

Universidad de Costa Rica
Facultad de Medicina
Escuela de Enfermería

**Trabajo Final de Graduación bajo la modalidad de Tesis
para optar al grado de Licenciatura en Enfermería**

Título:

*“Conocimientos, prácticas y percepciones sobre autocuidado en las personas
adultas mayores. Asociación Centro de Atención Diurno para Ancianos de Tibás,
San Vicente Paúl, 2014”*

Proponente:
Joscelyn Álvarez Moraga

Cuidad Universitaria Rodrigo Facio
San José, Costa Rica

2015



ACTA DE PRESENTACIÓN DEL REQUISITO FINAL DE GRADUACIÓN

Sesión del Tribunal Examinador, celebrada el día **24 de marzo 2015**, con el objeto de recibir el informe oral del/ la estudiante **Joscelyn Alvarez Moraga**, carné **A30270**, quien se acoge al Reglamento de Trabajos Finales de Graduación, bajo la modalidad de **Tesis**, para optar el grado de **Licenciada en Enfermería**.

Están presentes los (las) siguientes miembros del Tribunal:

Rosa Granados Font, Directora
Mary Solano Rivera, Lectora
Mabell Granados Hernández, Lectora
Jéssica Miranda Navas, Quinto miembro
Rocío Monge Quirós, Preside

ARTICULO 1

El (la) Presidente informa que el expediente de **Joscelyn Alvarez Moraga** contiene todos los documentos de rigor, incluyendo el recibo de pago de los derechos de graduación. Declara que el (la) Postulante cumplió con todos los demás requisitos del plan de estudios correspondiente y, por lo tanto, se solicita que proceda a hacer la exposición.

ARTICULO 2

El (la) Postulante **Joscelyn Alvarez Moraga**, hace la exposición oral de su trabajo final de graduación, titulado: **“Conocimientos prácticos y percepciones sobre autocuidado en las personas adultas mayores. Asociación Centro Diurno para Ancianos de Tibás. San Vicente de Paul, 2014”**.

ARTICULO 3

Terminada la disertación, los (las) miembros del Tribunal Examinador interrogan al Postulante, durante el tiempo reglamentario y, una vez concluido el interrogatorio, el Tribunal se retira a deliberar.



ARTICULO 4

El Tribunal considera el trabajo final de graduación satisfactorio y le confiere la calificación de:

Aprobada

ARTICULO 5

El (la) Presidente del Tribunal comunica al Postulante el resultado de la deliberación y lo (a) declara acreedor (a) al grado de **Licenciada en Enfermería**.

Se le indica la obligación de presentarse al acto público de juramentación, al que será oportunamente convocado(a).

Se da lectura al acta, que firman los (las) Miembros del Tribunal y el (la) Postulante, a las **diecisiete** horas.

[Handwritten signatures of Tribunal members and the applicant]

- Presidente (a)
- Director (a)
- Lector(a)
- Lector (a)
- Quinto (a) miembro
- Postulante

Cc Oficina de Registro
Expediente
Postulante



Dedicatoria

En primer lugar a Dios por darme la fuerza y guía durante todo este largo proceso.

A mis padres, hermanos, sobrinos y toda mi familia por estar pendientes, preguntar y darme siempre todo el apoyo desde el inicio de mi carrera y durante la realización de esta tesis.

A mi novio por siempre darme ánimos, motivación para no rendirme y ser parte de este sueño.

A mis profesores y profesoras que durante todos los años de mi formación me enseñaron pacientemente de una u manera de forma ésta importante y hermosa profesión de Enfermería que espero desempeñar dignamente muchos años de mi vida.

“Si tienes una pasión, si realmente crees en algo, esfuérzate y podrás hacer posibles las cosas con las que has soñado”.

Norman Foster

Agradecimientos

Nuevamente a Dios gracias infinitas por no haber dejado que me rindiera en tantas ocasiones y permitirme sacar fuerza de la inspiración de su compañía.

A la administración y al personal de la Asociación Centro de Atención Diurno para Ancianos de Tibás, San Vicente Paúl gracias por abrirme las puertas para poder elaborar esta tesis.

A todas esas personas adultas mayores que muy amablemente abrieron su corazón hacia mí y decidieron participar en mi proyecto de graduación, quienes son seres humanos maravillosos (as) con gran sabiduría y con mucho que dar a este país, muchas gracias.

A mi directora de tesis Rosa Granados, por su guía, orientación, tiempo y apoyo.

A mis lectoras Mabel Granados y Mary Solano por su tiempo, valiosos aportes y correcciones que enriquecieron a esta tesis.

Tú has cambiado mi lamento en danza; has desatado mi cilicio y me has ceñido de alegría; para que mi alma te cante alabanzas y no esté callada. Oh SEÑOR, Dios mío, te alabaré por siempre.

Salmos 30: 11-12

ÍNDICE

Dedicatoria	i
Agradecimiento	ii
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN.....	1
Justificación.....	2
Antecedentes.....	8
Planteamiento del Problema	28
Objetivos	29
Objetivo General:.....	29
Objetivos Específicos:.....	30
CAPÍTULO II: MARCO REFERENCIAL.....	31
Personas Adultas Mayores	32
Envejecimiento	33
Teoría Biológica y Psicosocial del Envejecimiento.....	34
Teoría Biológica.....	35
Teoría Psicosocial	36
Salud	37
Condiciones de Vida.....	39
Calidad de Vida	40
Estilo de Vida	41
Promoción de la Salud	45
Prevención de la Enfermedad	47
Determinantes Sociales de la Salud en la Persona Adulta Mayor	48
Conocimiento	57
Prácticas	58
Modelaje de las representaciones sociales.....	59
Percepción	60
Teoría General de Enfermería	61
Teoría de Autocuidado	61
Agencia de Autocuidado	62
Requisitos de Autocuidado	64

Requisitos Universales.....	64
El Sistema Respiratorio en la Persona Adulta Mayor	65
Hidratación en la Persona Adulta Mayor	65
Ingesta de Alimentos en la Persona Adulta Mayor	66
Eliminación de Desechos Corporales en la Persona Adulta Mayor	68
El Sueño en la Persona Adulta Mayor	69
Comunicación Social en la Persona Adulta Mayor.....	70
Requisitos de Autocuidado del Desarrollo.....	74
Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM)	74
Ley Integral para la Persona Adulta Mayor.....	75
Plan Nacional de Enfermería.....	76
Carta de San José sobre los Derechos de las Personas Mayores de América Latina y el Caribe.	77
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO.....	79
Tipo de Investigación.....	80
Diseño Metodológico	81
Fases de la Investigación Cualitativa	82
I. Fase Preparatoria:	82
a. Etapa reflexiva:.....	82
b. Etapa de diseño:.....	84
II. Fase de Trabajo de Campo:.....	93
a. Etapa de acceso al campo:.....	93
b. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	94
III. Fase Analítica	104
a. Etapa de reducción de los datos.....	104
b. Etapa de disposición y transformación de datos.....	104
c. Etapa de obtención de resultados y verificación de conclusiones.....	104
IV. Fase informativa:	105
a. Etapa de difusión de resultados	105
Tabla II. Cronograma de Actividades en el Proceso del Trabajo Final de Graduación	107
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	109
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	151
Conclusiones.....	152

Recomendaciones	157
Bibliografía.....	160
ANEXOS	177
Anexo 1: Carta de solicitud de permiso con sello y firma de la institución.	178
Anexo 2: Carta de aprobación de la institución	180
Anexo 3: Consentimiento informado de la entrevista semiestructurada a las personas adultas mayores	182
Anexo 4: Consentimiento informado del grupo focal a las personas adultas mayores	185
Anexo 5: Consentimiento informado de la entrevista semiestructurada al personal del Centro Diurno	190
Anexo 6: Entrevista Semiestructurada Realizada a las Personas Adultas Mayores.....	193
Anexo 7: Observación Cualitativa	205
Anexo 8: Entrevista Semiestructurada Realizada al Personal que Labora y es Voluntario en el Centro Diurno	211
Anexo 9: Preguntas Generadoras para el Grupo Focal	218

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

Justificación

El país desde hace ya varias décadas enfrenta un cambio considerable en su población debido al envejecimiento, que ha llevado a modificar la pirámide poblacional costarricense, significando efectos en el ámbito económico, social y en el área de la salud. Este cambio se debe por tres principales razones: aumento en la expectativa de vida, disminución de la tasa de fecundidad y tasa de mortalidad, lo que se evidencia en los datos brindados por el Centro Centroamericano de población (2011), que menciona que a la esperanza de vida para el año 1930 en 42, 23 años y 80 años después, ya para el año 2010 en 79, 04 años; por otro lado, en cuanto a la fecundidad para el año de 1950 las parejas tenía en promedio 6,06 hijos (as), y para el año 2010 se presenta un enorme descenso de 1,83 hijos (as) en promedio, y finalmente los cambios en la mortalidad demuestran que en el año de 1930 se presentaban en 171,70 muertes por cada mil personas y en el año 2010 9, 20 muertes por mil personas. Sobre esta realidad las Naciones Unidas (2011) describe que:

el envejecimiento de la población es un cambio profundo que tiene repercusiones en todas las facetas de la vida humana. En lo económico, el envejecimiento de la población incide en el crecimiento, el ahorro, las inversiones, el consumo, los mercados de trabajo, las pensiones, la tributación y las transferencias intergeneracionales. En lo social, influye en la composición de la familia y las modalidades de convivencia, la demanda de vivienda, las tendencias de la migración, la epidemiología y los servicios de atención de la salud. En lo político, puede alterar los patrones de voto y la representación (p.13).

Para Latinoamérica y el Caribe se conocen algunos datos que hablan sobre el aumento del envejecimiento de la población, donde se destaca que:

... se presentará un crecimiento de la proporción de personas adultas mayores de 60 años, al pasar del 8% en el 2000 a 22.6% en el 2050; comparado con Europa donde este aumento se logró en dos siglos, Latinoamérica lo alcanzará en solamente 50 años (Fernández A., 2010, p. 20-21).

A causa de este envejecimiento puede esperarse un aumento en las necesidades de cuidado de las personas adultas mayores, debido al deterioro de la salud por causas naturales en el ser humano, así como por descuido y desconocimiento de la persona de cómo cuidarse adecuadamente, todo esto conlleva a esta población a afectar de una u otra forma su calidad de vida, que según Ramírez (2008) se define como la “percepción de un individuo de su posición en la vida, dentro de un contexto de la cultura y del sistema de valores en donde vive y, en relación con sus metas, expectativas, estándares e inquietudes” (p. 64), en donde además considera que incluye “en forma compleja la salud física, estado psicológicos, nivel de independencia, relaciones sociales, personales, y creencias a los rasgos dominantes en su entorno” (p. 64).

En cuanto a lo anterior, para Boggio (2010) se debe considerar que los problemas en la salud de la persona adulta mayor pueden tener relación con el autocuidado, sin dejar a un lado las actividades diarias en las que se desarrolla, siendo estas las que realiza con mayor frecuencia e involucran la parte familiar, la cotidianidad, sus necesidades individuales, independencia y el empleo del tiempo.

Es entonces, cuando resulta pertinente conocer la definición de autocuidado como “la práctica de actividades que las personas jóvenes y maduras emprenden con relación a su situación temporal y por su propia cuenta con el fin de seguir viviendo, mantener la salud, prolongar el desarrollo personal y conservar el bienestar” (Marriner y Raile, 1990, p. 177). Este pensamiento sobre autocuidado “se fundamenta en el marco conceptual del modelo de Orem” (Boggio, 2010, p. 1) y es aquí donde los profesionales de Enfermería deben ser capaces de “identificar las capacidades potenciales del individuo para que ellos puedan satisfacer sus necesidades de autocuidado con el fin de mantener la vida y la salud, recuperarse de los daños y de la enfermedad y manejarse con sus efectos” (Boggio, 2010, p. 1).

