

Gráfico 55

Distribución porcentual de personas adultas mayores según satisfacción con educación sobre medicamentos por parte de los trabajadores Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás Enero-Marzo, 2017.



Fuente: Elaboración propia

El 1.7% (n=2) de las personas adultas mayores se encuentran muy satisfechas con la educación recibida por el personal del centro diurnos en cuanto a la medicación que cada usuario utiliza, el 0,8% (n=1) se encuentra satisfecho con el mismo punto, el 5.9% (n=7) indica sentirse poco satisfecho o insatisfecho con la educación recibida en cuanto a medicación y el 85.6% (n=101) se encuentra muy insatisfechos.

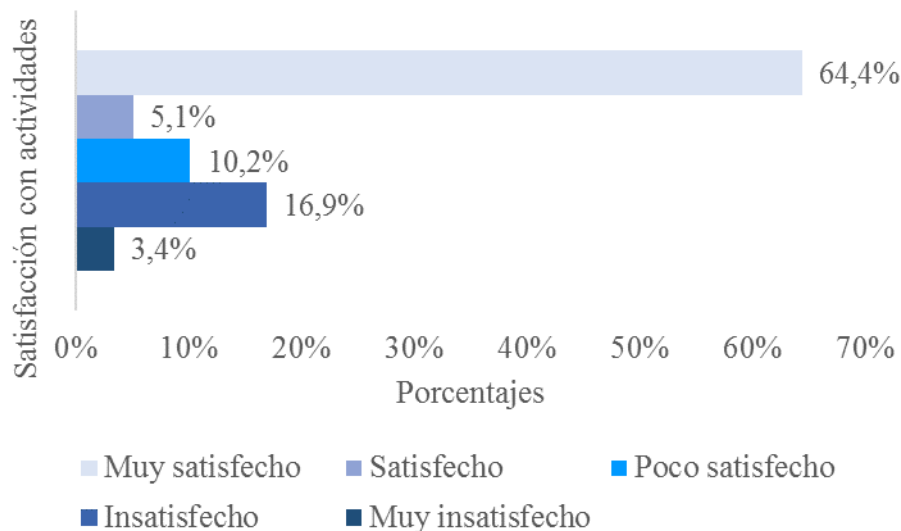
El 85.6% de los asistentes a los centros diurnos se encuentran muy insatisfechos respecto a la educación que ellos reciben por parte del personal que labora en el sitio en cuanto a

medicación, ya que indican que nunca les han dado charlas sobre medicamentos, el uso correcto y los efectos secundarios que pueden causar los mismos.

Según Moreno et al⁶⁰ existe evidencia que la falta de un manejo adecuado de la medicación tiene múltiples repercusiones, por lo que es elemental asegurarse que los pacientes poseen el conocimiento acerca de la medicación que tomarán en su casa; cómo deberán tomar los medicamentos y cómo los obtendrán. La Organización Mundial de la Salud afirma que “el 50% de los pacientes toman de manera incorrecta los medicamentos prescritos”⁶⁰, lo que genera mayor riesgo de hospitalización, incremento en la presencia de reacciones adversas a los medicamentos, así como en el índice de morbilidad y mortalidad. Este déficit en el manejo de la medicación se incrementa conforme avanza la edad de los usuarios.

Gráfico 56

**Distribución porcentual de personas adultas mayores
según satisfacción con actividades realizadas
Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás
Enero-Marzo, 2017.**



Fuente: Elaboración propia

El 64.4% (n=76) de las personas adultas mayores que asisten a los centros diurnos se encuentran muy satisfechas con todas las actividades físicas y recreativas que se realizan dentro de estos centros, el 5.1% (n=6) se encuentran satisfechos, el 10.2 (n=12) se encuentran poco satisfechos, el 16.9% (n=20) se encuentran insatisfechos y el 3.4% (n=4) indican sentirse muy insatisfechos con las actividades realizadas.

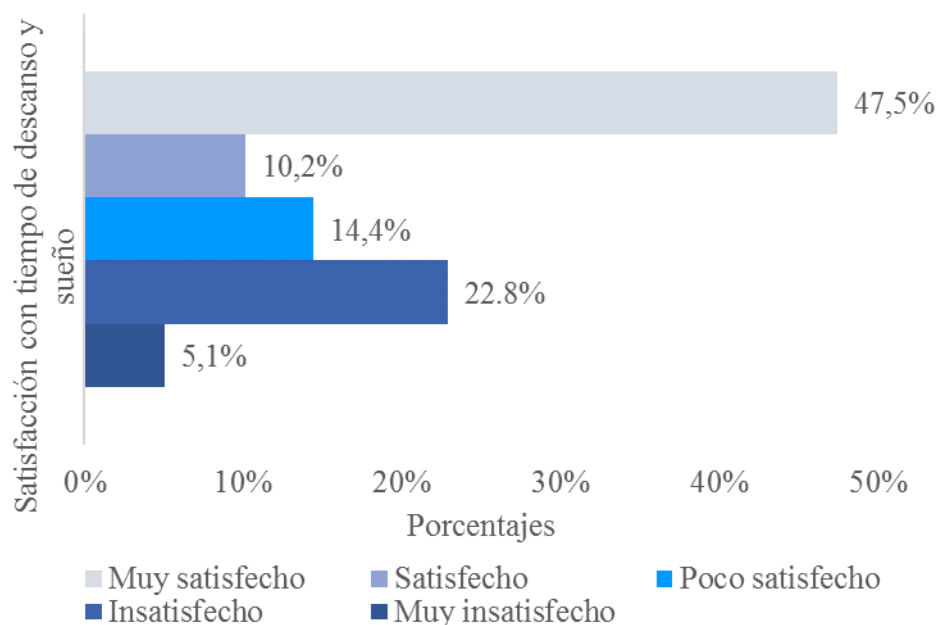
El 64,4% de la población en estudio se sienten muy satisfechos con las actividades que realizan en los centros diurnos, consideran que les sirven de distracción y recreación. Como centro diurno uno de los objetivos a cumplir de estas instituciones según el Servicio

Nacional del Adulto Mayor de Chile consiste en “promover y fortalecer la autonomía e independencia en las personas mayores, que permita contribuir a retrasar su pérdida de funcionalidad, manteniéndolos en su entorno familiar y social, a través de una asistencia periódica a un centro diurno donde se entregarán temporalmente servicios sociosanitarios y de apoyo”³³, por lo que es importante que dentro del programa de los centros diurnos se realicen actividades donde se promuevan temas de salud física, emocional, psicológica y social, que además de entretener educan a la población y la mantienen activa en todas las áreas.

Relacionándolo con lo propuesto por Henderson⁴⁸, los seres humanos tienen la necesidad de jugar y participar en diferentes actividades de entretenimiento, ya que las actividades lúdicas contribuyen a la salud física y mental de las personas, por lo que se busca que en los centros diurnos se realicen actividades que contribuyan a esta causa.

Gráfico 57

**Distribución porcentual de personas adultas mayores según
satisfacción con tiempo de descanso y sueño
Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás
Enero-Marzo, 2017.**



Fuente: Elaboración propia

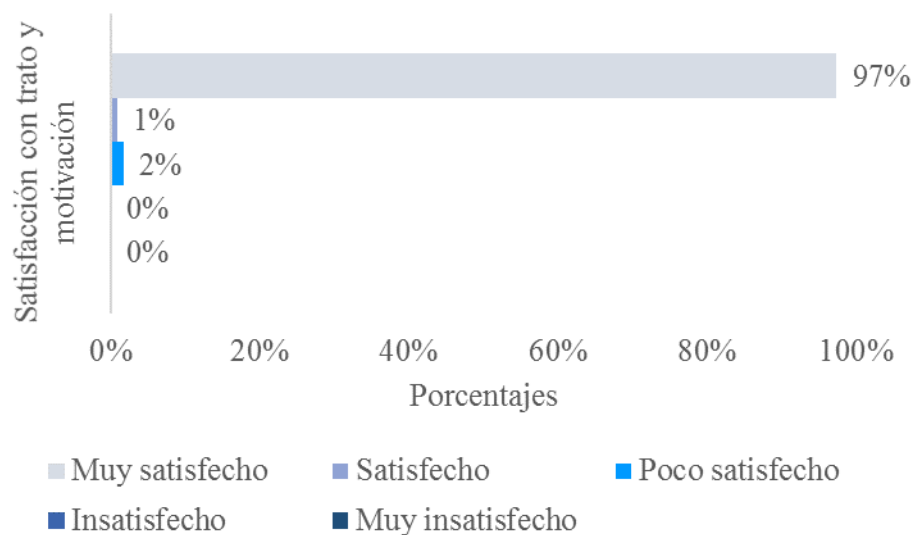
El 47.5% (n=56) de las personas adultas mayores que asisten a los centros diurnos en estudio indican que se encuentran muy satisfechas con el tiempo de descanso y sueño que se les brinda en estas instituciones, el 10.2% (n=12) se encuentran satisfechos, el 14.4% (n=17) se sienten poco satisfechos, el 22.8% (n=27) están insatisfechos y el 5.1% (n=6) muy insatisfechos.

El 47.5% de la población indica que se encuentran muy satisfechos con el tiempo de descanso y sueño que se les brinda dentro de la jornada del centro diurno para este fin. Según Cruz et al⁶⁸ como ocurre con otros síndromes geriátricos, la etiología del insomnio en el anciano es multifactorial. Muchas personas de edad presentan problemas de insomnio en relación con una dificultad para ajustar su vida a nuevos cambios como la jubilación, cambio de domicilio, pérdidas de familiares, enfermedades físicas, etc.

Según Virginia Henderson⁴⁸ el ser humano tiene la necesidad de dormir y descansar ya que el sueño y el descanso son necesidades básicas e imprescindibles de la persona por las importantes funciones reparadoras que ejercen en el organismo, contribuyendo a la salud física y psicológica del mismo.

Gráfico 58

Distribución porcentual de personas adultas mayores según satisfacción con el trato y la motivación por parte del personal Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás Enero-Marzo, 2017.



Fuente: Elaboración propia

El 97% (n=115) de las personas adultas mayores entrevistadas se encuentran muy satisfechas con el trato y la motivación que les brinda el personal que trabaja en el centro diurno al que asisten, el 1% (n=1) se encuentra satisfecho, el 2% (n=2) se encuentra poco satisfecho y el 0% (n=0) se encuentra insatisfecho o muy insatisfecho con el trato recibido por parte de los trabajadores del centro diurno.

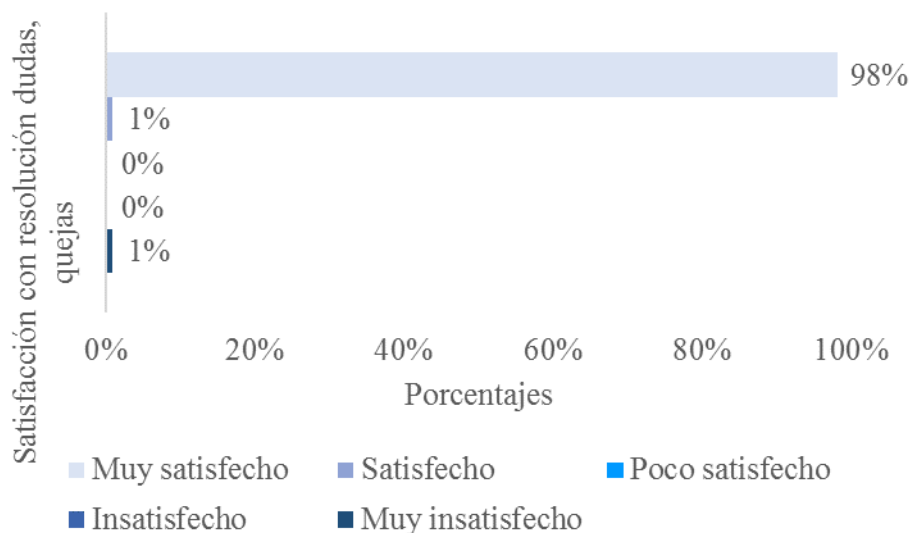
El 97% de la población encuestada indica sentirse muy satisfecha con el personal que labora en los centros diurnos, lo cual permite que las personas adultas mayores se sientan a

gusto en estos sitios, lo cual influye en la motivación para asistir diariamente a estos lugares.