Enfermería tiene por objetivo lograr “identificar el déficit entre la capacidad potencial de autocuidado y las demandas de autocuidado de los pacientes. La meta de Enfermería es eliminar el déficit entre las capacidades de autocuidado y la demanda” (Boggio, 2010, p. 1).

Para Araya (2012) existen elementos internos y externos que influyen en la forma como la persona adulta mayor es capaz de cuidar por sí mismo (a), teniendo presente estos aspectos es que se puede conocer en el tipo de cuidado que se requiere y esta es la razón por la cual el autocuidado en las personas adultas mayores debe ser integral e individualizado, “es decir, no solo debe responder a sus necesidades básicas, sino que también debe incluir sus necesidades psicológicas, sociales, de recreación y espirituales”, entre otras (Araya, 2012, p. 7).

Tener la capacidad de cuidar de uno mismo da poder sobre la salud y a la vez da poder sobre la vida misma, permitiendo que el individuo se desenvuelva de forma completa, es de esta

forma como “el autocuidado será el medio por el cual los adultos mayores podrán desarrollar al máximo sus potencialidades, indispensables para una vejez saludable” (Araya, 2012, p. 7).

Sin embargo, el autocuidado debe verse más allá de si la persona adulta mayor quiere cuidarse, puesto que debe pensarse en si puede cuidarse, si tiene el acceso a los recursos que se lo permitan, como puede ser una pensión que le permita o no cuidarse en todos aspectos de su vida, el apoyo familiar o un entorno en el cual desenvolverse en esa búsqueda por conservar la salud.

Para abordar esta temática, resulta importante determinar cuáles son los conocimientos, las prácticas y las percepciones sobre autocuidado que tienen las personas adultas mayores, para lograr este punto se realizaron indagaciones dónde se tomó en cuenta lo propuesto por la teorizante de enfermería Dorothea Orem, quien con su propuesta de Agencia del Autocuidado plantea la importancia de valorar capacidad que tiene el individuo de participar en su autocuidado. Sobre esta línea Leiva (2012) menciona que existen “categorías como: interacción social, consumo de alimentos, bienestar personal, actividad y reposo y funcionalidad y desarrollo” (p.4), a través de cuales se puede valorar el autocuidado que realiza la persona en su salud integral, sin embargo, no se debe dejar de lado que existen factores externos que influyen como el lugar donde viven, el acceso económico, el apoyo familiar entre otros.

Un factor importante que está íntimamente relacionado con las condiciones sociales y que de alguna manera van a permitir el autocuidado en las personas adultas mayores, son precisamente la vivienda, la alimentación, el acceso económico que posee, el estrés, los primeros años de vida, el apoyo social y familiar, entre otros, es entonces cuando en muchas ocasiones a causa de algunas de estas situaciones que rodea a la persona, puede existir o no una relación

entre poder realizar o no el autocuidado. Este pensamiento es reafirmado por Villar (2006), quien cita que existe “una sólida evidencia de que los factores que influyen sobre la salud de la población son, en una medida sustantiva, de carácter social...” (p. 27) entonces, debido a esta realidad ésta investigación posee relevancia social, ya que gracias a éste se podrá conocer si algunas de estas influencias está presente en las personas participantes, permitirá servir como panorama a las personas trabajadoras que forman parte del Centro Diurno para que así tomen las medidas necesarias y gestionen el apoyo necesario para quienes lo requieran.

La Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica como parte de su aporte a la profesión, posee un programa de investigación que se rige bajo diversas líneas que orienta el sentido del mismo, es entonces donde la presente investigación por sus características y objetivos se ubica bajo la línea de investigación de la salud pública.

La realización de esta investigación resulta importante, porque como fue mencionado previamente se tiene aumento creciente de la población adulta mayor en nuestro país y con ello el incremento de sus necesidades en los distintos ámbitos de la vida, de ahí que fue conveniente indagar sobre sus conocimientos, prácticas y percepciones de autocuidado con el fin de ellos identificaran aquellas situaciones en las se cuidan bien y en las que deben mejorar de esta forma fueran partícipes del cuidado de su salud.

Adicional a lo anterior, llevar a cabo esta investigación vino a representar un aporte a la disciplina de Enfermería sumamente significativo, por el hecho de que se pudo conocer cómo se cuidan las personas adultas mayores, de esta forma podrá servir de base para otras investigaciones y así saber cómo intervenir para contribuir en el beneficio de la salud, ya sea

como observadores (as) de su autocuidado o bien siendo guías para mejorar este proceso. Sin embargo, es importante mencionar que con esta investigación no se pretendió generalizar que resultados obtenidos son un hecho que se cumple en todo el país, pero si se pretende que sirvan como base teórica para el análisis que hagan los actuales profesionales en Enfermería en relación a la población adulta mayor y además ser útil para próximas investigaciones que abarque algunas de las temáticas desarrolladas en este estudio.

Lo anterior cobra sentido por el hecho de que una persona adulta mayor puede estar presente en los tres niveles de atención de salud de nuestro país, como son los Ebais, clínicas y hospitales, pero además los podemos encontrar en centros diurnos, hogares para personas adultas mayores y como trabajadores en empresas públicas o privadas, es entonces en todos estos lugares donde Enfermería tiene participación y puede a través de esta investigación conocer los puntos más relevantes alrededor del autocuidado de la persona adulta mayor y así orientar la intervención de Enfermería al detectar que fortalecer y que corregir del autocuidado que realiza la persona, esto debido a que "... Enfermería, ha sufrido transformaciones paradigmáticas. Hoy día, consiste en sobrepasar el enfoque centrado en la curación con miras hacia una Enfermería más enfocada en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad" (Farrar y Rojas, 2012, p.11).

Esta investigación fue viable debido a un conjunto de factores que beneficiaron su desarrollo, como lo fue la cercanía geográfica de la investigadora (quien vive en Colima de Tibás) con el lugar donde se desarrolló la investigación (que se ubica en San Juan de Tibás) y que la Escuela de Enfermería ha tenido y tiene buenas relaciones con el Centro Diurno de Tibás San Vicente de Paul, ya que ha sido escenario clínico para la práctica del Módulo de la Adulterz

Mayor que se realiza en el primer ciclo de cada año lectivo universitario. Este proceso se desarrolló a través de la aplicación de instrumentos de recolección de datos de forma individual y la realización de grupos focales, observaciones participantes, con análisis posterior de resultados con base bibliográfica y finalmente elaboraron las conclusiones y recomendaciones.

Antecedentes

En relación a los objetivos planteados en esta investigación, resulta vital aproximarse a los estudios que se han realizado sobre autocuidado en la adultez mayor y sobre lo que conocen, hacen y perciben las personas adultas mayores al respecto.

Lo anterior se plantea con el propósito de obtener referencias bibliográficas sobre investigaciones realizadas previamente y de aquellos trabajos sobre uno o más temas que se mencionan de forma similar en investigaciones. Con el aporte de estos estudios se formó una idea base con lo que se logró un desarrollo teórico y metodológico en esta investigación.

Antecedentes Internacionales:

La presente revisión bibliográfica se organizó de acuerdo a las investigaciones internacionales relacionadas a los ejes temáticos de esta tesis y a los resultados de investigaciones realizadas bajo la modalidad de los Trabajos Finales de Graduación en la Universidad de Costa, la mayoría de estos fueron propuestos para obtener el grado de Licenciatura en Enfermería o bien el grado de Master en Gerontología, donde se podrá encontrar prácticas dirigidas que en su mayoría buscaron brindar educación a la población adulta mayor sobre su autocuidado, además,

fue posible ubicar un proyecto que propuso la inclusión de la consejería de Enfermería con el fin de promover el autocuidado en la persona adulta mayor, también se tuvo acceso a una investigación tipo seminario que propuso favorecer la construcción de un proyecto de vida de las personas adultas mayores y otro que propuso preparar a familiares y cuidadores para que lo realizaran y además fue posible encontrar un libro publicado por la editorial EUNED que menciona al autocuidado y la persona adulta.

A nivel internacional fue posible encontrar estudios o investigación que abordan la temática de autocuidado y la persona adulta mayor, pero muchos de ellos enfocados en identificar la capacidad que tiene la persona por cuidarse cuando padece alguna enfermedad crónica, de ellos los más pertinentes para esta investigación están organizados cronológicamente de los más antiguos a los más recientes:

El artículo llamado Nivel de Conocimientos del Diabético sobre su Autocuidado elaborado por Baca M. B, Bastidas L. M., Aguilar M., De la Cruz N. M., Gonzáles D. M., Uriarte O. S. y Flores F. P., en el año 2008, donde el objetivo principal es el anotado en el título del mismo. Para lograrlo aplicaron una encuesta descriptiva a 94 personas diabéticas internadas en los servicios de medicina interna y cirugía del Hospital General Regional No. 1 de Culiacán Sinaloa, dichas personas padecían esta enfermedad desde hace 20 años o más y estuvieron internados por más de 72 horas. El cuestionario utilizado indagó sobre características sociodemográficas, el conocimiento de la persona sobre el autocuidado en sí mismo. Las principales conclusiones fueron: 1- “Los usuarios diabéticos tienen conocimientos insuficientes sobre su autocuidado.

2- Los aspectos sobre los que más conoce son el ejercicio y la alimentación, no así el cuidado de sus pies y lo relacionado al tratamiento farmacológico” (Baca y otros, 2008, p. 1).

Así como en la anterior investigación y en vista que la diabetes es una enfermedad frecuentemente presente en la sociedad costarricense, cabe la posibilidad de encontrar este padecimiento en la población participante.

Continuando con la temática de la diabetes, la cual es conocida como una enfermedad muy prevalente a nivel mundial, los autores Gack G. L., Sousa M. N. y Machado T. F. realizaron un estudio del que se desprende el artículo Conocimiento de las Prácticas de Autocuidado en los Pies de los Individuos con Diabetes Mellitus Atendidos en una Unidad Básica de Salud, éste fue presentado en el año 2009, en Brasil. Se plantearon los siguientes dos objetivos: 1- Identificar el perfil de los pacientes portadores de Diabetes atendidos en una unidad básica de salud y 2- Evaluar el grado del conocimiento de la clientela portadora de Diabetes sobre las prácticas del autocuidado de los pies para la prevención de complicaciones. El estudio fue tipo descriptivo, enfocado cuantitativamente, realizado a 197 personas que fueron atendidas en la consulta de Enfermería en una Unidad Básica de Salud, la mayoría fueron mujeres de más de 40 años, con diabetes desde hace 8 años y además hipertensión arterial. Muchas de ellas refirieron conocer sobre prácticas de autocuidado. A pesar de lo anterior, los autores llegaron a las siguientes conclusiones:

1- Aunque los clientes portadores de Diabetes hayan referido conocer las prácticas de autocuidado, estos no presentaron condiciones satisfactorias para el control de la enfermedad y prevención de complicaciones, 2- El conocimiento de las características

presentadas por los portadores de Diabetes atendidos en los servicios básicos de salud, es de gran importancia para subvencionar las acciones de los enfermeros dirigidas al manejo y control de esta enfermedad en la población (Gack, Sousa y Machado, 2009, p. 1 y p. 7).

La diabetes es un padecimiento que necesita de mucho aporte del cuidado de parte de quien lo padece, por el hecho de que con su adecuado control se logran evitar o retrasar muchas de las complicaciones de salud asociadas, debido a esto es que independientemente de la enfermedad, a través de esta tesis se buscó conocer cómo se cuidan las personas adultas mayores.

La investigación realizada por Arredondo E., del que se extrae su artículo llamado Comportamientos y Capacidad de Autocuidado de Adultos con Insuficiencia Cardíaca, presentado en el año 2010, se tuvo como “objetivo describir comportamientos y capacidad de agencia de autocuidado de pacientes con insuficiencia cardíaca de una clínica cardiovascular de Medellín entre noviembre de 2007 y mayo de 2008” (Arredondo, 2010, p. 21). Fue realizado a través de un estudio descriptivo con abordaje cuantitativo. Se contó con una muestra de 206 adultos con dicha patología. La información fue recolectada con “Escala Capacidad de Agencia de Autocuidado desarrollada por Isemberg y Evers et al (1993), traducida por Gallego, que mide el nivel de agencia de autocuidado, y la Escala Comportamientos de Autocuidado validada en Colombia en 2007 por Arredondo, que mide la frecuencia de comportamientos de autocuidado” (Arredondo, 2010, p. 21). La principal conclusión obtenida por la autora fue que: de los participantes entrevistados la mayoría fueron hombres, donde ciertas condiciones como el apoyo familiar, poseer un trabajo, tener cobertura de un sistema de salud, acceso socioeconómico y contar con un nivel educativo, fue importante para esta población.

Basados en la más destacada conclusión de la investigación anterior, es de donde se puede relacionar el conocimiento, las prácticas y percepciones que poseen las personas adultas mayores, esto pues, mucho de lo que rodea a la persona influye en estos conceptos.

El artículo que propone Millán M.I., quien realizó un estudio del cual se desprende el artículo llamado Evaluación de la Capacidad y Percepción de Autocuidado del Adulto Mayor en la Comunidad, publicado en el año 2010, el cual fue elaborado con la idea firme de conocer cuan involucrados estaban las personas adultas mayores en su autocuidado, del cual el objetivo de estudio planteado fue evaluar la capacidad y percepción de autocuidado del Adulto Mayor en la comunidad de Holguín, Cuba. Se realizó a través de un estudio descriptivo transversal. De un universo de 354 ancianos de 3 consultorios, se seleccionaron 195, a los cuales se les aplicó un Instrumento diseñado al efecto para medir su nivel de autocuidado.

Se obtuvieron resultados cómo: el 50,5% de los hombres y el 43,3% de las mujeres no se cuida adecuadamente, existe un déficit de autocuidado cognoscitivo-perceptivo en el 46,7%, un 9,8% tienen déficit parcial y 5,6% déficit total.

Desde el punto de vista de género, resultó muy importante dilucidar a través de esta tesis el punto de vista que poseen ambos grupos, puesto que como lo concluyó la investigación anterior son los hombres quienes fueron identificados como los que no se cuidan bien.

De acuerdo con la revisión bibliográfica anterior a nivel internacional, se puede identificar el interés que posee la población adulta mayor por aprender a través de la educación en autocuidado para así lograr beneficios en su salud.

Antecedentes Nacionales:

Como fue mencionado al inicio de este apartado, a nivel nacional se realizó una revisión donde fue posible encontrar una publicación de la editorial EUNED y de Trabajos Finales de Graduación, donde se identificaron algunos que fueron expuestos hace 12 años (en el año 2002) el más antiguo y hace 3 años el más reciente, esto hace pensar que aunque actualmente se habla mucho del envejecimiento de la población y desde Enfermería aún se puede contribuir al tema y vislumbrar así, los conocimientos, prácticas y percepciones que tiene la población adulta mayor sobre autocuidado, de esta forma se conocerá las necesidades y fortalezas que poseen. A continuación el detalle de estos estudios que están organizados cronológicamente de los más antiguos a los más recientes:

Con la finalidad de que Enfermería sea parte del autocuidado de las personas adultas mayores, se propuso buscar como promover cambios en sus hábitos o bien el inicio de nuevas prácticas, motivo a los autores a formular el proyecto llamado Desarrollo de la consulta de Consejerías de Enfermería para la Promoción del Autocuidado en Personas con Problemas de Salud: Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus Oficina de Bienestar y Salud. Sede Rodrigo Facio, Universidad de Costa Rica. Realizado por Castillo V. G., Ugarte V. S. y Vega Á. L, en el año 2002. En este se planteó como objetivo principal que se implementara el autocuidado como estrategia para abordar los problemas de salud en personas que presentan las patologías mencionadas previamente, esto a través de las consejerías de Enfermería.

Un aporte valioso que se realiza en este proyecto es la definición de consejería en el autocuidado donde lo plantean como: “Actividad educativa parte de la prevención secundaria

cuya finalidad consiste en capacitar al usuario en la vigilancia del tratamiento y prevención de complicaciones derivadas de su propia enfermedad. Pretendiendo con esto que asuma su responsabilidad en el autocuidado” (Castillo, 2002 y otros, p. 97).

Además añaden que, la consejería de Enfermería para la promoción del autocuidado permite un abordaje sistemático e integral de la atención a las personas, en el cual la enfermera tomando en cuenta el concepto de Autocuidado de la teoría de Orem y basada en la teoría de Etapas del cambio de Prochaska y DiClemente, podrá desarrollar en el individuo la convicción de que es capaz de poner en práctica los cambios de conducta que requiere en beneficio de su salud (Castillo, 2002 y otros, p.97).

Entonces, a través de esa interacción enfermera (o) – usuario (a) “que surge mediante la práctica de la consejería, favorece que el usuario asuma la responsabilidad por su salud al adquirir un papel protagónico interviniendo activamente en su autocuidado” (Castillo, 2002 y otros, p.97).

La participación de Enfermería a través de las consejerías puede justificarse, puesto que se podrán realizar las intervenciones necesarias para contribuir a la educación en autocuidado, de ahí el hecho que con la investigación en esta tesis, de los conocimientos, las prácticas y las percepciones se podrá determinar aquellas debilidades y fortalezas en este grupo de personas adultas mayores, de forma que dichos resultados sean de interés para la continuación de otros trabajos finales de graduación.

En los casos en los que algunas de las personas adultas mayores requieren un proceso de institucionalización para vivir, es que se planteó en el año 2002 el Programa de Capacitación y Acompañamiento Dirigido a Cuidadores de Personas Adultas Mayores en El Hogar para Ancianos San Pedro Claver de Pavas, Hogar para Ancianos de Guápiles, Centro Diurno Quintín Vargas de Tacares de Grecia. Enero-Febrero 2002. Realizado por Gamboa G. A., Mora C. D., Murillo M. M., Rodríguez H. D. y Trejos M. P. El objetivo de esta investigación fue lograr una mejoría en la atención de las personas adultas mayores que asisten a los lugares mencionados, esto mediante la capacitación y acompañamiento de los cuidadores. Luego, se diagnosticó las principales necesidades, se elaboró el programa, se implementó y evaluó.

Tres conclusiones de importancia que arrojó este programa fueron que:

- “En las instituciones estudiadas las tareas referentes a la salud mental y física de la persona adulta mayor que son de suma importancia recaen en personal voluntario, las necesidades básicas y trabajo administrativo en personal asalariado” (Gamboa, et al, 2002, p. 145).
- “El estudio determinó que las necesidades básicas como higiene, seguridad, alimentación, comodidad y confort; se satisfacen adecuadamente en las instituciones estudiadas, no así los programas que promueven la utilización creativa del tiempo libre” (Gamboa, et al, 2002, p. 145).

- “Las necesidades educativas mayormente detectadas en el diagnóstico, se concretan en: aspectos relacionados con la vejez, el autocuidado de la persona mayor, utilización del tiempo libre y consecuencias para el cuidador” (Gamboa, et al, 2002, p. 145).

Con el programa anterior se puede determinar que muchas de las actividades básicas de la vida diaria que forman parte del autocuidado son producto del acompañamiento o resueltas por los cuidadores de dichas instituciones, en por ello que con la realización de esta tesis se pudo identificar cuando el autocuidado que realizan las personas adultas mayores es resuelto por cada uno o bien por sus cuidadores.

Debido a esa búsqueda por mejorar las condiciones de vida de la persona adulta mayor, en el año 2003 se realizó el Programa de Capacitación en el Autocuidado Dirigido a Usuarios y Cuidadores para la Atención de la Persona Adulta Mayor: Hogar para Ancianos Misión Reina de los Ángeles, elaborado por Araya G. E. y Víquez A. R., donde a través de un programa de capacitación en autocuidado, donde en primera instancia se diagnosticó acerca de lo que conocían y practicaban las personas y cuidadores en lo referente la atención de la persona adulta mayor, luego se creó un programa de capacitación a través de talleres, se ejecutó el programa y evaluó los resultados.

De esta práctica se obtuvieron diversas conclusiones de las cuales se extraen tres importantes:

- “Muchos de las personas adultas mayores que residen en un Hogar para Ancianos tienen poco conocimiento acerca de la importancia del autocuidado y sus

implicaciones para su salud, y por eso no se preocupan por fomentarlo ni mucho menos practicarlo” (Araya y Víquez, 2003, p. 135).

- El trabajo en conjunto de las personas adultas mayores y los cuidadores no sólo fomentó una mejor convivencia del grupo de trabajo, ya que permitió una mayor sensibilización de parte de los cuidadores y los administradores sobre el aprendizaje de las personas adultas mayores que tienen a su cargo y sobre la experiencia que estos viven lo cual permitió una convivencia intergeneracional enriquecedora para todos (Araya y Víquez, 2003, p. 137).
- “La teoría del autocuidado es idónea para desarrollar programas de capacitación para la atención de la persona adulta mayor no sólo en el núcleo familiar sino también en instituciones donde se encuentre para brindarle los cuidados que necesite” (Araya y Víquez, 2003, p. 139).

En vista de que en cuanto al autocuidado es de esperarse identificar fortalezas y debilidades en la población a la que se estudie, es así como con ésta tesis se logró saber aquello que conocen, realizan y perciben para que sea así una base para estudios posteriores.

En aras de fomentar el empoderamiento de las personas adultas mayores se llevó a cabo el Programa Recreativo de Enfermería para Favorecer la Construcción de un Proyecto de Vida en las Personas Adultas Mayores del Centro Gerontológico de Curridabat en el año 2004. Realizado por Garita S. J., Godínez C. I., López A. P., Navarro R. R. y Sibaja G. R. Los principales objetivos desarrollados en este seminario fueron: determinar las necesidades en la recreación y el

uso del tiempo libre, crear un programa de Enfermería que contribuyera a establecer un proyecto de vida, ejecutar dicho programa, y evaluarlo.

Tres destacadas conclusiones que este programa encontró fueron que:

- Se determinó que el uso creativo del tiempo libre de las personas mayores está íntimamente relacionado con los hábitos recreativos que caracterizaron sus etapas de vida anteriores, así como su personalidad previa. Las personas adultas mayores reflejan las repercusiones de una cultura en donde el uso creativo y provechoso del tiempo libre no tuvo relevancia (Garita, S., et al, 2004, p. 185-186).
- Las actividades recreativas que se implementen con personas adultas mayores deben acoplarse a las afinidades y preferencias de las mismas, puesto que no es la actividad por sí sola la que va a lograr una vivencia más satisfactoria de la adultez mayor, sino que ésta debe tener un sentido para ellas, en cuanto signifiquen una forma real de pertenencia social y de participación en un ambiente que les resulte propia (Garita, S., et al, 2004, p. 185-186).
- Existe carencia en las redes de apoyo a nivel comunitario hacia las personas adultas mayores del Centro, sobre todo se identificó un deterioro en las relaciones familiares lo que aumenta el aislamiento social y el deterioro psicológico y emocional de las personas (Garita., et al, 2004, p. 185-186).

La construcción de un proyecto de vida constituye una base importante para las personas adultas mayores, mucho de ello incluye planear como cuidarse, para sentirse activos y

pertenecientes a un grupo, es por ello que con esta tesis también se buscó conocer sobre este aspecto.

Con el objetivo de favorecer el estilo de vida saludable en aquellas personas adultas mayores con patologías de hipertensión y diabetes es que mediante el Trabajo Final de Graduación bajo la modalidad de Práctica Dirigida llamado Modelo de Orientación dirigido a Personas Adultas Mayores Mórbidas, Hipertensas y/o Diabéticas y Familia. Santa Rosa, Santo Domingo, Heredia, elaborado por Umaña Q. M. y Umaña M. C. en el año 2004. En dicho trabajo se realizó un diagnóstico para detectar las necesidades en salud de las personas adultas mayores que se encuentran en sus casas de habitación, posteriormente diseñó un programa orientado a educar en salud a estas personas y sus familias, luego las autoras procedieron ejecutar el programa desde un enfoque de autocuidado a domicilio y finalmente evaluaron cuanto benefició la propuesta a las personas.