Strejilevich citado Rossi por sostiene que la motivación “es toda condición interna en el individuo que le impulsa a la acción o al pensamiento; ésta influye sobre la voluntad para trabajar y hacer. Se trata de intereses, deseos, aspiraciones y procesos internos de la persona que despiertan, dirigen y sostienen una actividad determinada. La concreción del motivo tiene su efecto en la estimulación, la necesidad, que hace que el adulto mayor participe activamente, donde se renueva, se transforma, inventa y se reconstruye”⁷³.

Gráfico 59

Distribución porcentual de personas adultas mayores según satisfacción con el tiempo de espera para atención de dudas, quejas o necesidades Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás Enero-Marzo, 2017.



Fuente: Elaboración propia

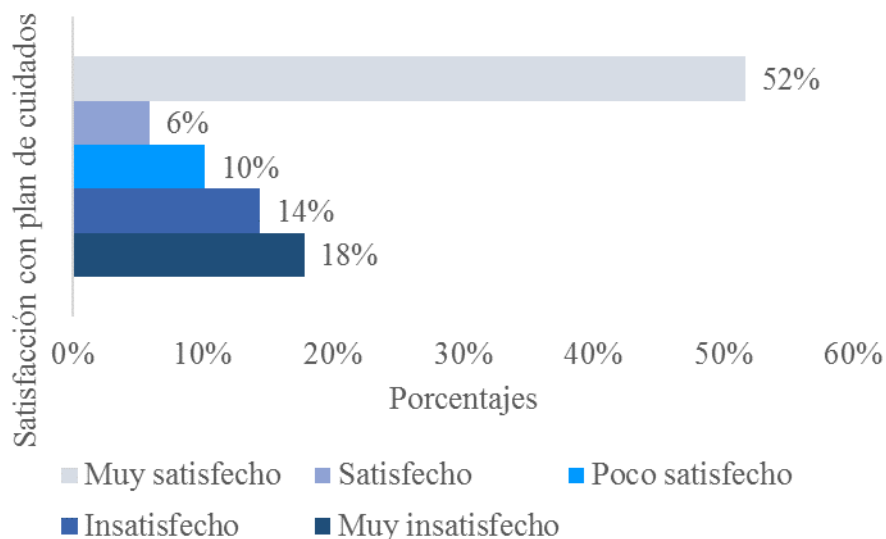
El 98% (n=116) de las personas adultas mayores que asisten a los centros diurnos se encuentran muy satisfechos con el tiempo de espera para la atención de dudas, quejas o necesidades que se presentan al administrador de los centros diurnos, el 1% (n=1) se encuentra satisfecho, el 0% (n=0) se encuentran poco satisfechos o insatisfechos y el 1% (n=1) indica sentirse muy insatisfecho ya que sus inquietudes no se le resuelven.

El 98% de la población encuestada indica sentirse muy satisfecha con la resolución de sus inquietudes. Lo cual los hace sentirse a gusto y participe en el centro diurno al cual pertenecen, ya que se les respetan sus derechos.

La participación ciudadana según Rossi hace referencia a “estar presente en, ser parte de, ser tomado en cuenta por y para, involucrarse, intervenir en, etc. Participar es incidir, influir, responsabilizarse. La participación es un proceso que enlaza necesariamente a los sujetos y los grupos; la participación de alguien en algo, relaciona a esa persona con las otras también involucradas. Ser participante implica ser coagente, copartícipe, cooperante, coautor o coautora, corresponsable.”⁷³

Gráfico 60

**Distribución porcentual de personas adultas mayores según satisfacción con el plan de cuidados que sigue el personal del centro de acuerdo con las patologías actuales
Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás
Enero-Marzo, 2017.**



Fuente: Elaboración propia

El 52% (n=61) de la población asistente a los centros diurnos abordados se encuentran muy satisfechos con el plan de cuidados que sigue el personal del centro de acuerdo con sus patologías actuales, el 6% (n=7) se encuentran satisfechos, el 10% (n=12) se encuentran poco satisfechos, el 14% (n=17) insatisfechos y el 18% (n=21) muy insatisfechos, ya que según indican hace falta personal de salud capacitado para brindar cuidados de acuerdo a las patologías presentes.

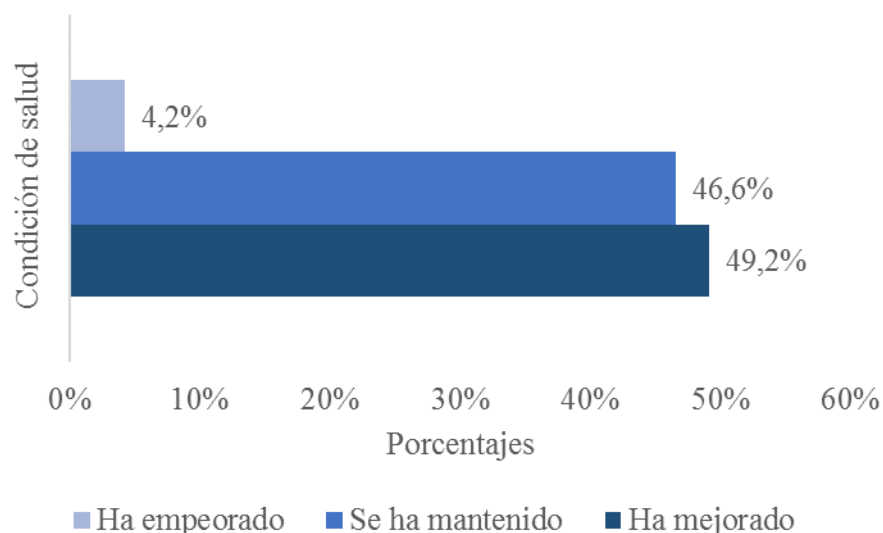
El 58% de los encuestados se encuentran muy satisfechos o satisfechos con el plan de cuidados que sigue el personal del centro de acuerdo a las patologías que cada uno posee,

sin embargo, el 42% restante se encuentra en descontento ya que indican que los cuidados que se brindan no son específicos a patologías, sino que se manejan de manera general a todos por igual, lo que indican que hace falta presencia de profesionales en salud para el manejo de cada patología de manera individualizada.

Coto et al³⁸ señalan que, en lo que respecta al cuidado formal, se distinguen dos categorías: aquellos que tiene una formación teórico-práctica o profesional para la atención al dependiente o para realizar acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, y cuidadores sin formación teórica-práctica, o si la han recibido, es de corta duración y muy limitada, por lo que dentro de los centros diurnos se brinda un cuidado formal, pero con personas que no han recibido una formación teórico-práctica o ha sido de corta duración y limitada, basada en atención general a la personas adultas mayores, no especializada en patologías, ni se cuenta con el aporte de profesionales que se encarguen de este tipo de cuidado individualizado.

Gráfico 61

**Distribución porcentual de personas adultas mayores según estado de salud actual
Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás
Enero-Marzo, 2017.**



Fuente: Elaboración propia

Según las personas adultas mayores el 4.2% (n=5) considera que su salud ha empeorado desde que asiste al centro diurno, debido a que se sienten mejor en casa o ya llevan tantos años de asistir a este programa que se sienten cada día más cansados de seguir asistiendo, el 46.6% (n=55) indica que su salud se ha mantenido desde que asiste al centro diurno y el 49.2% (n=58) restante afirma que su salud ha mejorado desde que asisten diariamente a estas instituciones diurnas.

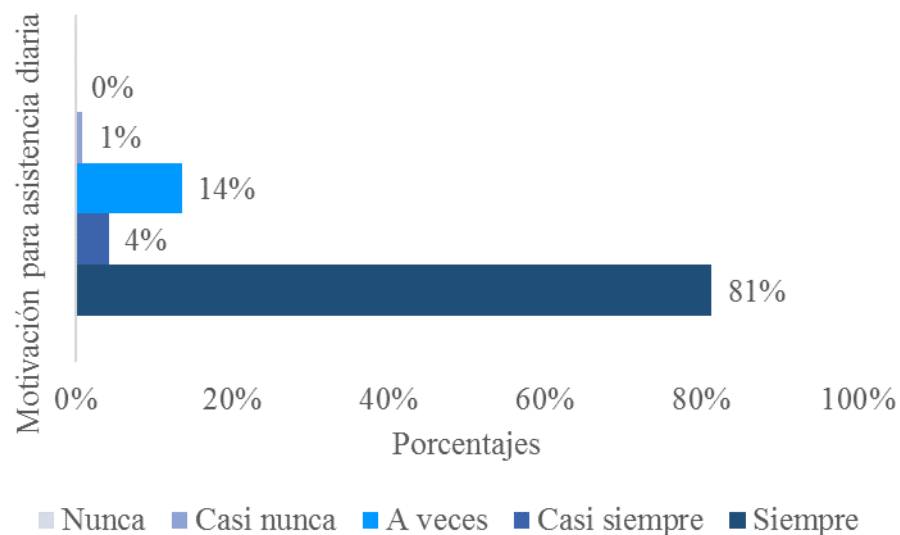
El 95.8% de las personas encuestadas consideran que su salud se ha mantenido o ha mejorado con la asistencia a los centros diurnos, indican que se sienten a gusto en los

mismos, pero el aspecto que más recalcan es que se sienten acompañados más que en sus hogares, lo que influye en su salud psicológica y mental.

Según Coto et al³⁸ es importante reconocer que el cuidado no solamente se enfoca en la atención de la persona enferma y/o dependiente, sino que también se brinda al individuo sano, por medio de actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Gráfico 62

Distribución porcentual de personas adultas mayores según motivación para asistir diariamente Centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás Enero-Marzo, 2017.



Fuente: Elaboración propia

El 81% (n=96) de los asistentes a los centros diurnos se sienten siempre motivados a asistir diariamente a los centros diurnos, el 4% (n=5) casi siempre se sienten motivados, el 14% (n=16) a veces se sienten motivados, el 1% (n=1) casi nunca se siente motivado y el 0% (n=0) nunca está motivado a asistir.

El 81% de los usuarios se sienten siempre motivados a asistir diariamente a los centros diurnos, lo que para ellos el centro significa una opción de esparcimiento, compañía y entretenimiento diario y si faltan es cuando están enfermos o los fines de semana que el

establecimiento se encuentra cerrado, se sienten muy a gustos de pertenecer a este programa gerontológico.

Según Alvarado³⁰ para un envejecimiento satisfactorio se necesita una adecuada alimentación y nutrición, ejercicio, higiene, buenos hábitos, etc. De esta forma se consigue una óptima calidad de vida y una vejez más beneficiosa, permitiendo satisfacción, motivación, aceptación y bienestar personal, por lo que si se alcanza un sentimiento de autorrealización, la persona va estar motivada a tener óptimas relaciones interpersonales como las que se dan dentro de un centro diurnos y se sentirán motivados a asistir diariamente si se cubren las necesidades de cada uno dentro de este sitio.

CAPÍTULO V
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1. Conclusiones

La satisfacción relacionada con los cuidados de salud que brinda el personal de los centros diurnos de los cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás está presente en los usuarios que asisten a estos centros. Aunque no se brindan cuidados específicos e individualizados a cada persona, los clientes se encuentran satisfechos con el servicio recibido por parte de los trabajadores del establecimiento, aun así, existen deficiencias presentes en la calidad del cuidado que se practica.

Las personas adultas mayores que asisten a los centros diurnos de los cantones en estudio corresponden en su mayoría a personas: entre 75 y 84 años de edad, predominante el sexo femenino, de nacionalidad costarricense, vecinos de Goicoechea, Vázquez de Coronado, Tibás y distritos circunvecinos, viudos, de religión católica, con escolaridad de primaria incompleta, con acceso a una pensión monetaria, con antecedentes quirúrgicos con más de 10 años de evolución, conocidos hipertensos, diabéticos y con otras patologías presentes, utilizan diariamente medicamentos, activos físicamente, con requisitos de ingreso como tener más de 65 años, no presentar dependencia de ningún tipo o que sea leve y presentar epicrisis y para su ingreso al centro no se toma en cuenta el estado económico de la persona ni de su familia.

Dentro de los cuidados de salud que reciben las personas adultas mayores por parte del personal en los centros diurnos investigados se encuentran: toma de signos vitales, valoración de los sentidos, valoración del control de esfínteres, de la capacidad de

deambulaci3n, la marcha, de la vestimenta, higiene y de la integridad de la piel, observaci3n diaria de signos y sntomas de estrs y depresi3n, valoraci3n de la capacidad de autocuidado, disponibilidad de documentaci3n sobre el estado actual de salud, fomento de la religiosidad y espiritualidad, se favorece el descanso y sueo, se realizan actividades de ocio, recreaci3n y ffsicas, se brindan charlas educativas, se toman medidas de seguridad, se brinda un trato basado en el respeto e igualdad a todos.

Respecto a los cuidados de salud brindados por el personal, las personas adultas mayores se encuentran satisfechas con el servicio recibido por parte de los trabajadores de los centros diurnos visitados. Indican sentirse muy satisfechos con la alimentaci3n, con la asistencia para la movilizaci3n, con las actividades de ocio y recreaci3n, con la educaci3n recibida, con el tiempo de descanso y sueo, con el trato y la motivaci3n del personal. En cuanto a la medicaci3n se encuentran muy insatisfechos debido a que nunca reciben informaci3n referente a este tema. A su vez, indican que no se brindan cuidados especfficos relacionados con las patologfas que presentan y consideran que su salud ha mejorado desde que asisten a estos centros diurnos, refiri3ndose a su salud mental.

4.2. Recomendaciones

- Disponer de un profesional médico, de enfermería y de nutrición remunerado o voluntario que realice una valoración general o un examen físico de cada usuario nuevo, además que se encargue de la valoración del dolor y sus características en caso de que un usuario lo refiera y que realice una valoración nutricional de cada usuario, como toma de medidas antropométricas e instauración de dietas especiales para aquellas patologías que necesiten de una dieta especial de acuerdo a su condición.
- Analizar la necesidad de un número mayor de trabajadores o voluntarios en el centro diurno, adecuados a la población total que se atiende.
- Brindar charlas de prevención y promoción de salud, no solo a los adultos mayores asistentes, sino también al personal que labora en el centro diurno. En este punto se puede aprovechar los campos clínicos que realizan los estudiantes de enfermería de diversas universidades, además de incluir temas en cuanto a medicación: como la manera correcta de utilizarlos y los efectos secundarios que producen los mismos, ya que las personas adultas mayores poseen muchas dudas al respecto .
- Realizar revisiones periódicas del carné de vacunación y coordinar con el centro médico correspondiente la aplicación de las vacunas en caso de presentar un esquema incompleto.

- Brindar mejores espacios físicos y su limpieza para fomentar el descanso y sueño de los usuarios luego del almuerzo, ya que muchos de ellos poseen problemas de sueño y prefieren reposar luego del almuerzo.
- Disponer de un plan documentado para la prevención de caídas y fracturas dentro del centro diurno y que sea conocido por todo el personal laboral, además contar con un documento sobre el manejo de patologías específicas como hipertensión arterial, diabetes mellitus, coagulopatías, epilépticos, cardiopatías, etc. Así como un protocolo de atención para enfermedades infecto contagiosas como: hepatitis B, SIDA, entre otros, para brindar cuidados de salud más específicos e individualizados.
- Coordinar con algún profesional en salud para la capacitación de los trabajadores en primeros auxilios para brindar una atención adecuada en caso de presentarse alguna emergencia dentro del centro diurno, con el fin de mantener estable al usuario mientras llega el servicio de ambulancia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. Ley Integral para la Persona Adulta Mayor N°7935 [Internet]. 1999. Disponible en: https://www.oas.org/juridico/mla/sp/cri/sp_cri-int-text-per-adul-may.pdf
2. Velandia A, Sánchez B, Antolínez B, Peña B, Vanegas B, Ruiz C, et al. El arte y la ciencia del cuidado. Colombia: UNIBIBLOS; 2002. 207 p.
3. Buide M, Fernández M, Varela N, Millán JC, Gandoy M, Mayán JM. Papel del profesional de enfermería en un Centro de Día Gerontológico [Internet]. 2000. Disponible en: http://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/14314/BuideIllobre_PapelProfesional.pdf?sequence=2&isAllowed=y
4. Albala C, Lebrão ML, Díaz L, María E, Ham R, Hennis AJ, et al. Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE): metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada. *Rev Panam Salud Pública*. 2005;17(5-6):307-22.
5. Inga J, Vara A. Factores asociados a la satisfacción de vida de adultos mayores de 60 años en Lima-Perú. *Univ Psychol*. 2006;5(3):475-86.
6. García M. Satisfacción del usuario adulto mayor con la calidad de la atención de enfermería en el hospital general Cunduacán Tabasco. *Horiz Sanit*. 2014;7(3):20-30.
7. Contreras R, Coronado M, López NH, Aguilar D, Félix M, Vega M. Satisfacción con el cuidado de Enfermería del adulto mayor hospitalizado. *Enferm Univ* [Internet]. 22 de febrero de 2012 [citado 24 de septiembre de 2016];5(1). Disponible en: <http://revistas.unam.mx/index.php/reu/article/view/30256>
8. Salmón MV, Álvarez A, Zamora A. Cuidados informales y calidad de vida de los adultos mayores. *Uaq* [Internet]. 2014;7. Disponible en: http://www.uaq.mx/investigacion/revista_ciencia@uaq/ArchivosPDF/v7-n1/02Articulo.pdf
9. Araya L, Céspedes J. Vejez, dignidad y productividad: Un Estudio Exploratorio de las Condiciones de las y los Adultos Mayores en Costa Rica. [Internet]. 2005 [citado 29 de noviembre de 2016]. Disponible en: http://www.infocoop.go.cr/biblioteca/investigaciones/investigaciones/12_vejez_dignidad_y_productividad.pdf
10. Castro C. Programa de sensibilización sobre el auto cuidado, dirigido a los adultos mayores pensionados y sus familias que asisten a la asociación de educadores

pensionados (A.D.E.P) Miramar, Puntarenas. Setiembre-diciembre 2011 [Licenciatura en Enfermería]. [Costa Rica]: Universidad Hispanoamericana; 2011.

11. Parra V. Tiempo libre y calidad de vida auto percibida de los adultos mayores que asisten a las actividades comunales de Mata Redonda, mayo, 2014. [Costa Rica]: Hispanoamericana; 2014.
12. Mora J. Humanización del cuidado en salud del personal de enfermería, evaluada desde la satisfacción de la persona adulta mayor, Hogar Carlos Ma Ulloa, diciembre 2014. [Costa Rica]: Universidad Hispanoamericana; 2014.
13. Hernández K. El adulto mayor y la universalidad de la salud: Análisis de desigualdad basado en una comparación entre los diferentes grupos de edad. *Elder Universality Health Inequal Anal Based Comp Age Groups*. Diciembre de 2014;32(3):1073-96.
14. Cáceres R. Estado de salud físico y mental de los adultos mayores del área rural de Costa Rica, 2000. [Costa Rica]: Universidad de Costa Rica; 2002.
15. Hernández R, Fernández C, Baptista M. Metodología de la investigación. Quinta edición. Mc Graw Hill; 2010.
16. Martínez M, Polo M, Carrasco B. Visión histórica del concepto de la vejez desde la Edad Media [Internet]. 2002 [citado 7 de octubre de 2016]. Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/4889/1/CC_11_08.pdf
17. Perea R, Hernando M. Tema II: Concepto de salud: su evolución histórica y cultural OCW UNED [Internet]. Open Course Ware. 2007 [citado 1 de diciembre de 2016]. Disponible en: http://ocw.innova.uned.es/ocwuniversia/educacion_para_la_salud/formacion-en-promocion-y-educacion-para-la-salud/tema_2
18. Achury D. La historia del cuidado y su influencia en la concepción y evolución de la enfermería. *Inv Enf Bogotá Colombia* [Internet]. 2006 [citado 7 de octubre de 2016];8(1). Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/1573/999>
19. Mena R. Estado apuesta a Centros Diurnos. N°30933. 20 de junio de 1997;14.
20. Guevara E. Cuidados básicos en el hogar a personas adultas mayores, enfermas o con discapacidad. Costa Rica: EDNASSS; 2013. 126 p.
21. Fernández D. Programa educativo de Enfermería para la atención integral de la persona adulta mayor, dirigido a personas cuidadoras en el Hogar para Ancianos de

- Palmares en el periodo Enero a Diciembre del 2010. [Costa Rica]: Universidad de Costa Rica; 2010.
22. Ramírez M, Lee S. Factores asociados a la satisfacción vital en adultos mayores de 60 años. Polis Rev Latinoam [Internet]. 17 de diciembre de 2012 [citado 30 de septiembre de 2016];(33). Disponible en: <https://polis.revues.org/8594>
 23. Abrajan M, Contreras J, Montoya S. Grado de satisfacción laboral y condiciones de trabajo: una exploración cualitativa. Enseñanza e investigación en Psicología. 2009;14(1):105-18.
 24. Calva J. Satisfacción de usuarios: la investigación sobre las necesidades de información. [Internet]. Universidad Nacional Autónoma de México; 2009. 52 p. Disponible en: http://132.248.242.3/~publica/archivos/libros/satisfaccion_usuarios.pdf
 25. Quintero J. Abraham M. Maslow y su teoría de la motivación humana | psicopedagogiaaprendizajeduc [Internet]. Psicopedagogíaaprendizajeduc. 2012 [citado 6 de diciembre de 2016]. Disponible en: <https://psicopedagogiaaprendizajeduc.wordpress.com/2012/06/29/abraham-maslow-y-su-teoria-de-la-motivacion-humana/>
 26. Massip C, Reyes O, María R, Abreu L, Carmen M, Peña M, et al. La evaluación de la satisfacción en salud: un reto a la calidad. Rev Cuba Salud Pública. diciembre de 2008;34(4):0-0.
 27. Thompson I. Satisfacción del Cliente [Internet]. 2006 [citado 5 de diciembre de 2016]. Disponible en: http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/44275060/Satisfaccion_del_Cliente.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAJ56TQJRTWSMTNPEA&Expires=1480964147&Signature=IGGaERoNnrRnTUYhu0twHOym2dI%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DLa_Satisfaccion_del_Cliente.pdf
 28. González H. Cómo medir la satisfacción del cliente [Internet]. Calidad y gestión. 2014 [citado 6 de diciembre de 2016]. Disponible en: <https://calidadgestion.wordpress.com/2014/09/15/como-medir-la-satisfaccion-del-cliente/>
 29. Hernández K, Jiménez M. Propuesta educativa de atención de enfermería para la implementación de nuevas actividades que faciliten la estimulación física, emocional y social, dirigida a la persona adulta mayor que asiste al Centro Diurno Asociación de Atención Integral para la Tercera Edad de Coronado, durante el primer cuatrimestre del 2016 [Licenciatura de Enfermería]. [San José, Costa Rica]: Universidad de Iberoamérica; 2016.