Algunas de las conclusiones más significativas de esta práctica fueron:

- Las visitas realizadas a este grupo de personas, conformaron que la asistencia que se brinda a nivel institucional requiere de un programa domiciliario que complemente, apoye y le dé seguimiento a la labor realizada por el personal en el centro de salud, para que esta pueda tener un impacto significativo que mejore la calidad de vida de los (as) adultos (as) mayores por medio del fomento del autocuidado, como una forma de incluir a estas personas en el proceso de atención de salud y de hacerlos (as) protagonistas de su propio mejoramiento de la salud (Umaña y Umaña, 2004, p. 215).

- El aprendizaje de normas y práctica familiares sobre el autocuidado de la salud influyen directamente en los otros miembros de la familia; es dentro del ambiente inmediato del individuo y su influencia sobre él, que se reproducen prácticas relacionadas estrechamente con el estilo de vida, rol y necesidades específicas que la persona tiene en determinado momento y entorno (Umaña y Umaña, 2004, p. 218).
- La conciencia y comprensión de aspectos básicos relacionados con el tema de la diabetes y la presión alta como qué es, cómo se produce, por qué se da, cuáles efectos tiene el organismo y complicaciones a corto o largo plazo, contribuyó a que la persona emitiera juicios válidos y verbalizara comprender el significado y valor de práctica su autocuidado, como regla fundamental para participar en él. Esto, a su vez, contribuyó a disminuir ciertos déficit de conocimientos relacionado con estos aspectos, su capacidad individual de practica su propio autocuidado (Umaña y Umaña, 2004, p. 221).

Incluir en la educación sobre autocuidado a las personas adultas mayores y a sus cuidadoras (es) más cercanas (os) significa una intervención de Enfermería muy valiosa, por el hecho de que en primera instancia se indagará lo que conocen para una posterior devolución con recomendaciones a través de la educación, con esta tesis se pudo conocer los datos de esa indagación que sirvió como referente del conocimiento, las prácticas y las percepciones de ésta población, de esta forma se podrá saber en cuales áreas de Enfermería se puede actuar.

En el año 2007, fue propuesto el Trabajo Final de Graduación para obtener el grado de Master en Gerontología, el cual fue llamado Intervención Gerontológica para el Autocuidado de

Personas Adultas Mayores Diabéticas de la Pastoral de Salud: Mercedes Norte , Heredia; y presentado por Salinas C. R. Esta autora señaló como objetivo principal, elaborar una propuesta de intervención basada en autocuidado para lograr mejorar la salud y promover la funcionalidad de esta población, esto a través de una valoración que permitió diagnosticar aquellas necesidades de las personas participantes, posteriormente construyó un programa que fue implementado y evaluado.

De esta práctica se pueden destacar tres importante conclusiones:

- “La participación activa en su propio proceso educativo les facilitó a las personas del grupo en estudio identificar y aplicar técnicas de autocuidado dirigidas a la promoción de la salud y a la prevención de complicaciones de la diabetes mellitus” (Salinas, 2007, p. 127).
- “El autocuidado y la educación continua son alternativas para la atención integral de la persona adulta mayor diabética” (Salinas, 2007, p. 127).
- “La educación les permitió a las personas adultas mayores desarrollar conocimientos sobre su enfermedad, modificar hábitos, incorporar prácticas, mejorar su estilo de vida y lograr una calidad de vida” (Salinas, 2007, p. 127).

El fin de detectar las prácticas de autocuidado es identificar aquellas necesidades que permitan elaborar un plan de intervención que contribuya a mejorar esas condiciones, este fue objetivo principal y esa primera etapa es la meta que se persiguió con esta tesis.

En el proyecto de graduación para optar por el grado de Maestría en Gerontología llamado Programa de Capacitación de Autocuidado de la Persona Adulta Mayor Dirigido a las Organizadoras del Grupo Años de Sabiduría de la Comunidad de Tucurrique, Jiménez de Cartago; realizado por Chaves B. C. en el año 2009, donde el objetivo principal fue realizar un programa de autocuidado para mejorar la calidad de las personas adultas mayores. Esto fue posible a través un diagnóstico que permitió identificar las necesidades de autocuidado de las personas organizadoras de dicho grupo, esto, luego se diseñó el programa de capacitación en autocuidado, que posteriormente se implementó y evaluó según los resultados obtenidos.

De esta experiencia es posible extraer tres importantes conclusiones:

- “Ante el proceso de envejecimiento poblacional mundial acelerado se necesitan, cada día con mayor urgencia, personas que se capaciten para enfrentar los diferentes retos que planea el aumento en el número de personas adultas mayores” (Chaves, 2009, p. 216).
- En el diagnóstico realizado sobre las necesidades educativas se evidencia una gran desconocimiento en todas las participantes respecto al autocuidado de la persona adulta mayor y en todas las áreas relacionadas con el envejecimiento y la atención de las personas adultas mayores (Chaves, 2009, p. 216).
- A partir de este trabajo se percibe en las participantes un interés de mantener una capacitación continua en temas relacionados a los expuestos en el programa

educativo desarrollado y a estar siendo actualizadas en los mismos con el fin de mejorar la calidad de vida de la población adulta mayor (Chaves, 2009, p. 217).

Tomando en cuenta que además del conocimiento individual que adquiere, desarrolla y ejecuta toda persona, éste está también rodeado e influenciado por aquellas prácticas de sus cuidadores cercanos o familiares, de ahí que la anterior investigación buscó brindar educación sobre autocuidado al respecto, en cuanto a esta tesis fue importante identificar que conocen las personas cuidadoras sobre el autocuidado y como ven a través de sus ojos que se cuidan las personas adultas, puesto que permanecen en contacto con esta población durante al menos 6 horas de lunes a viernes.

Bajo esta misma línea, en la práctica dirigida llamada “Programa Educativo de Enfermería para Favorecer un Envejecimiento Exitoso para las Personas Adultas Mayores y el Personal del Hogar Pbro. David Garro, de la Asociación Integral para los Ancianos de Guácimo, 2009, realizado por Jiménez L. K.” se planteó desarrollar un programa educativo de Enfermería que contribuyera a un envejecimiento exitoso para las personas adultas mayores y para el personal del hogar que ya fue mencionado, para lograrlo se realizó un diagnóstico para conocer el modelo gerontológico con el que trabaja el hogar y otro diagnóstico para determinar las características y necesidades en salud de los habitantes del hogar, posterior a ello se elaboró un programa, se implementó y evaluó.

A continuación se destacan tres de las conclusiones a las que se llegó con este programa:

- El modelo gerontológico del Hogar Pbro. David Garro, no respondía a todas las necesidades de los y las residentes. Se evidenció la ausencia de programas

recreativos, culturales y de estimulación mental. Además el personal no está siendo capacitado en temas de vanguardia sobre el envejecimiento y atención integral (Jiménez L. K., 2009, p. 139).

- “Los programas educativos en hogares, albergues o centros diurnos son una gran ayuda para mejorar el modelo de atención para las personas adultas mayores” (Jiménez L. K., 2009, p. 139).
- “La ejecución del programa educativo en Enfermería, cubrió una de las grandes necesidades, la cual fue capacitación al personal” (Jiménez L. K., 2009, p. 139).

El envejecimiento exitoso llega a alcanzarse a través de realización de prácticas saludables desde la juventud, que incluyen la recreación deportiva o cultural, estilos de vida saludable y esto no es más que actividades de autocuidado, donde se es consciente de que a través de todo esto se está cuidado así mismo, por ello es que este programa educativo busca promover estos aspectos y desde el punto de vista del desarrollo de esta tesis resultó importante identificar aquellas actividades con las que puedan la persona contribuir a cuidar su salud integral.

En el Programa Educativo de Enfermería para el Autocuidado, dirigido a las Personas Adultas Mayores que Asisten al Grupo “Estrellas de Oro”, en Concepción- La Unión durante el año 2009, realizado por Bustos M. Y., Flores S. C. y Umaña C. K. y presentado en el año 2010 Este programa se planteó desarrollar un programa de autocuidado, donde se buscó identificar las

necesidades de autocuidado de las personas adultas mayores y sus posibles propuestas para solucionarlas, además se elaboró un programa educativo que se implementó y evaluó.

Como conclusiones a destacar en esta práctica dirigida se tienen:

- El tema de autocuidado en la población de personas adultas mayores es un tema de nunca acabar, por lo tanto es necesario reforzarlo día a día, con el fin de contribuir activamente en el mejoramiento de la calidad de vida de la población adulta mayor (Bustos, et al, 2010, p. 159).
- Enfermería, en el tema del autocuidado resulta ser de gran importancia, puesto que las personas adultas mayores si bien es cierto son seres independientes muchas veces requieren de apoyo para la realización de sus actividades de la vida diaria, por lo tanto el identificar esas necesidades y brindarles la educación pertinente para que ellos y ellas mismas logren dar solución a estas debilidades, es parte de la acción de dicha profesión, para que las personas adultas mayores puedan tener un envejecimiento exitoso y saludable (Bustos, et al, 2010, p. 160).
- El desarrollo del programa educativo mediante la ejecución de talleres participativos tuvo como fin acompañar y motivar a las personas adultas mayores a descubrir que realizando actividades sencillas y dinámicas mejoren el cuidado de su salud pero también de ésta forma puedan aplicarlas como herramientas para tener una mejor calidad de vida (Bustos, et al, 2010, p. 160).

Una vez más con esta práctica dirigida se busca brindar educación en autocuidado, iniciando desde un diagnóstico sobre las necesidades de las personas en el tema para concluir con el programa educativo, el fin que persiguió esta tesis fue identificar lo que conocen, practican y perciben sobre autocuidado las personas adultas mayores.

En la práctica dirigida llamada Programa Educativo de Enfermería para fortalecer el Autocuidado de las personas con Diabetes Mellitus tipo II que asistieron al Programa de Acondicionamiento Físico del PIAM, durante el 2009, elaborado por Hernández R. C. A y presentado en el año 2011, en el que se planteó el desarrollo de un programa educativo con el fin de fortalecer el autocuidado de las personas adultas mayores con Diabetes Mellitus tipo II, iniciado por la identificación de las necesidades de autocuidado de esta población y a partir de ello se construyó el mencionado programa, que se implementó en este grupo, el cual finalmente se evaluó de acuerdo a los resultados obtenidos.

Cabe mencionar algunas conclusiones de importancia en esta práctica dirigida:

- La percepción de un envejecimiento activo favorece a la formación e implementación de conductas de cuidado, ya que los mecanismos de adaptación psicosocial permiten a las personas adultas mayores enfrentar sus crisis propias de su etapa de desarrollo reafirmando acciones de autocuidado para mantener un bienestar (Hernández R., 2009, p. 212).
- Para la elaboración de un Programa educativo como éste fue vital identificar la capacidad de agencia de autocuidado de los participantes con el fin de promover la

sensibilización y acciones de cuidado contextualizadas de acuerdo con las necesidades reales de la persona; tomando en cuenta que el autocuidado lleva implícito un conjunto de prácticas habilidades y motivaciones (Hernández R., 2009, p. 213).

- “La edad es un factor que se relaciona directamente con la capacidad de autocuidado pero que no condiciona y por ello a mayor edad no necesariamente se da una mayor capacidad de operacionalizar los cuidados” (Hernández R., 2009, p. 213).

Nuevamente un programa educativo plantea la enseñanza del autocuidado como herramienta importante para conservar la salud en las personas que padecen de diabetes, es entonces, cuando haber realizado ésta tesis fue significativo para la disciplina de Enfermería por el hecho de que permitió identificar el conocimiento de la población participante.

Autoras como García C. V. plantea en su libro “Cuidados Básicos de la Persona Adulta Mayor Dependiente” publicado en el año 2012, que “las personas adultas mayores tendrán más posibilidades de contar con una buena salud si se cuidan, y se les cuida, en forma adecuada a lo largo de todo el ciclo de vida. Por lo que, “la persona adulta mayor que practica en autocuidado, tendrá la oportunidad de desarrollar al máximo su potencial personal y perfeccionar actitudes indispensables para la vida” (p. 2). Es entonces, cuando la labor de Enfermería puede adquirir una participación indispensable por el hecho de que a través de su intervención mediante la educación podrá “aconsejar oportunamente a todas las personas, y en especial a las adultas mayores, para que realicen un autocuidado serio, según sus posibilidades” (p. 2).

Con el anterior libro, se puede identificar que realizar el autocuidado es una importantísima oportunidad de conseguir la salud, por lo cual para el desarrollo de esta tesis fue importante determinar cómo está el autocuidado en las personas adultas mayores, de esta forma se pudo saber que mejorar y que fortalecer.

De la revisión bibliográfica anterior, no se tienen registros desde el 2001 a la fecha en la base de datos del Centro de Simulación en Salud (CESISA) sobre trabajos similares bajo la modalidad de tesis que traten el tema de la presente investigación, con objetivos iguales o semejantes a los planteados, sin embargo, muchos de ellos mostraron su interés por la población adulta mayor y su autocuidado, estos enfocados bajo la línea de la educación en salud desde la intervención de Enfermería, lo que evidencia un vacío en los aportes teóricos que una tesis puede producir; lo que le da fuerza e importancia para desarrollar investigaciones en este campo a fin de fortalecer la construcción del conocimiento.

Planteamiento del Problema

El aumento de población adulta mayor a nivel nacional ha despertado un interés por el sistema de salud costarricense, debido a que muchas de estas personas traen en su historia personal de salud el padecimiento de una o más enfermedades crónicas o bien da por inicio mucha de ellas a causa de estilos de vida poco saludables y muy pocos por causas genéticas, es en esta etapa de la vida cuando ser protagonista del autocuidado viene a significar enormes beneficios para la salud, ante esto resulta importante identificar en esta población los conocimientos, prácticas y percepciones que tienen sobre autocuidado y de esta forma que ellos (as) mismos (as) sea capaces de reconocer en cuáles áreas deben realizar cambios y cuáles llevan

a cabo de buena forma, y también es aquí donde los y las profesionales de Enfermería podrán tener una visión del autocuidado de estas personas, lo que les permitirá realizar las intervenciones necesarias para acompañar o bien educar para que así ellos y ellas puedan mantener una buena salud, para lo que la investigadora se planteó las siguientes preguntas de investigación:

- 1- ¿Cuáles conocimientos poseen los adultos y las adultas mayores sobre autocuidado?
- 2- ¿En cuáles de las prácticas diarias que realizan los adultos y las adultas mayores está presente o ausente el autocuidado?
- 3- ¿Qué percepción tienen los adultos y las adultas mayores sobre el autocuidado como estrategia para mantener una buena salud?

Objetivos

Objetivo General:

Analizar los conocimientos, las prácticas y las percepciones sobre autocuidado en las personas adultas mayores que asisten a la Asociación Centro de Atención Diurno de Ancianos de Tibás, San Vicente Paúl, 2014.

Objetivos Específicos:

- Identificar los conocimientos sobre autocuidado que poseen las personas adultas mayores que asisten a la Asociación Centro de Atención Diurno de Ancianos de Tibás, San Vicente Paúl.
- Identificar las prácticas cotidianas sobre el autocuidado que tienen las personas adultas mayores que asisten a la Asociación Centro de Atención Diurno de Ancianos de Tibás, San Vicente Paúl.
- Identificar la percepción que tienen las personas adultas mayores que se reúnen en la Asociación Centro Atención Diurno Ancianos De Tibás San Vicente Paúl, sobre el autocuidado como estrategia para la conservación de la salud.

CAPÍTULO II: MARCO REFERENCIAL

Marco Referencial:

Para el desarrollo de esa investigación se realizó una aproximación a ciertas temáticas importantes que fueron un soporte teórico que respaldó el conocimiento que se desarrolló a lo largo de este proyecto investigativo.

Por lo tanto, resultó relevante conocer cuando se habla de una persona adulta mayor, lo referente a teorías del envejecimiento, un abordaje alrededor de la teoría de autocuidado de Dorothea Orem, definición de salud, ley de protección a la persona adulta mayor, lo que propone el plan nacional de Enfermería para la intervención con las persona adultas mayores, entre otros temas que se desarrollaron.

Personas Adultas Mayores

Para la UCR y CONAPAM (2008), en cuanto a las personas adultas mayores consideran que:

... no existe consenso sobre la edad a la cual se es parte de este grupo etario. Naciones Unidas considera que a los 60 años mientras que en los países desarrollados la diferencia se marca a los 65 años de edad. No hay evidentemente una edad inequívoca a partir de la cual se deba considerar a una persona adulta mayor, por lo que considerar persona adulta mayor a quienes tienen 60 años y más o a quienes tienen 65 años y más depende de condiciones específicas del país (p.13).

Pensar en las personas adultas mayores en nuestra sociedad es sinónimo de envejecimiento, aun cuando este concepto es más amplio y es producto no solo de un grupo en un momento dado, sino de un proceso a través del tiempo para cada ser humano.

Envejecimiento

Los seres humanos son quienes con el pasar del tiempo experimentan lo que se conoce como envejecimiento, que es entendido como un proceso y una experiencia individual, que resulta de dos tipos de envejecimientos que son:

“El envejecimiento primario es el proceso o grupo de procesos responsables del conjunto de cambio observados con la edad en los individuos de una especie y no relacionados con la presencia de enfermedad” (Galbán, Sanso, Díaz, Carasco y Oliva , 2007, p. 4-5).

Al respecto Papalia, Wendkos y Dunski (2010) mencionan que “el envejecimiento primario es un proceso gradual e inevitable de deterioro corporal que empieza a una edad temprana y continúa a lo largo de los años, sin que importe lo que la gente haga para aplazarlo” (p. 552).

También nos encontramos que:

... el envejecimiento secundario hace referencia al que se produce en los seres vivos cuando son sometidos a la acción de fenómenos aleatorios y selectivos, que ocurren a lo largo del tiempo de vida y que interaccionan con los mecanismos y cambios propios del envejecimiento primario para producir el “envejecimiento habitual”. Los principales

representantes de este envejecimiento secundario son los problemas de salud de carácter crónico y los cambios adaptativos para mantener la homeostasis del medio interno (Galbán y otros, 2007, p. 5).

Según Papalia, Wendkos y Dunski (2010) “el envejecimiento secundario es resultado de la enfermedad, el abuso y la inactividad, factores que a menudo pueden ser controlados por la persona” (p. 552).

Es entonces, como podemos analizar que el envejecimiento va a ser un resultado individual, bajo una mezcla de las características primarias y secundarias antes mencionadas, de ahí que las personas adultas mayores con los cuales se tuvo interacción para la recolección de la información de este proyecto es producto de este proceso al cual cada individuo que nace va a experimentar tarde o temprano.

Se conocen diversas teorías que explican cómo se da el envejecimiento, para efectos de esta investigación se desarrollarán las teorías biológicas y psicosociales del envejecimiento.

Teoría Biológica y Psicosocial del Envejecimiento

Para poder comprender como es que se da el envejecimiento en las personas, se conocen algunas teorías que plantean una explicación aunque no completa, si de una forma integradora y comprensible, como lo son la teoría biológica y psicosocial del envejecimiento.

Teoría Biológica

La perspectiva biológica sobre el envejecimiento trae consigo sentimientos negativos, porque la gente a lo que le teme es a las pérdidas en el funcionamiento del cuerpo. El proceso de envejecimiento comienza desde el nacimiento y termina con la muerte; es más, algunos autores indican su inicio en la misma concepción (Jiménez S. F., 2009, p. 7).

Para una mejor comprensión de esta teoría, se tienen dos subteorías que la explican estas son:

- La teoría del reloj biológico: Es una de las teorías que ha estudiado las causas del envejecimiento y se basa en la programación genética (Jiménez S. F., 2009, p. 7).

Las teorías de programación sostienen que el envejecimiento se rige por las acciones programadas de ciertos genes. La idea es que hay cronómetros o relojes integrados que están puestos para activarse según un programa. Pueden estar situados en las células o en el cerebro” (Craig 2001:562) (Jiménez S. F., 2009, p. 7).

- La teoría estoica: otro supuesto del envejecimiento se fundamenta en que “... el cuerpo humano envejece al igual que una máquina, el cual termina por deteriorarse, por el uso constante y por la acumulación de agresiones y lesiones de las células” (Craig 2001:561) (Jiménez S. F., 2009, p. 7).

Teoría Psicosocial

Para Jiménez S. F., (2009) “hay otros dos tipos de teorías que intentan explicar el fenómeno del envejecimiento. Las más significativas relacionadas con las teorías psicosociales son las siguientes” (p. 7):

- Del deslinde o declinar:

A parte del fundamento puramente biológico del deterioro del cuerpo, la teoría del deslinde señala otro aspecto interesante del envejecimiento, el cual es el declinar psicológico, característico de la etapa de la vejez. Por el hecho de hacerse vieja, la persona se desentiende de actividades y compromisos y, por influencia de la sociedad, se retira o aparta (Jiménez S. F., 2009, p. 8).

- De la actividad: De acuerdo con Jiménez S.F. (2009) esta teoría se basa en que el envejecimiento será más ventajoso si la persona realizar mayores actividades, es decir, ha permanecido ocupada, la persona se siente satisfecha de interactuar en diferentes actividades, donde ha podido establecer relaciones sociales e interés por asuntos variados que demuestran su solidaridad con los demás.

Es con esta última teoría donde se puede comprender que para lograr beneficios en la salud influye mucho en la persona el fomento de una calidad de vida sana, que se define como:

... la percepción del individuo de su situación en la vida, en el contexto de la cultura y sistema de valores en que vive, en relación con sus objetivos, expectativas, normas y

preocupaciones. Es un concepto de amplio espectro que involucra la salud física del individuo, su estado psicológico, grado de independencia, relaciones sociales, creencias religiosas y conexión con las características destacadas ambientales (OMS, 1994, pág.90) (Mauk K. L., 2008, p. 555).

De la mano con estas teorías que explican el envejecimiento está el concepto de salud, puesto que influye en una persona la condición que salud que haya mantenido a través de tiempo.

Salud

Dentro de los metaparadigmas que describe Orem (1983), se debe traer en este momento a análisis el concepto de salud, donde para esta teorizante la salud o bienestar humano se define como “el estado de estar entero o sano”. Aunque la palabra salud sea utilizada especialmente para referirse al estado de encontrarse libre de “dolor físico o enfermedad”, también se utiliza para indicar “una mente y alma sanas” (p. 159).

Por su parte siguiendo con el mismo concepto, Fernández M. (s.f.) considera que:

... es un estado de la persona que se caracteriza por la firmeza o totalidad del desarrollo de las estructuras humanas y de la función física y mental. Es inseparable de los factores físicos, psicológicos, interpersonales y sociales, incluye por tanto, la promoción y el mantenimiento de la salud, el tratamiento de la enfermedad y la prevención de complicaciones (p.15).

Para Contandriopoulos (2006) la salud puede visualizarse desde la dimensión ontológica, donde la misma puede ser entendida a partir de un enfoque social, psíquico o biológico. En cuanto al primero, la salud biológica, es aquella que se manifiesta por la vida en el silencio de los órganos... La enfermedad es la disfunción biológica (cuerpo, órganos, tejidos, moléculas, genes...). La enfermedad, es la que impide a los hombres el ejercicio normal de sus vidas...y sobre todo eso que los hace sufrir (p. 5, 6,7).