30. Alvarado J. Calidad de vida del adulto mayor que asiste al centro diurno de Hierbabuena de la Unión de Tres Ríos [Licenciatura en Psicología]. [Costa Rica]: Universidad Fidélitas; 2008.
31. Ugalde T. Programa de entrenamiento gerontológico para cuidadores de personas adultas mayores del Centro Diurno La Casa Sol, Escazú [Magister en Gerontología]. Universidad de Costa Rica; 2007.
32. Bogantes L, Mejías C, Murillo R, Vargas G. Condiciones de vida de las personas adultas mayores en centros diurnos de los cantones de Grecia, Poás, a partir del enfoque de derechos humanos: una propuesta desde el trabajo social [Licenciatura en Trabajo Social]. Universidad de Costa Rica; 2013.
33. SENAMA. Guía de Operaciones Centros Diurnos [Internet]. 2014. [citado el 16 de marzo de 2017] Disponible en: http://www.senama.cl/filesapp/GUIA_PROGRAMA_CENTROS_DIURNOS.pdf
34. Presidencia de la República, Ministerio de Salud. Sistema Costarricense de Información Jurídica. Norma de Normas para el funcionamiento de Establecimientos de Atención Integral a las Personas Adultas Mayores [Internet]. 2012 [citado 16 de marzo de 2017]. Disponible en: http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=46801&nValor3=89001&strTipM=TC
35. Gonzáles J, Pichardo A, García L. Geriatria. Primera Edición. México D.F: Mc Graw Hill; 2009.
36. Orellana V, Barros C, Forttes A, Valenzuela E, Zegers B, Bentué A, et al. Gerontología básica: lecturas complementarias. Pontificia Universidad Católica de Chile. Dirección de Educación a Distancia. Chile: Teleduc; 1999.
37. Acuña E, Villalobos V. Percepción del significado de adulto mayor dentro del contexto de institucionalización en el personal de enfermería y su relación con la atención que se brinda, para la elaboración de una propuesta educativa de enfermería, sobre la sensibilización hacia la población geriátrica en el Hogar Madre Bertha Acuña, durante el periodo de Setiembre del 2015 a Abril del 2016 [Licenciatura en Enfermería]. Universidad de Iberoamérica; 2016.
38. Coto F, Rojas F, Solano C. Programa educativo de Enfermería para la prevención y el manejo de lesiones no intencionales, dirigido a personas cuidadoras de adultos (as) mayores residentes de Hogar para Ancianos de Montes de Oca «Nuestra Señora de Lourdes», durante el año 2013 [Licenciatura en Enfermería]. [Costa Rica]: Universidad de Costa Rica; 2014.

39. Téllez S, García M. Modelos de cuidados en Enfermería NANDA, NIC y NOC - [Internet]. México: Mc Graw Hill; 2012 [citado 7 de octubre de 2016]. 736 p. Disponible en: http://lbslinea.librositio.net/_71680355978/web/viewer.php
40. Bonafont A, Sadurní C. Capítulo 5: Enfermería Geriátrica: concepto, principios y campo de actuación [Internet]. 2007 [citado 7 de diciembre de 2016]. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/enfermeria_gerontogeriatrica_concepto_principios_y_campo_de_actuacion.pdf
41. Marín P, Gac H, Carrasco M. Geriatria y Gerontología. 3a Ed. Vol. 1. Chile: Grupo Guía; 2007. 410 p.
42. Stanley M, Blair K, Gauntlett P. Enfermería Geriátrica. 3ra Ed. México D.F: Mc Graw Hill; 2005. 388 p.
43. Tabloski P. Enfermería Gerontológica. 2a. Ed. Vol. 1. España: Pearson; 2010. 936 p.
44. Fernández J. Guía sobre Centros de Día para personas mayores en situación de dependencia [Internet]. OISS. 2011 [citado 7 de diciembre de 2016]. Disponible en: http://www.oiss.org/IMG/pdf/GUIA_DE_CENTROS_DE_DIA_prog-Ib-def.pdf
45. Bellido JC, Ríos A, Fernández S. Capítulo II. Modelo de cuidados de Virginia Henderson. En: Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los Lenguajes NNN [Internet]. 1a. Ed. España: Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén; 2010 [citado 19 de diciembre de 2016]. p. 19-20. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0714.pdf>
46. Raile M, Marriner A. Modelos y teorías en enfermería. 7ma. Ed. España: Elsevier; 2011.
47. Arena L, Arias J, Beltrán S, Izaguirre M. El Cuidado: VIRGINIA HENDERSON [Internet]. 2012 [citado 8 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com/2012/06/virginia-henderson.html>
48. Vernet F. Conceptos básicos de enfermería en la atención gerontológica según el Modelo V. Henderson. GEROKOMOS. 2007;18:77-83.
49. Rabines A. Factores de riesgo para el consumo de tabaco en una población de adolescentes escolarizados. [Internet] [Bachillerato en Medicina]. [Perú]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2002 [citado 20 de diciembre de 2016]. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/salud/rabines_j_a/t_completo.pdf
50. Lopategui E. Factores que afectan la salud [Internet]. [citado 20 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://www.saludmed.com/Bienestar/Cap1/Factores.html>

51. Barquero J., Vargas JC. La migración internacional en Costa Rica: estado actual y consecuencias [Internet]. 2004 [citado 24 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/migracion/migracion-Barquero-Vargas.pdf>
52. Municipalidad de Goicoechea. Geografía y Población [Internet]. Municipalidad de Goicoechea. 2016 [citado 8 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://www.munigoicoechea.com/index.php/pagina-geografia-poblacion>
53. Fernández X, Robles A. I informe estado de situación de la persona adulta mayor [Internet]. Costa Rica: UCR y CONAPAM; 2008 [citado 8 de mayo de 2017] p. 245. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/costarica-iinforme-01.pdf>
54. Fondo de Cooperación para Agua y Saneamiento. Costa Rica en breve [Internet]. Fondo del agua. 2014 [citado 28 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://www.fondodelagua.aecid.es/es/fcas/donde-trabaja/paises/costa-rica.html>
55. Carrasco V, Quintero J. Evaluación de riesgos quirúrgicos y manejo post cirugía del adulto mayor de 80 años. Rev Médica Clínica Las Condes. 2012;23(1):42-8.
56. Del Valle G, Coll L. Relaciones sociales y envejecimiento saludable [Internet]. 2011 [citado 8 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://salut-envelliment.uab.cat/publicacions/docs/relacionsocialsesp.pdf>
57. CONAPAM. Modalidades [Internet]. 2014 [citado 9 de mayo de 2017]. Disponible en: <https://www.conapam.go.cr/modalidades/>
58. Aguayo A, Lagos AP. Guía clínica de control de signos vitales [Internet]. Chile: Universidad Pedro de Valdivia; 2014 [citado 3 de abril de 2017]. Disponible en: <http://academico.upv.cl/doctos/KINE-4068/%7B328B1B37-2C2A-4747-8B38-169806A27753%7D/2012/S1/GUIA%20TECNICA%20DE%20CONTROL%20DE%20SIGNOS%20VITALES%20KINE.pdf>
59. Hernández J, Fernández C, Trujillo C, Salazar R, Flores S, Ruiz F, et al. Dolor en Adulto Mayor [Internet]. 2010 [citado 3 de abril de 2017]. Disponible en: <http://www.dolor.org.co/libro/Dolor%20en%20Adulto%20Mayor.pdf>
60. Moreno MG, Garza L, Interrial MG. Manejo de la medicación en el adulto mayor al alta hospitalaria. Cienc Enferm. [Internet]. 2013 [citado 28 de abril de 2017]; 19(3):11-20. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0717-95532013000300002&lng=es&nrm=iso&tlng=es

61. Oscanoa T. Uso inadecuado medicamentos en adultos mayores. Scielo. [Internet] 2005 [citado 17 de abril de 2017]; 66(1):43-52. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v66n1/a07v66n1.pdf>
62. Arriagada L, Jirón M, Ruiz I. Uso de medicamentos en el adulto mayor. [Internet] 2008 [citado 03 de abril 2017]; 19:309-3017. Disponible en: https://www.redclinica.cl/Portals/0/Users/014/14/14/uso_medicamentos_adulto_mayor.pdf
63. Martínez L, Nellen H., Hamui A, Halabe J. Incontinencia urinaria en el adulto mayor. Medigraphic. [Internet] 2007 [citado 03 de abril 2017]; 45(5):513-21. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2007/im075n.pdf>
64. Bermúdez I, Garita Y. Propuesta de un modelo de capacitación para los administradores de los centros diurnos de atención al anciano [Licenciatura en Ciencias de la Educación]. [Costa Rica]: Universidad de Costa Rica; 1996.
65. Martínez J, Martínez V, Esquivel C, Velasco V. Prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado. Medigraphic. [Internet] 2007 [citado 20 de abril 2017]; 45(1):21-8. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2007/im071d.pdf>
66. Montejano R, Ferrer R, Clemente G, Martínez N. Estudio del riesgo nutricional en adultos mayores autónomos no institucionalizados. Scielo. [Internet] 2013 [citado 03 de abril 2017]; 28(5):1438-46. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0212-16112013000500010&lng=es&nrm=iso&tlng=es
67. Ministerio de Salud. Norma Nacional de Vacunación [Internet]. 2013 [citado 19 de abril de 2017]. Disponible en: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/vigilancia-de-la-salud/normas-protocolos-y-guias/2302-norma-nacional-de-vacunacion-2013/file>
68. Cruz E, Hernández Y, Morera B, Fernández Z, Rodríguez JC. Trastornos del sueño en el adulto mayor en la comunidad. Rev Cienc Médicas Pinar Río [Internet]. 2008 [citado 18 de abril 2017]; 12(2):121-30. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1561-31942008000200014&lng=es&nrm=iso&tlng=es
69. Cerda L. Manejo del trastorno de marcha del adulto mayor. Rev Médica Clínica Las Condes. [Internet] 2013 [citado 09 mayo de 2017]; 1:265-75. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-manejo-del-trastorno-marcha-del-S0716864014700379>

70. Hernández D., Ferrer J. Prevención de caídas en el adulto mayor: Intervenciones de enfermería. Medigraphic. [Internet] 2007 [citado 09 de mayo 2017]; 15(1):47-50. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-manejo-del-trastorno-marcha-del-S0716864014700379>
71. Garibay C, Peláez I, Cano A., Montoya J. Manual de primeros auxilios básicos [Internet]. UNAM; 2006 [citado 27 de abril de 2017]. Disponible en: http://www.cucba.udg.mx/sites/default/files/proteccioncivil/manuales/Manual_Primeros_Auxilios.pdf
72. Restrepo L, Morales R, Ramírez M, López MV , Varela L. Los hábitos alimentarios en el adulto mayor y su relación con los procesos protectores y deteriorantes en salud. Rev Chil Nutr. [Internet] 2006 [citado 10 de mayo 2017]; 33(3):500-10. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0717-75182006000500006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
73. Rossi L. Participación y motivación en los adultos mayores: Una mirada desde una comisión barrial [Internet]. Revista: Psicología, Conocimiento y Sociedad; 2014 [citado 10 de mayo 2017]. Disponible en: http://sifp1.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/tfg_lucia_rossi_1.pdf

ANEXOS

1. Dedicatoria

A Dios
quien me concedió lo necesario
para poder concluir con esta etapa.

A mi mamá y a mi papá,
por apoyarme económicamente
con mi educación.
A mami por impulsarme
constantemente a conseguir
mis objetivos, por estar
siempre conmigo y su disposición
al escuchar mis experiencias en todas las
prácticas clínicas.

A mis hermanos, cuñados y a mis sobrinos
por darle tanta alegría a mi vida
y por su incondicionalidad en este proceso.

A mi mejor amigo y hombre
de mi vida por su incondicional apoyo,
por ser mi motivación y la fuerza que siempre
me impulsó a seguir mis sueños.

A mis usuarios y usuarias que formaron parte
de mi proceso de práctica clínica, por
permitirme demostrar mis habilidades
como enfermera con ustedes.

2. Agradecimientos

A Dios, por darme la vida y
por permitirme llegar a
la meta que me propuse
desde que decidí ser enfermera.

A mi tutora por ser una
excelente guía en este largo camino
de elaboración de tesis.

A los profesores de campo clínico
y de teoría y a la Dirección de carrera,
que contribuyeron en todo
mi proceso de enseñanza y aprendizaje.

A mis compañeros de clases
que sin duda alguna estuvieron
siempre disponibles para lo que fuera.

Al personal de los centros diurnos
por abrirme sus puertas
para realizar este trabajo.

A las personas adultas mayores,
quienes me abrieron sus corazones,
compartiendo sus vivencias,
necesidades y expectativas.

Y a todas las demás personas,
que de una u otra forma contribuyeron
en la elaboración de mi proyecto de tesis.

¡GRACIAS!

3. Carta cálculo de la muestra, elaborado por el Lic. Carlos Eduardo López Fuentes



Martes 20 de diciembre, 2016

OCL-003-2016

Señores
UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA

Estimados señores:

Hago constar que la estimación de la muestra para el proyecto de grado denominado "Satisfacción de la persona adulta mayor, en relación a los cuidados de salud brindados por el personal, centros diurnos de los cantones de Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás. Enero a marzo de 2017" de la estudiante Ileana Sánchez Gamboa, cédula de identidad 115000143 fue realizada con la siguiente fórmula estadística:

$$A) \quad n' = \left[\frac{Zt \sigma}{d} \right]^2$$

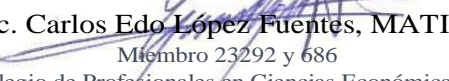
$$B) \quad n = \frac{n'}{1 + \frac{n'}{N}}$$

El tamaño de la muestra se realizó con un nivel de confianza del 95%, se empleó un error máximo permitido de 0,05.

La selección de la muestra fue llevada a cabo bajo la técnica de aleatorio simple.

Sin más por el momento, se suscribe.

Cordialmente,


Lic. Carlos Edo López Fuentes, MATI
Miembro 23292 y 686
Del Colegio de Profesionales en Ciencias Económicas de Costa Rica y del Instituto de Auditores
Internos de Costa Rica respectivamente

auditor.mati@gmail.com

4. Aplicación de la fórmula para cálculo del muestreo por el Lic. Carlos Eduardo Fuentes

Estimación del tamaño de la muestra para variables cualit
(Caso de variable dicotómica*)

Hecho por:

Lic. Carlos Eduardo López Fuentes, MATI
auditor.mati@gmail.com

$$A) \quad n' = \left[\frac{Zt \sigma}{d} \right]^2$$

$$B) \quad n = \frac{n'}{1 + \frac{n'}{N}}$$

N = Población (Digite la población en la casilla blanca de los cuadros amarillos)

n = Muestra (se obtendrá en la casilla morada de cada cuadro amarillo, dependiendo del nivel de confianza)

n' = n prima

σ = Desviación Estándar

Zt = Valor de z, en la curva normal estándar, para un nivel de confianza de (1 - α) (Nivel de confianza)

d = (x - μ), discrepancia permisible o error máximo de estimación permitido. (Error máximo)

Con un nivel de confianza del 95%	A)		
	n' = ?		
Desviación Estándar máximo	σ = 0,5	$[(1,96*0,5)/0,05]^2$	= 384,16
Nivel de confianza	Zt = 1,96		
Error máximo permitido	d = 0,05		

B)	
n' =	384,16
N =	170
n =	117,85

* En este caso, la variable dicotómica es una variable atributiva que solo puede tener uno de dos valores al aplicarla en una unidad de estudio, por ejemplo si una persona conoce o no una norma, si un activo cumple o no con requisitos, si se aprueba o no la labor de la presidencia, etc. Para este efecto, la afirmación equivaldrá a 1 y la negación a 0. Con estos valores se estiman el valor máximo posible de σ.

5. Lista para el cálculo de la muestra por medio de Muestreo Aleatorio simple, elaborada por el Lic. Carlos Eduardo López Fuentes.

a) Poblacion

#	Individuo
1	Identidad protegida
2	Identidad protegida
3	Identidad protegida
4	Identidad protegida
5	Identidad protegida
6	Identidad protegida
7	Identidad protegida
8	Identidad protegida
9	Identidad protegida
10	Identidad protegida
11	Identidad protegida
12	Identidad protegida
13	Identidad protegida
14	Identidad protegida
15	Identidad protegida
16	Identidad protegida
17	Identidad protegida
18	Identidad protegida
19	Identidad protegida
20	Identidad protegida
21	Identidad protegida
22	Identidad protegida
23	Identidad protegida
24	Identidad protegida
25	Identidad protegida
26	Identidad protegida
27	Identidad protegida
28	Identidad protegida
29	Identidad protegida
30	Identidad protegida
31	Identidad protegida
32	Identidad protegida
33	Identidad protegida
34	Identidad protegida
35	Identidad protegida
36	Identidad protegida
37	Identidad protegida
38	Identidad protegida
39	Identidad protegida
40	Identidad protegida
41	Identidad protegida
42	Identidad protegida
43	Identidad protegida
44	Identidad protegida
45	Identidad protegida
46	Identidad protegida
47	Identidad protegida
48	Identidad protegida
49	Identidad protegida
50	Identidad protegida
51	Identidad protegida
52	Identidad protegida
53	Identidad protegida
54	Identidad protegida
55	Identidad protegida
56	Identidad protegida
57	Identidad protegida
58	Identidad protegida
59	Identidad protegida
60	Identidad protegida
61	Identidad protegida
62	Identidad protegida
63	Identidad protegida
64	Identidad protegida
65	Identidad protegida
66	Identidad protegida
67	Identidad protegida
68	Identidad protegida
69	Identidad protegida
70	Identidad protegida
71	Identidad protegida
72	Identidad protegida
73	Identidad protegida
74	Identidad protegida
75	Identidad protegida
76	Identidad protegida
77	Identidad protegida
78	Identidad protegida
79	Identidad protegida
80	Identidad protegida
81	Identidad protegida
82	Identidad protegida
83	Identidad protegida
84	Identidad protegida
85	Identidad protegida

b) Sorteo

Fórmula	Elegidos
135	1
158	4
54	5
119	6
170	7
9	8
20	9
59	10
92	11
105	12
121	13
17	14
80	15
33	17
99	18
20	19
149	20
121	21
161	24
69	30
158	34
73	35
44	36
170	37
161	38
62	39
126	40
98	41
99	42
148	43
18	44
15	47
146	48
67	49
8	50
108	52
93	53
98	54
78	55
65	56
92	58
67	59
6	60
102	61
109	62
65	63
127	64
165	65
100	66
8	67
122	68
159	69
92	71
4	73
54	74
157	75
73	76
117	77
16	78
70	80
17	83
170	84
164	85
129	86
1	87
145	91
136	92
132	93
51	96
67	97
105	98
25	101
47	102
2	103
124	104
165	105
162	106
7	107
75	108
40	109
74	112
147	113
64	114
15	115
111	116

c) Muestra Aleatoria Simple

#	Individuo
1	Identidad protegida
4	Identidad protegida
5	Identidad protegida
6	Identidad protegida
7	Identidad protegida
8	Identidad protegida
9	Identidad protegida
10	Identidad protegida
11	Identidad protegida
12	Identidad protegida
13	Identidad protegida
14	Identidad protegida
15	Identidad protegida
17	Identidad protegida
18	Identidad protegida
19	Identidad protegida
20	Identidad protegida
21	Identidad protegida
24	Identidad protegida
30	Identidad protegida
34	Identidad protegida
35	Identidad protegida
36	Identidad protegida
37	Identidad protegida
38	Identidad protegida
39	Identidad protegida
40	Identidad protegida
41	Identidad protegida
42	Identidad protegida
43	Identidad protegida
44	Identidad protegida
47	Identidad protegida
48	Identidad protegida
49	Identidad protegida
50	Identidad protegida
52	Identidad protegida
53	Identidad protegida
54	Identidad protegida
55	Identidad protegida
56	Identidad protegida
58	Identidad protegida
59	Identidad protegida
60	Identidad protegida
61	Identidad protegida
62	Identidad protegida
63	Identidad protegida
64	Identidad protegida
65	Identidad protegida
66	Identidad protegida
67	Identidad protegida
68	Identidad protegida
69	Identidad protegida
71	Identidad protegida
73	Identidad protegida
74	Identidad protegida
75	Identidad protegida
76	Identidad protegida
77	Identidad protegida
78	Identidad protegida
80	Identidad protegida
83	Identidad protegida
84	Identidad protegida
85	Identidad protegida
86	Identidad protegida
87	Identidad protegida
91	Identidad protegida
92	Identidad protegida
93	Identidad protegida
96	Identidad protegida
97	Identidad protegida
98	Identidad protegida
101	Identidad protegida
102	Identidad protegida
103	Identidad protegida
104	Identidad protegida
105	Identidad protegida
106	Identidad protegida
107	Identidad protegida
108	Identidad protegida
109	Identidad protegida
112	Identidad protegida
113	Identidad protegida
114	Identidad protegida
115	Identidad protegida
116	Identidad protegida