Luego, la salud social:

... está esencialmente asociada a la adaptación del hombre a los ambientes físicos, sociales, simbólicos, en los cuales está situado. Se expresa en la capacidad del ser vivo de prosperar, de evitar enfermarse. La salud, en tanto que adaptación de la vida a su medio ambiente, se expresa entonces por la duración y la calidad de la vida (Contandriopoulos 2006, p. 6).

Y finalmente, la salud psíquica “se manifiesta por los sentimientos de plenitud, de felicidad, de bienestar” (Contandriopoulos 2006, p. 6). Como pudo verse, para este autor el concepto de salud está representado por tres enfoques que interactúan entre si y dan significado a cada caso particular del individuo.

De acuerdo a lo planteado por los autores anteriores, su definición del concepto de salud se presenta desde una visión preventivista y estrechamente relacionado con la enfermedad, lo cual no forma parte del pensamiento de la autora de esta tesis, sin embargo, cabe hacer de mención de ello a fin conocerlo, ahora más recientemente se tiene un nuevo enfoque sobre lo que realmente es la salud, el cual es planteado por la O.P.S a continuación.

Entonces, ya desde un punto vista más actual, la Organización Panamericana de la Salud (2007) nos presenta la definición de salud como:

... un fenómeno con implicaciones sociales, económicas y políticas y, sobre todo, un derecho fundamental, y las desigualdades, la pobreza, la explotación, la violencia y la injusticia entre las causas importantes de los problemas de salud que afectan a la gente pobre y marginada (p. 3).

La definición anterior representa un concepto más acorde a las condiciones y realidad humana actual, debido a que da una visión más amplia de lo que rodea al individuo y lo presenta como una situación cambiante según a lo que se enfrente la persona en su día a día, puesto que la salud está íntimamente relacionada con lo social, con lo económico, con las políticas públicas; y de alguna manera el autocuidado está vinculado con la salud.

Con la realización de ésta tesis se pretende conocer como esas condiciones sociales influyen en como realizan su autocuidado las personas adultas mayores y a su vez esto lleva a afectar su salud y lo que significa para ellos y ellas el bienestar

Condiciones de Vida

Siguiendo la línea de pensamiento que toma en cuenta aquello general o específico que rodea a la persona adulta mayor, se debe traer a colación el concepto de condiciones de vida, que:

... son el entorno cotidiano de las personas, dónde éstas viven, actúan y trabajan. Estas condiciones de vida son producto de las circunstancias sociales y económicas, y del entorno físico, todo lo cual puede ejercer impacto en la *salud*, estando en gran medida fuera del control inmediato del individuo (p.27).

Como bien pudo leer en la definición, estas condiciones pueden ser de tipo social o económico, de forma que está presente en el diario vivir de un individuo, por ello según el acceso que tenga la salud se verá afectada ya sea positiva o negativamente y condicionará a su vez la calidad de vida y el estilo de vida que tenga la persona adulta mayor.

Calidad de Vida

Mauk (2008) considera que la población adulta mayor tiene retos que cumplir para mejorar su calidad de vida, esto tanto a nivel individual, en el país y a nivel internacional. (p. 574).

El fomento de la calidad de vida es un esfuerzo multidimensional.... Es más probable que se logre una mayor calidad de vida y un envejecimiento activo si se adoptan las siguientes conductas: ejercicios diarios de resistencia o de soporte de peso, alimentación adecuada, apoyo y participación social, cumplimiento de los planes de tratamiento, garantizar un ambiente seguro y actividades que fortalezcan la agudeza cognitiva mental, como conversación, juego de cartas y puzzles (Mauk K. L., 2008, p. 574).

Tomando en consideración, la calidad de vida que según la O.M.S. (1998) en el glosario de promoción de la salud es:

... la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Es un concepto extenso y complejo que engloba la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno (p. 28).

Teniendo presente lo anterior, se debe recordar que no todas las personas adultas mayores no tienen la misma calidad de vida, porque no todos viven en un ambiente seguro, no todos tienen una alimentación adecuada, entre otras cosas.

Por lo tanto, para lograr el éxito de esa calidad de vida es necesario que se lleve a la realidad prácticas de estilos de vida saludable, es decir la calidad de vida depende de los estilos de vida saludable, los cuales dependen de las condiciones sociales en las que están las personas adultas mayores, el acceso económico que posee, de forma que pueda comprar sus alimentos, de si el barrio donde vive es seguro o no para salir a caminar, entre otras cosas.

Estilo de Vida

Es entonces a través de estilos de vida saludable como las personas adultas mayores pueden verse beneficiados para lograr esa calidad de vida que significa la diferencia entre mantenerse saludables o no. Se considera que “ determinados factores de estilo de vida como la falta de ejercicio, el tabaquismo, el consumo de alcohol, una dieta inadecuada y la obesidad pueden afectar notablemente el declive funcional de las personas mayores” (Wachtel y Fretwell 2009, p. 9).

Si se toma en cuenta lo planteado por la OMS (1998) “el estilo de vida es una forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales” (p. 27). Lo que permite concluir que los estilos de vida están condicionados socialmente, puesto que las oportunidades entre una persona u otra pueden ser o son distintas, e influyen en las prácticas de vida que realice, por ejemplo: si una persona adulta mayor con su pensión debe mantener una casa, su dinero no le va a alcanzar para comer comida sana o ni siquiera comer todos los días, menos tendrá la oportunidad de comprarse ropa o tenis para salir a caminar y hacer actividad física; estas y más circunstancias se deben pensar al momento indagar sobre este tema.

Lo anterior no es un simple capricho, puesto que ha sido estudiado y propuesto en muchas partes del mundo por quienes consideran a la salud pública como un importante recurso para mejorar la salud, esto lo confirman Vega, Solar e Irwin (s.f.) al mencionar que “de acuerdo con su respectiva posición social, las personas experimentan una exposición y vulnerabilidad diferencial ante los factores que ponen en riesgo la salud” (p.15).

Además, Vega, Solar e Irwin (s.f.) destacan que:

... la posición socioeconómica tiene una influencia sobre la salud a través de determinantes más específicos o intermediarios. Esos factores intermediarios son condiciones materiales de vida, como la situación laboral y de vivienda, circunstancias psicosociales y también factores conductuales, como la exposición a factores de riesgo específicos. El modelo supone que los miembros de los grupos socioeconómicos inferiores viven en circunstancias materiales menos favorables que los más altos... (p. 15)

Adicional a lo anterior, se conocen algunas prácticas de estilos de vida que pueden ser influir de forma positiva en el proceso de envejecimiento puesto que se relacionan con factores de riesgo, sin embargo, no se puede dar por hecho que todas las personas pueden tener acceso a realizarlos o adquirirlos, algunas de estas recomendaciones son:

- “El ejercicio puede aumentar la actividad del sistema inmunitario... y aumentar la masa muscular. Además, “el ejercicio y la evitación del tabaquismo y de otros irritantes aerotransportados pueden preservar la capacidad vital” (Wachtel y Fretwell 2009, p. 10).
- “La utilización de protectores UV pueden reducir los problemas cutáneos” (Wachtel y Fretwell 2009, p. 10).
- “Las modificaciones de la dieta la evitación del alcohol y un ejercicio correcto pueden mejorar el flujo sanguíneo hacia el cerebro; la estimulación mental ayuda a preservar la función intelectual” (Wachtel y Fretwell 2009, p. 10).
- “Las modificaciones de la dieta y un ejercicio correcto pueden retrasar la degeneración cardiaca y del sistema circulatorio” (Wachtel y Fretwell 2009, p. 10).
- “Las dietas ricas en fibras pueden reducir la incidencia de cáncer de colón y preservar la regularidad de los hábitos corporales” (Wachtel y Fretwell 2009, p. 10).

- “Los ejercicios de carga, el calcio, la ingesta de las concentraciones necesarias de vitamina D y el tratamiento con estrógenos (en las mujeres) pueden retrasar la pérdida de densidad ósea” (Wachtel y Fretwell 2009, p. 10).
- “El mantenimiento de la actividad sexual puede posponer la senectud sexual” (Wachtel y Fretwell 2009, p. 10).

Y efectivamente, realizar o no estas prácticas de estilos de vida pueden afectar el funcionamiento de las personas adultas mayores, pero se debe considerar cada situación particular, puesto que muchos (as) dependen del ingreso económico de su pensión, del barrio donde viven, de la posibilidad de comprar productos o alimentos, del acceso al seguro social, entre otras cosas.

En vista de que las prácticas de estilos de vida se relacionan con los factores de riesgos, para lograr ese éxito tan necesario cuando se realizan cambios en los estilos de vida con el fin de mejorar la salud, pero claro cada caso es individual, por lo que se debe conocer de forma particular qué posibilidades tiene cada persona adulta mayor y no juzgar simplemente a la ligera, por ello resulta importante el involucramiento de los profesionales de Enfermería para que a través de la promoción de la salud orienten a las personas a que de acuerdo con sus condiciones de vida modifique lo que les sea posible, sino dirigir la necesidad presente hacia las instituciones encargadas de velar por el bienestar de la población, como lo es el Centro Diurno, la CCSS, el IMAS, entre otros.

Si la salud es un fenómeno con implicaciones sociales, económicas y culturales, de acuerdo con el esquema de la Organización Mundial de la Salud, claramente donde se evidencia que los estilos de vida, conductas y hábitos están condicionados por la clases social, la estructura económica, por el género y esto está relacionado e íntimamente ligado con lo que son políticas publica de gobernanza, entonces vemos que es multifactorial, puesto que depende de muchas cosas.

Promoción de la Salud

En la Carta de Ottawa de 1986, que fue emitida en la primera conferencia sobre la promoción de la salud en el país canadiense, de ésta misiva se desprende la definición de promoción de la salud que:

... consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana (OMS, 1986, p. 1).

Es aquí donde los profesionales de Enfermería pueden participar activamente a través de la educación en salud (que es una de las estrategias de promoción de la salud) y de esta forma empoderar a la población a la que se dirigen de forma que sean capaces de ser gestores de su propio autocuidado para lograr así tener el control de beneficiar a su salud, a través de esto se

fortalecen sus habilidades pero no se puede cambiar todo, ya que si sus condiciones sociales o económicas no se lo permiten, es el momento cuando se debe buscar orientar a la población para que las instituciones del estado le brinden la protección que necesitan, puesto que promoción de la salud está ligado con políticas públicas de un país.

Por su parte la OMS (1998) menciona que promoción de la salud “es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla” (p. 10). Pero además, se considera que es parte de un proceso político y social, que va más allá que sólo educar en habilidades y capacidades a la población, ya que, está orientado:

... a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia, mejorarla (OMS, 1998, p. 10).

La promoción de la salud es multisectorial, por eso la estrategia de promoción de la salud es muy importante para abordar las inequidades, porque al ser intersectorial las inequidades son intersectoriales y están ligadas a las condiciones sociales.

Promocionando la salud se busca evitar la enfermedad y si bien ésta ya se encuentra en la persona se evitan mayores complicaciones para lo se tiene de forma más acertada realizar la prevención de la enfermedad con lo que se busca alcanzar esa reducción de los riesgos de alguna enfermedad.

Prevención de la Enfermedad

De acuerdo con Agrest (2009) “prevenir significa anticipar y evitar la llegada de algo que ocurriría si no lo evitáramos” (p. 382). Para la OMS (1998) “la prevención de la enfermedad son las “medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida” (p. 13).

Sanabria F. (2011) analiza el hecho de que así como a través de las actividades de promoción de la salud se orientan en promover el bienestar indistintamente del estado de salud del individuo, por su parte con la prevención se evita se desarrolle, cronifique o se disminuyan las enfermedades, es decir se evita el daño indistintamente del estado de bienestar. “Desde esta perspectiva, la promoción y la prevención serían actividades complementarias que deben ser promovidas de manera simultánea por todos los profesionales de la salud” (p. 113).