86	Identidad protegida	118	117	117	Identidad protegida
87	Identidad protegida	143	118	118	Identidad protegida
88	Identidad protegida	39	119	119	Identidad protegida
89	Identidad protegida	72	120	120	Identidad protegida
90	Identidad protegida	26	121	121	Identidad protegida
91	Identidad protegida	41	124	124	Identidad protegida
92	Identidad protegida	90	125	125	Identidad protegida
93	Identidad protegida	77	126	126	Identidad protegida
94	Identidad protegida	68	127	127	Identidad protegida
95	Identidad protegida	115	129	129	Identidad protegida
96	Identidad protegida	120	130	130	Identidad protegida
97	Identidad protegida	120	131	131	Identidad protegida
98	Identidad protegida	162	132	132	Identidad protegida
99	Identidad protegida	46	133	133	Identidad protegida
100	Identidad protegida	28	134	134	Identidad protegida
101	Identidad protegida	23	135	135	Identidad protegida
102	Identidad protegida	140	136	136	Identidad protegida
103	Identidad protegida	105	137	137	Identidad protegida
104	Identidad protegida	102	140	140	Identidad protegida
105	Identidad protegida	107	143	143	Identidad protegida
106	Identidad protegida	98	145	145	Identidad protegida
107	Identidad protegida	120	146	146	Identidad protegida
108	Identidad protegida	75	147	147	Identidad protegida
109	Identidad protegida	93	148	148	Identidad protegida
110	Identidad protegida	39	150	150	Identidad protegida
111	Identidad protegida	140	151	151	Identidad protegida
112	Identidad protegida	117	152	152	Identidad protegida
113	Identidad protegida	89	157	157	Identidad protegida
114	Identidad protegida	14	159	159	Identidad protegida
115	Identidad protegida	19	167	167	Identidad protegida
116	Identidad protegida	157	168	168	Identidad protegida
117	Identidad protegida	127	169	169	Identidad protegida
118	Identidad protegida	58	170	170	Identidad protegida
119	Identidad protegida				
120	Identidad protegida				
121	Identidad protegida				
122	Identidad protegida				
123	Identidad protegida				
124	Identidad protegida				
125	Identidad protegida				
126	Identidad protegida				
127	Identidad protegida				
128	Identidad protegida				
129	Identidad protegida				
130	Identidad protegida				
131	Identidad protegida				
132	Identidad protegida				
133	Identidad protegida				
134	Identidad protegida				
135	Identidad protegida				
136	Identidad protegida				
137	Identidad protegida				
138	Identidad protegida				
139	Identidad protegida				
140	Identidad protegida				
141	Identidad protegida				
142	Identidad protegida				
143	Identidad protegida				
144	Identidad protegida				
145	Identidad protegida				
146	Identidad protegida				
147	Identidad protegida				
148	Identidad protegida				
149	Identidad protegida				
150	Identidad protegida				
151	Identidad protegida				
152	Identidad protegida				
153	Identidad protegida				
154	Identidad protegida				
155	Identidad protegida				
156	Identidad protegida				
157	Identidad protegida				
158	Identidad protegida				
159	Identidad protegida				
160	Identidad protegida				
161	Identidad protegida				
162	Identidad protegida				
163	Identidad protegida				
164	Identidad protegida				
165	Identidad protegida				
166	Identidad protegida				
167	Identidad protegida				
168	Identidad protegida				
169	Identidad protegida				
170	Identidad protegida				

6. Consentimiento informado

UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA

CARRERA DE ENFERMERÍA

COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN

Teléfono:(506) 2211 3000

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la Investigación: SATISFACCIÓN DE LA PERSONA ADULTA MAYOR, EN RELACIÓN A LOS CUIDADOS DE SALUD BRINDADOS POR EL PERSONAL, CENTROS DIURNOS CANTONES GOICOECHEA, VÁZQUEZ DE CORONADO Y TIBÁS, ENERO-MARZO 2017

Nombre del Investigador (a) Principal: Ileana Sánchez Gamboa

Nombre del participante: _____

A. PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN:

La aplicación de este cuestionario está a cargo de Ileana Sánchez Gamboa, estudiante de Licenciatura de la carrera de Enfermería de la Universidad Hispanoamericana, dicho instrumento forma parte de un trabajo de investigación de tesis para optar por el grado de Licenciatura en Enfermería, por lo que se le solicita su participación.

El objetivo de la investigación corresponde a: determinar la satisfacción de la persona adulta mayor, en relación a los cuidados de salud brindados por el personal, centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás, Enero-Marzo 2017, con la información obtenida se pretende verificar si los cuidados de salud que reciben en estos establecimientos son los necesarios para la población que atiende y si los(as) usuarios(as)

se encuentran satisfechos(as) con dichos cuidados recibidos. El cuestionario comprende un tiempo aproximado de 15 minutos por cada participante y se realiza de forma individual y administrada.

B. ¿QUÉ SE HARÁ?:

1. En el instrumento se busca establecer el perfil de las personas adultas mayores que asisten a los centros diurnos de los cantones de Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás. Además, se establecen los cuidados de salud que reciben en estos centros en el ámbito físico, educativo y político, así como la determinación de la satisfacción de cada persona adulta mayor respecto a los cuidados recibidos. Este cuestionario es administrado individualmente a cada usuario(a) asistente.
2. Para contestar el cuestionario el requisito indispensable es poseer 65 años de edad o más, asistir a los centros diurnos de los cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás y ser verás con las respuestas.
3. Al ser parte de la investigación se compromete a ser honesto y verás con las respuestas a este instrumento.
4. La investigación corresponde a un tiempo aproximado de una semana por cada centro diurno visitado.

C. RIESGOS:

1. La participación en este estudio puede significar cierto riesgo o molestia para usted por lo siguiente: contiene preguntas tanto personales como familiares por lo cual puede causar la pérdida de privacidad, ansiedad o incomodidad con ciertas preguntas, así como la interrupción de la participación en actividades que se realizan en el centro diurno y que son de su agrado en el momento de la aplicación de la entrevista.
2. Si sufriera algún daño como consecuencia de los procedimientos a que será sometido para la realización de esta investigación, los investigadores participantes realizarán una referencia al profesional apropiado para que se le brinde el tratamiento necesario para su total recuperación.

D. BENEFICIOS:

Como resultado de su participación en este estudio, no obtendrá ningún beneficio directo, sin embargo, será posible que los investigadores aprendan más acerca de cuidados de salud para personas adultas mayores, estilos de vida saludable, salud emocional y psicológica y este conocimiento beneficiará a otras personas en el futuro.

- E.** Antes de dar su autorización para este estudio usted debe haber hablado con la investigadora Ileana Sánchez Gamboa, quien debió haber contestado de forma satisfactoria todas sus preguntas. Si quisiera mayor información más adelante, puede obtenerla llamando al investigador a cargo al teléfono 8347-8238 en el horario de lunes a viernes de 9 am a 5pm. Cualquier consulta adicional puede comunicarse a la Universidad Hispanoamericana **al teléfono 2211-3000**, de lunes a viernes en el horario de 8 am a 5 pm.
- F.** Recibirá una copia de esta fórmula firmada para su uso personal.
- G.** Su participación en este estudio es voluntaria. Tiene el derecho **de negarse a participar o a interrumpir** su participación en cualquier momento, sin que esta decisión afecte la calidad de la atención médica o de otra índole que requiera.
- H.** Su participación en este estudio es confidencial por lo que en caso de publicarse los resultados de esta investigación o divulgarse en una reunión científica, se garantiza estrictamente el anonimato de todas las personas participantes en el estudio.
- I.** 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 testigo fecha

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

Nombre, cédula y firma del padre/madre/representante legal (menores de edad) fecha

NOTA : Si el participante es un menor de 12 años, se le debe explicar con particular cuidado en qué consiste lo que se le va a hacer.

Se le recuerda que si va a trabajar con adolescentes de edades entre 12 y 18 años, debe elaborar fórmula de asentimiento informado.

5. Número de empleados que laboran en el centro diurno:

De 1 a 3

De 7 a 10

De 4 a 6

Otra, especifique: _____

6. Marque con una equis según profesión-función, los empleados que laboran en este centro diurno:

Director(a)

Terapeuta
ocupacional

Asistente de adulto
mayor

Administrador(a)

Psicólogo(a)

Trabajador(a) social

Técnico o profesional
en Seguridad e higiene
laboral

Enfermero(a)

Auxiliar de
enfermería

Nutricionista

Médico general

Otra, especifique:

Cocinero(a)

Terapeuta físico

Auxiliar de cocina

Misceláneo(a)

7. ¿Los empleados que laboran en este centro diurno reciben charlas o capacitaciones constantes con respecto al manejo y cuidados generales de la persona adulta mayor?

Sí No ¿Por qué?, especifique:

8. En caso de que su respuesta sea sí, indique la frecuencia con la que reciben este tipo de charlas:

1 vez a la semana

1 vez cada 6 meses

1 vez al mes

1 vez al año

1 vez cada 3 meses

Otra: especifique:

9. ¿Los empleados siguen las normas y procedimientos del centro diurno para el cuidado de las personas adultas mayores?

Sí No ¿Por qué?, especifique:

10. ¿Sobre cuáles aspectos generales son informados los trabajadores del centro diurno, cuando ingresa por primera vez un(a) adulto(a) mayor al centro?

- | | |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Historia clínica | <input type="checkbox"/> Capacidad para trasladarse con o sin ayuda |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades actuales | <input type="checkbox"/> Control de esfínteres |
| <input type="checkbox"/> Medicamentos que consume | <input type="checkbox"/> Capacidad para comunicarse |
| <input type="checkbox"/> Estado nutricional | <input type="checkbox"/> Otra, especifique: |
| <input type="checkbox"/> Estado mental | _____ |
| | _____ |

11. Cuando hay algún cambio en el plan de cuidado de un(a) adulto(a) mayor, ¿se les informa a los empleados inmediatamente?

- Si No ¿Por qué?, especifique:

Cuidados de salud básicos en el ser humano

Valoración física

12. ¿Se les toma signos vitales a los(as) usuarios(as) miembros del centro diurno?

- Si No ¿Por qué?, especifique:

En caso de que su respuesta sea que no, pase a la pregunta 15.

13. En caso de que su respuesta sea sí, indique ¿cuáles signos vitales son controlados en el centro diurno?

- | | |
|--------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Frecuencia cardiaca | <input type="checkbox"/> Temperatura |
| <input type="checkbox"/> Pulso | <input type="checkbox"/> Presión Arterial |
| <input type="checkbox"/> Frecuencia respiratoria | |

14. Indique con qué frecuencia son controlados los signos vitales en los(as) usuarios(as) pertenecientes al centro diurno:

- | | |
|---------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 vez a la semana | <input type="checkbox"/> 1 vez al año |
| <input type="checkbox"/> 1 vez al mes | <input type="checkbox"/> Otra: especifique: |
| <input type="checkbox"/> 1 vez cada 3 meses | _____ |
| <input type="checkbox"/> 1 vez cada 6 meses | |

15. ¿Se realiza valoración del nivel de dolor cuando el usuario refiere dolor?

() Si No () ¿Por qué?, especifique:

16. ¿Se realiza algún tipo de valoración de los efectos secundarios de la medicación que
ingiere cada usuario?

() Si No () ¿Por qué?, especifique:

17. ¿A los usuarios y usuarias asistentes se les realizan pruebas para valorar el estado de los
sentidos (agudeza visual, agudeza auditiva, estado olfatorio, estado del gusto y estado
del tacto)?

() Si No () ¿Por qué?, especifique:

En caso de que su respuesta sea que no, pase a la pregunta 19.

18. En caso de que su respuesta sea sí, indique con qué frecuencia se realizan estas pruebas:

() 1 vez a la semana

() 1 vez cada 6 meses

() 1 vez al mes

() 1 vez al año

() 1 vez cada 3 meses

() Otra: especifique: _____

19. ¿Se valora el control de esfínteres en los usuarios y usuarias del centro diurno?

() Si No () ¿Por qué?, especifique:

20. ¿Se lleva un control de las eliminaciones urinarias y fecales de cada usuario(a)?

() Si No () ¿Por qué?, especifique:

21. ¿Se valora la capacidad de deambulaci3n y marcha del usuario(a) al ingresar cada d3a al
centro diurno?

() Si No () ¿Por qué?, especifique:

22. ¿Se valora y se observa la integridad en la piel de los(as) usuarios(as) diariamente para la detección de posibles lesiones cutáneas, estado de hidratación o signos de maltrato físico?

() Si No () ¿Por qué?, especifique:

23. ¿Se observa el estado de la vestimenta con la cual el(la) usuario(a) asiste al centro diurno, valorando el estado de higiene en general?

() Si No () ¿Por qué?, especifique:

24. ¿El centro diurno cuenta apoyo de un profesional para valorar el estado nutricional y la instauración de dietas en usuarios(as) con alguna patología en especial?

() Si No () ¿Por qué?, especifique:

25. ¿Se realizan revisiones periódicas del carné de vacunación de cada usuario asistente al centro diurno?

() Si No () ¿Por qué?, especifique:

26. En caso de que el adulto o la adulta mayor tenga el esquema incompleto de vacunas, ¿qué acciones se toman respecto a esto?

() Se le indica al adulto (a) mayor

() Se cuenta con personal capacitado para administrar vacunas

() Se le avisa al familiar

() Otra, especifique:

() Se coordina directamente con el EBAIS o centro de salud cercano

27. ¿Se brindan espacios dentro de la rutina del centro diurno para favorecer el sueño y el descanso de los adultos y adultas mayores dentro del centro diurno?

() Si No () ¿Por qué?, especifique:

28. ¿El centro diurno cuenta con espacios físicos adecuados para favorecer el sueño y descanso de los adultos y adultas mayores que asisten al establecimiento?

() Si No () ¿Por qué?, especifique:

29. ¿Se valoran signos y síntomas de estrés en cada usuario asistente (llanto, ansiedad, irritabilidad, nerviosismo, molestias musculares, confusión, aumento o disminución del apetito, indigestión, sarpullidos, etc.)?

() Si No () ¿Por qué?, especifique:

Valoración funcional

30. ¿Se valora constantemente en el centro diurno la capacidad de cada usuario(a) para realizar tareas de autocuidado (cuidado propio de sí mismo como: alimentación, capacidad para usar el sanitario, capacidad para manejar sus medicamentos, realización de cuidados especiales de acuerdo a su enfermedad)?

() Si No () ¿Por qué?, especifique:

Valoración mental

31. ¿Se cuenta con la colaboración de un profesional que valore la función cognitiva (mental) de cada usuario(a)?

() Si No () ¿Por qué?, especifique:

32. ¿Se valoran en los adultos(as) mayores signos y síntomas de depresión (aislamiento, no participación en actividades, llanto, tristeza, no asistencia, no alimentación, entre otros) diariamente?

() Si No () ¿Por qué?, especifique:

Valoración social

33. ¿Se toma en cuenta estado económico del usuario(a) y su familia para el ingreso del adulto(a) mayor al programa del centro diurno?

() Si No () ¿Por qué?, especifique:

34. ¿Se tiene documentación sobre la historia clínica y el estado actual de salud de cada usuario(a) que asiste al centro diurno?

() Si No () ¿Por qué?, especifique:

35. ¿Se fomenta la espiritualidad y la religiosidad en los usuarios(as) del centro diurno?

() Si No () ¿Por qué?, especifique:

En caso de que su respuesta sea No, pase a la pregunta 37.

36. En caso de que su respuesta sea sí, indique de qué manera:

37. ¿Se realizan actividades de ocio y recreación dentro de la jornada laboral del centro diurno?

() Si No () ¿Por qué?, especifique:

En caso de que su respuesta sea No, pase a la pregunta 39.

38. En caso de que su respuesta sea sí, indique con qué frecuencia realizan actividades físicas en el centro diurno:

- | | |
|-------------------------|------------------------------|
| () Todos los días | () 1 vez a la semana |
| () 3 veces a la semana | () 1 vez al mes |
| () 2 veces a la semana | () Otra: especifique: _____ |

Educación

39. ¿Se les brinda información constantemente a los familiares de la persona que asiste al centro diurno referente al progreso, estado de salud físico y emocional de su familiar?

() Si No () ¿Por qué?, especifique:

40. ¿Se brindan charlas de promoción de salud y prevención de enfermedades (buena alimentación, higiene, ejercicio, vacunación, evitar tabaco y alcohol, automedicación, manejo del estrés, motivación, importancia de la comunicación, entre otros) a la población asistente al centro?

() Si No () ¿Por qué?, especifique:

En caso de que respuesta sea No, pase a la pregunta 42.

41. En caso de que su respuesta sea sí, indique con qué frecuencia:

() 1 vez a la semana

() 1 vez al año

() 1 vez al mes

() Otra, especifique:

() 1 vez cada 3 meses

() 1 vez cada 6 meses

42. ¿Se brinda algún tipo de capacitación a los familiares sobre los cuidados básicos del adulto(a) mayor en el hogar?

() Si No () ¿Por qué?, especifique:

Seguridad

43. ¿Este establecimiento cuenta con plan de emergencias documentado y que sea conocido por todos los funcionarios que laboran en el lugar?

() Si No () ¿Por qué?, especifique:

44. ¿Considera usted que el centro diurno cuenta con instalaciones físicas seguras y adecuadas para la población asistente?

() Si No () ¿Por qué?, especifique:

45. ¿El establecimiento cuenta con un plan documentado para la prevención y atención de caídas de la población adulta mayor?

() Si No () ¿Por qué?, especifique:

46. ¿El centro diurno cuenta con un documento donde se registran la cantidad de caídas que sucedieron en el último año?

() Si No () ¿Por qué?, especifique:

47. ¿Cuántas caídas de adultos y adultas mayores suceden en promedio al mes en este centro diurno?

() No hay caídas

() De 7 a 10 caídas

() De 1-3 caídas

() Más de 10 caídas

() De 4-6 caídas

() Otra,
especifique:_____

48. ¿Qué acciones se realizan cuando sucede una caída dentro del centro diurno?

() Se cuenta con un profesional que valore las consecuencias de la caída

() Se realizan las curaciones en el centro diurno

() Se levanta a la persona con equipo de protección: cuello, camilla

() Se le avisa a los familiares

() Se levanta a la persona sin ningún tipo de protección

() Se corrige inmediatamente la situación que causó la caída

() Se valora el estado de conciencia de la persona

() Se deja quieto en el suelo hasta que llegue alguien capacitado

() Se revisa la integridad de la piel en busca de lesiones

() Otra, especifique:

() Se llama al 911 para solicitar una ambulancia

49. ¿El centro diurno cuenta con un espacio físico adecuado para la atención médica que resguarde la intimidad de cada usuario(a)?

() Si No () ¿Por qué?, especifique:

50. ¿El centro diurno cuenta con protocolos de atención escritos para la atención de patologías específicas (hipertensión arterial, diabetes, trastornos de coagulación, epilepsia, entre otros)?

() Si No () ¿Por qué?, especifique:

51. ¿El establecimiento cuenta con botiquín de primeros auxilios?

Si No ¿Por qué?, especifique:

52. ¿En el centro diurno labora algún trabajador capacitado en primeros auxilios?

Si No ¿Por qué?, especifique:

CUESTIONARIO PARA ADULTOS MAYORES ASISTENTES A LOS CENTROS DIURNOS GERONTOLÓGICOS

La aplicación del siguiente instrumento tiene como objetivo: determinar la satisfacción de la persona adulta mayor, en relación a los cuidados de salud brindados por el personal, centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás, Enero-Marzo 2017.

La aplicación del cuestionario forma parte de un trabajo de investigación de tesis para optar por el grado de Licenciatura en Enfermería, por lo que se le solicita su participación contestando de manera objetiva y veraz. La información es de carácter confidencial y reservado, ya que los resultados serán manejados solo para efecto de la investigación. Se agradece anticipadamente su valiosa colaboración.

A. Aspectos sociodemográficos y biológicos

1. Sexo:

Femenino Masculino

2. Nacionalidad:

Costarricense Nicaragüense Colombiano Otra: _____

3. Edad:

65-69 años 75-79 años 85-89 años
 70-74 años 80-84 años Más de 90 años

4. Domicilio:

Vázquez de Coronado Goicoechea Tibás Otro

5. Centro diurno al que asiste:

- Asociación Esperanza Cristiana para el Anciano, Goicoechea.
- Asociación Centro Diurno Personas de la Tercera Edad, Goicoechea.
- Asociación de Protección al Anciano de Calle Blancos y San Francisco, Goicoechea.
- Asociación Centro de Atención Diurna para Ancianos, Tibás.
- Asociación de Atención Integral para la Tercera edad, Vázquez de Coronado.

6. Estado civil:

Soltero(a) Divorciado(a)
 Casado(a) Unión libre
 Viudo(a)

7. Religión:
- | | | |
|--------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Católica | <input type="checkbox"/> Adventista | <input type="checkbox"/> Otra, especifique:
_____ |
| <input type="checkbox"/> Evangélica | <input type="checkbox"/> Mormona | _____ |
| <input type="checkbox"/> Testigo de Jehová | <input type="checkbox"/> Judía | |

8. Número de hijos
- | | | |
|-----------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> No tiene hijos | <input type="checkbox"/> Entre 4-6 | <input type="checkbox"/> Más de 10 hijos |
| <input type="checkbox"/> Entre 1-3 | <input type="checkbox"/> Entre 7-9 | |

9. Ocupación:
- | | | |
|---------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Comerciante | <input type="checkbox"/> Ama de casa | <input type="checkbox"/> Otra, especifique:
_____ |
| <input type="checkbox"/> Maestro(a) | <input type="checkbox"/> Pensionado | _____ |
| <input type="checkbox"/> Costurero(a) | | |

10. Escolaridad:
- | | | |
|----------------------------------------------|-------------------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> No asistió | | |
| <input type="checkbox"/> Primaria completa | <input type="checkbox"/> Universidad completa | |
| <input type="checkbox"/> Primaria incompleta | <input type="checkbox"/> Universidad incompleta | |
| <input type="checkbox"/> Secundaria completa | <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |

11. ¿En qué tipo de vivienda vive usted?
- | | | |
|------------------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Secundaria incompleta | | |
| <input type="checkbox"/> Alquilada | <input type="checkbox"/> Propia | <input type="checkbox"/> Prestada |

12. ¿Cómo considera el estado actual de la vivienda en la que usted vive?
- | | | |
|------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Muy bueno | <input type="checkbox"/> Bueno | |
| <input type="checkbox"/> Regular | <input type="checkbox"/> Malo | <input type="checkbox"/> Muy malo |

13. ¿Su vivienda posee acceso a los servicios públicos básicos (agua potable, luz, teléfono)?
- | | |
|-----------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No ¿por qué?,
Especifique: _____ |
|-----------------------------|--------------------------------------------------------------|

14. ¿Recibe algún tipo de pensión monetaria?
- | | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
|-----------------------------|-----------------------------|

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

- Caminar Yoga Otra, especifique:
 Correr Bicicleta _____
 Nadar Bailar _____
 Aeróbicos

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

- Siempre A veces Nunca
 Casi siempre Casi nunca

25. ¿Se moviliza dentro de la casa sin ayuda de un familiar, un bastón, una andadera u otro tipo de accesorio?

- Siempre A veces Nunca
 Casi siempre Casi nunca

26. ¿Cómo asiste usted regularmente al centro diurno?

- En autobús sin compañía
 En autobús con compañía Caminando
 En microbús particular Otra, especifique:
 En Taxi _____

B. Cuidados de la salud

Dimensión física

27. ¿Al ingresar por primera vez al centro diurno, algún profesional de salud le realizó una revisión general de su salud (examen físico)?

- Si No

28. En caso de dificultad para caminar o trasladarse dentro del centro diurno, ¿usted cuenta con ayuda de algún funcionario del centro?