Según un estudio realizado en la Habana, Cuba, en un 75% las enfermeras consideran la prevención como la ejecución de programas en Salud, donde mencionan que la idea de que prevenir es explicar a la población sobre las enfermedades, orientándoles lo que deben hacer para evitar padecerlas o empeorar el estado de salud. Por consecuencia, para ellas la efectividad de la prevención depende, en primer lugar, de la comprensión que la población o el individuo tenga de las informaciones y orientaciones recibidas (Rodríguez M., 2009, p. 59-60). En un 50% “es evitar que las personas enfermen o empeoren, lo que constituye el contenido de trabajo propio de la APS y es una actividad que las organizaciones políticas y de masas deben apoyar” y en un 25% es repetir y perseverar (Rodríguez M., 2009, p. 60), con esta visión desde Enfermería se evidencia

el importante papel de la profesión en su aporte a la educación en salud. Por lo tanto, la prevención de la enfermedad es exclusiva del sector salud, por ejm a través de la vacunación.

La salud al ser un fenómeno que puede ser influenciado por muchas condiciones sociales alrededor del individuo, por lo que deben tomarse en cuenta cuales influyen o influyeron en el presente y/o pasado de manera que afectaron o beneficiaron la situación de salud actual de las personas adultas mayores, quienes son el motivo de esta tesis.

Determinantes Sociales de la Salud en la Persona Adulta Mayor

Continuando con la temática de salud, los determinantes sociales son definidos por la OMS (2014) como:

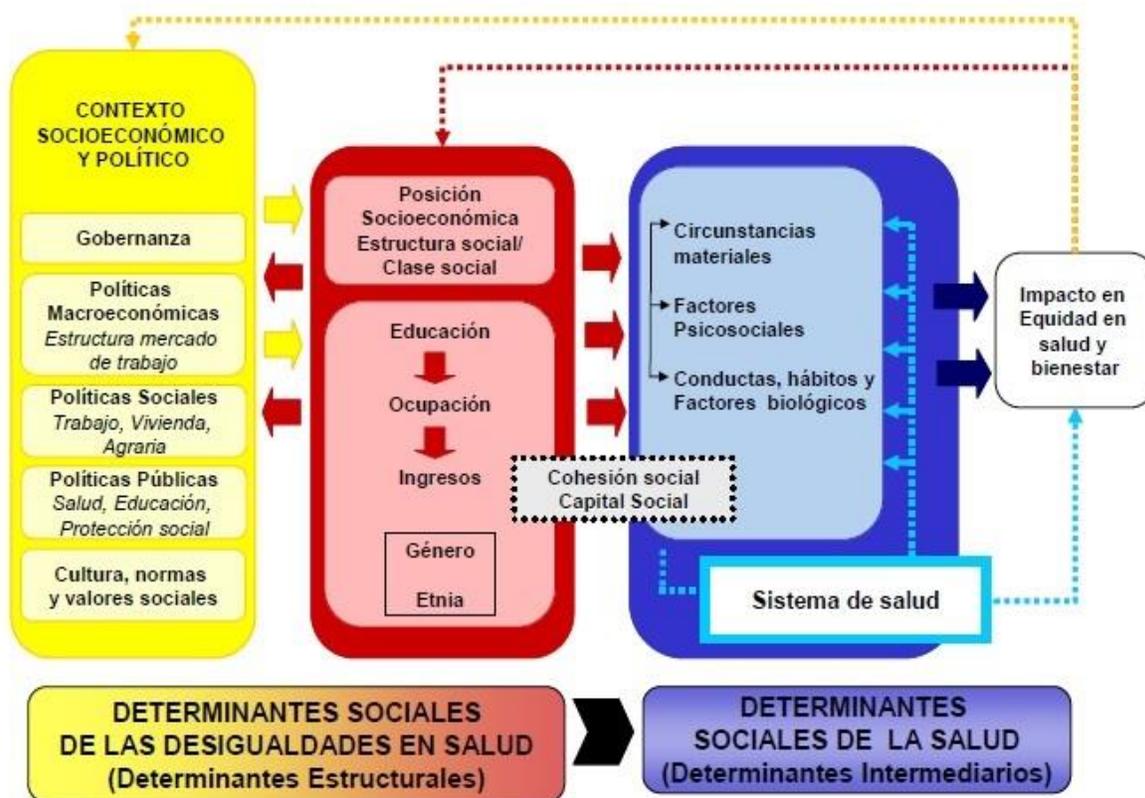
... las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas (párr. 1)

Villar E. (2007) menciona que en la Conferencia Internacional de Alma Ata en 1978 se consideró también como uno de los pilares básicos de la estrategia de la Atención Primaria de la Salud a los determinantes sociales de la salud donde se declaró “La necesidad de una estrategia integral de salud que no solo preste servicios de salud sino que también aborde las causas sociales, económicas y políticas subyacentes de la mala salud” (p.8). Ante esto Villar (2007) se cuestiona porque si desde hace ya varios años se tiene este enfoque porque en muchos países se

cumple un poco y en otros para nada estas políticas de salud. Esto debe hacernos caer en cuenta que de este pensamiento está presente o ausente en nuestro país.

Orielle Solar (2006, citado por Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012) hace una amplia y clara descripción sobre el Marco de los Determinantes Sociales de la Salud de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, el cual se plantea en la siguiente figura.

Figura 1: Marco conceptual de los Determinantes Sociales de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS.



Fuente: Solar O Irwin A. Marco Conceptual de los Determinantes Sociales de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS 2006.

Tomado de: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012, p. 28

Como puede verse en la imagen anterior el marco de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS dividen en dos categorías a los determinantes sociales, lo que se describirá a continuación:

1. Determinantes intermediarios de la salud:

Son aquellos influyen en la salud, a través de las conductas relacionadas con la salud y los factores biológicos y psicosociales. En ellos se incluyen además:

- Las circunstancias materiales: Como lo es el entorno físico, como la vivienda, las condiciones de la misma y el tipo de barrio en el que vive, la capacidad económica de adquirir productos como alimentos saludables, ropa, entre otros, las condiciones de trabajo posee. Dependiendo de la calidad de estas circunstancias, llegan a constituirse en recursos positivos para la salud o por el contrario pueden suponer un riesgo para la salud (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012, p. 29)
- Las circunstancias psicosociales: se incluyen el estrés psicosocial, como por ejemplo, eventos negativos en la vida o condiciones de vida estresantes o, por el contrario, factores psicosociales positivos, como las redes y el apoyo social, entre otros. Los diferentes grupos sociales están expuestos a diferentes experiencias y situaciones vitales que explican los patrones psicosociales que se dan a largo plazo asociados a las desigualdades en salud (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012, p. 29).

- Los hábitos o conductas: se encuentran, por ejemplo, la dieta, el consumo de alcohol o tabaco y el grado de actividad física. De acuerdo a la exposición que tenga o haya tenido, puede significar factores protectores que potencian la salud, como la actividad física, o por el contrario ser perjudiciales para la salud como el consumo de tabaco o las dietas no saludables. Un elemento a destacar es que los hábitos o “estilos de vida” son el resultado de las condiciones materiales en que se nace, vive y trabaja, siendo la forma en que los grupos sociales traducen las condiciones materiales de vida en pautas de conducta. (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012, p. 29).

- El sistema de salud: se sabe que con un sistema de salud que permite el acceso equitativo de las personas y también realiza la promoción acciones de intersectoriales contribuye a mejorar el estado de salud de la población. El sistema de salud debe actuar como un amortiguador de la enfermedad o incapacidad, evitando que por ello las personas vea deteriorado su estatus social y más bien sirva para que logren reintegrarse nuevamente a su vida. Pero ante todo debe quedar claro que no lo puede lograr solo y necesita del aporte de más instituciones del gobierno. (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012, p. 29,30).

- Cohesión social y capital social: Estos aspectos involucran la importancia de esa integración de una sociedad con el fin ser esta una herramienta que les permita surgir de las adversidades y les da un sentido de pertenencia. En cuanto al capital social “se trata de un recurso intangible y dinámico que existe en el colectivo social y abarca elementos como la confianza, la participación, la reciprocidad y el sentimiento de pertenencia a una comunidad” (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012, p. 30).

2. Determinantes estructurales: Posición socioeconómica y contexto socioeconómico y político.

Estos son los determinantes que influyen en los determinantes intermedios, puesto que significan las causas detrás de las causas de las desigualdades en salud.

- La posición socioeconómica: hace referencia a los factores sociales y económicos que influyen en la posición que los individuos o grupos tienen dentro de la estructura de una sociedad. La posición socioeconómica se entiende como un concepto agregado que incluye la medición integrada del acceso a recursos y el prestigio en las sociedades, vinculándose a la clase social a través del ingreso, educación y ocupación. Y en cuanto al género y etnia, de igual forma se toma en cuenta al ingreso, educación y ocupación, relacionándolo con la discriminación en estos grupos (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012, p.30).

- Contexto socioeconómico y político: El contexto socioeconómico son las diversas realidades en las que está inmersa una sociedad, el marco en el que se desarrolla. La posición socioeconómica está definida y modelada en gran parte por el contexto sociopolítico y económico. Estos contextos modelan las condiciones sociales generadas por la estratificación y/o exclusión social. El contexto incluye:
 - Gobernanza en un sentido amplio, que incluye patrones de discriminación, participación de la sociedad civil y transparencia en la administración pública.

- Políticas Macroeconómicas, incluyendo balance fiscal y monetario, deuda fiscal y balance de pago, tratados y políticas sobre el mercado laboral, etc.
- Políticas Sociales que afectan a factores como el trabajo, la propiedad y la distribución de las tierras y vivienda; así como las condiciones del entorno en el que se vive y que afectan a la calidad de vida de las personas.
- Políticas Públicas en áreas como educación, bienestar social, salud, urbanismo, etc.
- Cultura y valores presentes y predominantes en la sociedad (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012, p. 32,33).

Después de conocer todo este marco, se puede concluir que el contexto económico, político y social asigna una estratificación social a las personas según las condiciones sociales que posee de acuerdo a su posición económica. De esta forma, el acceso a recursos materiales, factores psicosociales y a conductas o hábitos relativas a la salud, no va a ser el mismo para todas las personas; lo que significan diferencias en la vulnerabilidad individual y colectiva de la población y a su vez ser parte de las consecuencias sociales, económicas y de salud ante un evento negativo; toda esta realidad muestra el panorama donde las situaciones de salud se presenta de una u otra forma según como sea la escala social del individuo; esto es una realidad de las inequidades en salud que no puede ni debe continuar.

Sobre esta realidad, Vega. Solar y Irwin (s.f.) destacan que:

... para tener una repercusión real sobre las inequidades en salud, se debe intervenir sobre los determinantes sociales estructurales. Tales medidas exigen procesos profundos e históricos de cambio social, y sólo producen resultados a largo plazo. Eso implica un consenso social nacional y compromisos de la sociedad en su conjunto con las generaciones futuras del país (p. 17).

Ante este planteamiento de los determinantes, se puede afirmar que las condiciones sociales son aquellos factores que más van a influir en la condición de salud de las personas adultos mayores por el hecho de que va a provocar variaciones en su acceso a servicios y alimentación adecuada, escasa seguridad en las comunidades donde habitan, entre otras cosas.

Muchos de los aspectos anteriormente mencionados se confirman y discuten a través de diez aspectos que se relacionan entre sí con los determinantes sociales de la salud, esto expuesto por Wilkinson y Marmot (2003). Dichos aspectos son:

- 1- El Gradiente Social: Las circunstancias sociales y económicas deficientes afectan la salud durante la vida. Las personas que están en los estratos sociales más bajos por lo general tienen el doble de riesgo de sufrir enfermedades graves y muerte prematura que quienes están en los estratos altos (Wilkinson y Marmot, 2003, p. 7).
- 2- El Estrés: Las circunstancias sociales y psicológicas pueden causar estrés por largo tiempo. Los estados continuos de ansiedad, inseguridad, baja autoestima, aislamiento social y falta de control en el trabajo y la vida en el hogar tienen efectos poderosos en la salud. Tales riesgos psicosociales se acumulan en la vida y aumentan la probabilidad de

salud mental deficiente y muerte prematura. Los periodos prolongados de ansiedad e inseguridad y la falta de relaciones de apoyo son perjudiciales en cualquier área de la vida en la que surjan (Wilkinson y Marmot, 2003, p. 10).