- Siempre A veces Nunca
 Casi siempre Casi nunca

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

- Siempre A veces Nunca
 Casi siempre Casi nunca

30. ¿Recibe usted dentro del centro diurno la atención por parte de un profesional en cuanto a dieta, alimentación e hidratación adecuada a las enfermedades que usted padece?
- () Siempre () A veces () Nunca
- () Casi siempre () Casi nunca
31. ¿Dónde toma usted regularmente sus medicinas?
- () Solo en la casa () Ambos lados
- () Solo en el centro diurno () Otro, indique: _____
32. En caso de responder que sus medicinas las toma en el centro diurno, especifique si ¿necesita ayuda de algún trabajador del centro para tomarlas o aplicarlas?
- () Siempre () A veces () Nunca
- () Casi siempre () Casi nunca
33. ¿En el centro diurno algún profesional le ha indicado o le indica el correcto manejo y efectos secundarios de los medicamentos que usted toma o se aplica?
- () Siempre () A veces () Nunca
- () Casi siempre () Casi nunca
34. ¿Considera usted que las actividades que se realizan en este centro diurno le sirven de distracción y recreación?
- () Siempre () A veces () Nunca
- () Casi siempre () Casi nunca

Dimensión educativa

35. ¿Considera usted que dentro del centro diurno recibe un buen trato basado en el respeto e igualdad por parte del personal que trabaja en el lugar?
- () Siempre () A veces () Nunca
- () Casi siempre () Casi nunca

36. ¿Considera usted que el centro diurno cuenta con el personal capacitado para brindar los cuidados de salud necesarios para todos(as) los(las) asistentes?
- () Si No () ¿Por qué?, especifique:
-
-

37. ¿Cómo parte de las charlas que se brinda en el centro diurno, se le han explicado medidas para la prevención de caídas y fracturas?
- () Siempre () A veces () Nunca
- () Casi siempre () Casi nunca

38. ¿Cómo parte de las charlas que se brinda en el centro diurno, se le han explicado medidas para la prevención de enfermedades?
- Siempre A veces
- Casi siempre Casi nunca Nunca

Dimensión política

39. ¿Conoce usted el plan de emergencias de este lugar?
- Si No ¿Por qué?, especifique:
-
-

40. ¿Confía en que los trabajadores del centro manejan su información personal de manera confidencial?
- Siempre A veces Nunca
- Casi siempre Casi nunca

41. ¿Considera usted que las emergencias médicas dentro del centro diurno se manejan de manera adecuada?
- Siempre A veces Nunca
- Casi siempre Casi nunca

B. Nivel de satisfacción

En las siguientes preguntas, las posibles respuestas corresponden a una puntuación de 1 a 5; donde 1 significa muy insatisfecho y 5 significa muy satisfecho.

42. Actualmente, ¿Qué tan satisfecho(a) se encuentra usted con su vida?
- 1 2 3 4 5

43. Actualmente, ¿Qué tan satisfecho(a) se encuentra usted con la alimentación que recibe en el centro diurno?
- 1 2 3 4 5

44. Actualmente, ¿Qué tan satisfecho(a) se encuentra usted con la asistencia para movilizarse que le brindan los trabajadores en este centro diurno?
- 1 2 3 4 5

45. Actualmente, ¿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 2 3 4 5

46. Actualmente, ¿Qué tan satisfecho(a) se encuentra usted con las actividades físicas y de recreación que realizan en el centro diurno?
 1 2 3 4 5
47. Actualmente, ¿Qué tan satisfecho(a) se encuentra usted con el tiempo de descanso y sueño que se brinda dentro del centro diurno?
 1 2 3 4 5
48. Actualmente, ¿Qué tan satisfecho(a) se encuentra usted con el trato y la motivación que recibe por parte del personal del centro diurno?
 1 2 3 4 5
49. Actualmente, ¿Qué tan satisfecho(a) se encuentra usted con el tiempo de espera para atención de sus necesidades, dudas o quejas?
 1 2 3 4 5
50. Actualmente, ¿Qué tan satisfecho(a) se encuentra usted con el plan de cuidados que sigue el personal del centro de acuerdo a sus enfermedades actuales?
 1 2 3 4 5
51. ¿Considera usted que salud ha mejorado, se ha mantenido o se ha deteriorado desde que asiste a este centro diurno?
 Ha mejorado
 Se ha mantenido
 Ha empeorado, ¿Por qué?, especifique:

52. ¿Se siente usted motivado todos los días a asistir al centro diurno?
 Siempre
 Casi siempre
 A veces
 Casi nunca
 Nunca

53. ¿Qué principios, normas y procedimientos están establecidos dentro del centro diurno, que deben cumplir los trabajadores del establecimiento, para el cuidado de los adultos y las adultas mayores?

Se maneja la información de cada usuario de manera confidencial

Se prohíbe fotografiar a los usuarios asistentes

Se cuenta con un plan para el manejo de las personas adultas mayores

Se prohíbe el uso del celular dentro del centro diurno

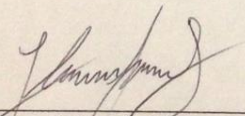
Se prohíbe el uso de burlas, mofas o comentarios ofensivos e indecorosos hacia los adultos y adultas mayores

Otra, especifique:

8. Declaración jurada

DECLARACIÓN JURADA

Yo Ileana Sánchez Gamboa, mayor de edad, portador de la cédula de identidad número: 115000143, egresado de la carrera de Enfermería de la Universidad Hispanoamericana, hago constar por medio de éste acto y debidamente apercibido y entendido de las penas y consecuencias con las que se castiga en el Código Penal el delito de perjurio, ante quienes se constituyen en el Tribunal Examinador de mi trabajo de tesis para optar por el título de Licenciatura en Enfermería, juro solemnemente que mi trabajo de investigación titulado: Satisfacción de la persona adulta mayor, en relación a los cuidados de salud brindados por el personal, centros diurnos cantones Goicoechea, Vázquez de Coronado y Tibás, Enero-Marzo 2017, es una obra original que ha respetado todo lo preceptuado por las Leyes Penales, así como la Ley de Derecho de Autor y Derecho Conexos número 6683 del 14 de octubre de 1982 y sus reformas, publicada en la Gaceta número 226 del 25 de noviembre de 1982; incluyendo el numeral 70 de dicha ley que advierte; artículo 70. Es permitido citar a un autor, transcribiendo los pasajes pertinentes siempre que éstos no sean tantos y seguidos, que puedan considerarse como una producción simulada y sustancial, que redunde en perjuicio del autor de la obra original. Asimismo, quedo advertido que la Universidad se reserva el derecho de protocolizar este documento ante Notario Público. en fe de lo anterior, firmo en la ciudad de San José, a los diecisiete días del mes de mayo del año dos mil diecisiete.



Firma del estudiante
Cédula: 115000143

9. Carta del tutor

CARTA DEL TUTOR

San José, 16 de mayo del 2017

Máster Zaida Rodríguez
Carrera Enfermería
Universidad Hispanoamericana

Estimada señora:

La estudiante Ileana Sánchez Gamboa, cédula 1-1500-0143 me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado: SATISFACCIÓN DE LA PERSONA ADULTA MAYOR, EN RELACIÓN A LOS CUIDADOS DE SALUD BRINDADOS POR EL PERSONAL, CENTROS DIURNOS CANTONES GOICOECHEA, VÁZQUEZ DE CORONADO Y TIBÁS, ENERO-MARZO 2017, el cual ha elaborado para optar por el grado académico de Licenciatura en Enfermería.

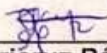
En mi calidad de tutora, he verificado que se han hecho las correcciones indicadas durante el proceso de tutoría y he evaluado los aspectos relativos a la elaboración del problema, objetivos, justificación; antecedentes, marco teórico, marco metodológico, tabulación, análisis de datos; conclusiones y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

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

a)	ORIGINAL DEL TEMA	10%	10%
b)	CUMPLIMIENTO DE ENTREGA DE AVANCES	20%	17%
c)	COHERENCIA ENTRE LOS OBJETIVOS, LOS INSTRUMENTOS APLICADOS Y LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACION	30%	28%
d)	RELEVANCIA DE LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	20%	19%
e)	CALIDAD, DETALLE DEL MARCO TEORICO	20%	20%
	TOTAL		94%

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

Atentamente,


M.Sc. Maricruz Pérez Retana
Cédula identidad 1-1262-0892
Carné Colegio Profesional E-8704

10. Carta del lector

CARTA DEL LECTOR

San José, 19 de junio del 2017.

Máster Zaida Rodríguez
Carrera Enfermería
Universidad Hispanoamericana

Estimada Señora:

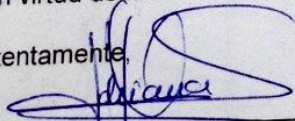
La estudiante, **Ileana Sánchez Gamboa**, cédula **1 1500 0143** me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado **SATISFACCIÓN DE LA PERSONA ADULTA MAYOR, EN RELACIÓN A LOS CUIDADOS DE SALUD BRINDADOS POR EL PERSONAL, CENTROS DIURNOS CANTONES GOICOECHEA, VÁZQUEZ DE CORONADO Y TIBÁS, ENERO-MARZO 2017**. Elaborado para optar por el grado académico de Licenciatura en Enfermería.

En mi calidad de Lector, he hecho las observaciones relativas al contenido analizado, particularmente lo relativo a la coherencia entre el marco teórico y el análisis de datos; así mismo la aplicación y originalidad de las recomendaciones, en términos de aporte de la investigación. He verificado que se han hecho las correcciones correspondientes a las observaciones indicadas. Por consiguiente, este trabajo tiene siguiente calificación:

a)	ORIGINAL DE L TEMA	10%	8%
b)	CUMPLIMIENTO DE ENTREGA DE AVANCES	20%	20%
c)	COHERENCIA ENTRE LOS OBJETIVOS, LOS INSTRUMENTOS APLICADOS Y LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACION	30%	28%
d)	RELEVANCIA DE LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	20%	19%
e)	CALIDAD, DETALLE DEL MARCO TEORICO	20%	19%
	TOTAL		94

En virtud de la calificación obtenida, se avala para ser presentado en la defensa pública.

Atentamente,



MSc. Adriana Morales Sánchez
Cédula identidad 1-1060-0939
Carné Colegio Profesional E0 7505

11. Carta del filólogo

CARTA DEL FILÓLOGO

San José, 21 de junio del 2017

Máster Zaida Rodríguez
Carrera Enfermería
Universidad Hispanoamericana

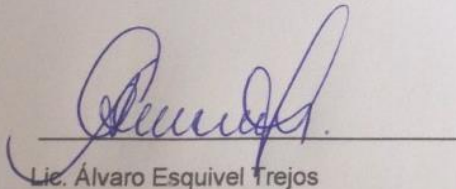
Estimada señora:

La estudiante Ileana Sánchez Gamboa, cédula de identidad número 11500-0143, me ha presentado, para efectos de corrección de estilo, en mi calidad de profesional graduado en Filología, el trabajo de investigación denominado SATISFACCIÓN DE LA PERSONA ADULTA MAYOR, EN RELACIÓN A LOS CUIDADOS DE SALUD BRINDADOS POR EL PERSONAL, CENTROS DIURNOS CANTONES GOICOECHEA, VÁZQUEZ DE CORONADO Y TIBÁS, ENERO-MARZO 2017, el cual ha elaborado para optar por el grado de Licenciatura en Enfermería.

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

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

Atentamente,



Lic. Álvaro Esquivel Trejos

Cédula 1-0476-0065

Filólogo. Carné: 9905

Colegio de Licenciados y Profesores en Letras, Filosofía, Ciencias y Arte