- 3- Primeros Años de Vida: Durante la etapa prenatal y la infancia se sientan bases importantes para la salud en la edad adulta. Un crecimiento deficiente y la falta de apoyo emocional durante este periodo aumentan el riesgo de por vida de tener una mala salud física y reducen el funcionamiento físico, cognoscitivo y emocional en años posteriores. Las malas condiciones sociales y económicas plantean la amenaza más grande al crecimiento infantil y trazan una trayectoria social y educacional deficiente para niños y niñas (Wilkinson y Marmot, 2003, p. 12).
- 4- Exclusión social: Los procesos de exclusión social y el grado de privación relativa en una sociedad tienen consecuencias significativas en la salud y ocasionan muertes prematuras. El daño a la salud no solo se debe a la privación material sino también a los problemas sociales y psicológicos de vivir en la pobreza (Wilkinson y Marmot, 2003, p. 14).
- 5- Trabajo: El estrés laboral contribuye de manera importante a las grandes diferencias en la salud, la ausencia de enfermedad y la muerte prematura relacionadas con la posición social. Estos resultados sugieren que el entorno psicosocial en el trabajo es un factor contribuyente importante al gradiente social de mala salud. (Wilkinson y Marmot, 2003, p. 14).
- 6- Desempleo: El desempleo es un riesgo para la salud, y el riesgo es mayor en regiones con

altos índices de desempleo. ... las personas desempleadas y sus familias corren un riesgo substancialmente mayor de muerte prematura. Los efectos del desempleo en la salud están vinculados a las consecuencias Psicológicas y los problemas financieros, especialmente las deudas (Wilkinson y Marmot, 2003, p. 19).

- 7- Apoyo Social: El apoyo social y las buenas relaciones sociales contribuyen de manera importante a la salud. El apoyo social ayuda a darle a las personas los recursos emocionales y prácticos que necesitan. El pertenecer a una red social de comunicación y obligaciones mutuas hace que las personas se sientan amadas, apreciadas, valoradas y cuidadas, todo lo cual tiene un poderoso efecto protector en la salud (Wilkinson y Marmot, 2003, p. 21).
- 8- Adicción: “El consumo de drogas es una respuesta al resquebrajamiento social y un factor importante que empeora las inequidades resultantes en salud. Brinda a los usuarios un escape ilusorio a la adversidad y el estrés, aunque tan solo empeora sus problemas” (Wilkinson y Marmot, 2003, p. 23).
- 9- Alimentos: Una buena dieta y un suministro adecuado de alimentos son indispensables para promover la salud y el bienestar. La escasez de alimentos y la falta de variedad son causa de malnutrición y enfermedades por deficiencias nutricionales. El consumo inmoderado, también una forma de malnutrición, contribuye a las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, el cáncer, las enfermedades oculares degenerativas, la obesidad y la caries dental (Wilkinson y Marmot, 2003, p. 25).

10- Transporte: Como la automatización ha reducido el ejercicio que se hacía en los trabajos y las faenas del hogar, la gente necesita encontrar nuevas formas de integrar el ejercicio en sus vidas. Eso puede lograrse reduciendo la dependencia de los automóviles, caminando más y montando en bicicleta, y ampliando el sistema de transporte público (Wilkinson y Marmot, 2003, p. 27).

Con la visión planteada a través de estos diez aspectos de los determinantes sociales de la salud es una de las formas como se puede conocer que los estilos de vida que pueda tener la persona van a modificar su calidad de vida y por ende se influye en la salud de forma positiva o negativa.

Muchas de estas situaciones están fuera del alcance o posibilidad de cambio de las personas, otras son posibles modificar por parte de los gobiernos de los países, lo importante es conocer su existencia y brindar un aporte para lograr reducirlas y contribuir a modificar la vida de las personas, pero también es a través de esa construcción de conocimiento que se puede dar las herramientas para ser conscientes de la realidad en la que se está y con ese poder que da el conocimiento lograr un empoderamiento para lograr cambios personales y colectivos.

Conocimiento

Al ser el conocimiento un importante eje que se desarrolló en esta investigación es necesario saber que “el conocimiento, tal como se le concibe hoy, es el proceso progresivo y gradual desarrollado por el hombre para aprehender su mundo y realizarse como individuo, y especie” (Ramírez, 2009, p.218).

El grado de conocimiento puede variar enormemente de una persona a otra, por el simple hecho de ser individuos distintos, que han tenido experiencias diferentes a lo largo de la vida, aún y cuando se posee la misma edad y se haya recibido la misma educación en un salón de clases por los mismos docente, e incluso por haber sido educados en una misma familia; ésta diferencia radica en que cada persona construye su conocimiento de forma individual y muy personal, cada persona toma la información, la hace suya y la consolida según experiencias previas, lo que cree es lo correcto y de la forma que le haga recordarlo posteriormente. Igualmente, se debe recordar que la condición de género influye de forma diferente como se envejece, así como las distintas capacidades y conocimientos para cuidarse. Dado lo anterior, es que es muy importante identificar cuáles son los conocimientos que las personas adultas mayores tienen respecto a su estado actual de salud y con ello valorar cuan involucrados (as) están en tener una autocuidado que les permita evitar complicaciones futuras.

Valorando ese conocimiento es que se puede saber cuáles han sido esas prácticas en el pasado y cuáles son esas prácticas del presente, con lo cual se puede detectar que continuar o que modificar en beneficio de la persona adulta mayor.

Prácticas

Es en esta investigación con la población adulta mayor donde se indagó acerca de esos comportamientos que han aprendido las personas sobre autocuidado, donde la teoría de autocuidado viene a tener relevancia en la vida de estas personas adultas mayores, porque es a través de las prácticas donde se realizan aquellas actividades o acciones que se aprendió anteriormente, dicho análisis se comprueba con el concepto que plantea la Real Academia

Española (2014) donde define practicar como “ejercitar, poner en práctica algo que se ha aprendido y especulado” (párr.. 1).

Gran parte de las actividades que se realizan a diario tienen su influencia de muchos años anteriores, gracias a que por mucho tiempo el individuo ha observado en las personas cercanas como realizar tal o cual cosa que se le enseña, esto es descrito en lo que se conoce como modelaje de las representaciones sociales.

Modelaje de las representaciones sociales

La teoría de representaciones sociales se entiende como:

“... un sistema de referencia que nos permite dar significado a los hechos. Es decir, que constituye una especie de "anteojos" que nos brindan una manera de ver algunos sucesos o conceptos y concebir teorías implícitas para establecer aseveraciones sobre individuos o sobre nuestra vida cotidiana” (Lacolla 2005, p.17, 18).

Esta autora además menciona que posee dos características: “1- Siempre se constituye como la imagen, o alusión de un objeto, persona, acontecimiento, idea, etc. y por eso se la llama de este modo, ya que lo representa. Y 2- Tiene un carácter simbólico y significante”. (Lacolla 2005, p.17) Con esta teoría, se puede afirmar que son válidas las respuestas dadas por las personas adultas mayores, ya que con el ejemplo y educación que les dieron sus familiares, maestras o jefes, lograron aprender y poner en práctica diversas formas para cuidarse por sí mismos (as).

Mucha de la información que se recibe y aprende a diario está influida por cómo se percibe de forma individual, por el hecho de que cada persona aprende de forma distinta.

Percepción

Las personas adultas mayores han acumulado a través de los años muchos cambios estos pueden llegar a significar o no un golpe en su estado de ánimo de forma positiva o negativa, por lo que es necesario conocer el significado que este tiene en su vidas y si por ello su propio cuidado se ha sido afectado, y es a través de cómo perciban esa situación que va influir de una u otra forma. Es por lo cual, se debe conocer que la percepción, es con la que se logra hacer esa integración con los cinco sentidos, donde al verse frente una imagen, un sonido, un sabor, un olor y una sensación física, el conocimiento para cada caso cobra sentido.

De ahí que Sánchez y Pérez (2008) citan como percepción:

... a la capacidad mental que nos permite integrar y/o reconocer aquello que nos llega a través de nuestros sentidos. Nos permite reconocer aquellos objetos a los que prestamos atención y/o crear patrones propios de conocimiento, por lo tanto, debe producirse un encuentro entre la información sensorial y los archivos de memoria, dando paso a la percepción o interpretación de la realidad (p.4).

Lo anterior lo confirma Tabloski (2010) quien reconoce que “la percepción de un hecho o situación va a ser recibido de forma distinta por una persona u otra, por el hecho de estar involucrados la parte física y los sentidos, de ahí que no se puede estandarizar” (p. 242), es por

este hecho, que esta apreciación se guía bajo la misma línea del concepto de conocimiento que fue mencionado previamente.

Si se toma en cuenta el punto de vista de la disciplina de Enfermería, se puede ubicar que ésta posee una teoría general de Enfermería descrita por Dorothea Orem quien hace mención a la teoría de autocuidado, que fue muy importante durante la realización de esta investigación.

Teoría General de Enfermería

En cuanto a la teoría general de Enfermería de Dorothea Orem (1983) señala que ésta se compone de tres teorías relacionadas entre sí, las cuales son, la teoría del autocuidado, teoría del déficit del autocuidado y la teoría de los sistemas de Enfermería (p. 44); para efectos de esta tesis, se va a trabajar con la teoría de autocuidado.

Teoría de Autocuidado

La teoría del autocuidado que plantea Orem (1983) nos habla de que “el autocuidado y el cuidado de miembros dependientes de la familia son comportamientos aprendidos que regulan intencionalmente la integridad de la estructura humana y su funcionamiento y desarrollo” (p. 47). Sobre esto Rivero N, et al (2007) describe al autocuidado como algo que no es algo natural al nacimiento, sino que es una conducta aprendida a lo largo de la vida, viéndose influenciado por diversos factores, como las relaciones con otros individuos, la comunicación familiar, instituciones de formación académicas, amigos, entre otros, que pueden ser un punto de partida en los estilos de vida que se involucran con el autocuidado.

Agencia de Autocuidado

Otro punto a investigar en la persona adulta mayor es la capacidad de participar en su cuidado, que es lo que Orem (1983) define como agencia de autocuidado, para lo que autores como Castro y Navarro (2010), refieren que es la capacidad que le permite a las personas adultas y adolescentes, comprender los diversos factores que deben ser controlados o tratados a fin de regular el funcionamiento y desarrollo de sí mismos, y de este modo lograr tomar decisiones respecto a lo que se debe y puede hacer, así se consigue realizar las actividades que conllevan el cuidado a fin de cubrir los propios requisitos de autocuidado, por tanto, la agencia de autocuidado es la capacidad de una persona para llevar a cabo las actividades de autocuidado, dentro de las cuales se puede indicar el agente de cuidado dependiente, siendo este la persona que brinda el autocuidado, y el agente dependiente, que es la persona que proporciona cuidados a otras personas.

Realizar el propio cuidado a sí mismo significa un recurso primordial en la vida de la persona adulta mayor, es entonces que resulta importante reconocer que el cuidado es una actividad que todo individuo realiza a diario, este puede ser efectuado para otra persona o llevado a cabo para uno mismo, es decir realizar autocuidado, que según Tobón (s.f.):

... se refiere a las prácticas cotidianas y a las decisiones sobre ellas, que realiza una persona, familia o grupo para cuidar de su salud; estas prácticas son ‘destrezas’ aprendidas a través de toda la vida, de uso continuo, que se emplean por libre decisión, con el propósito de fortalecer o restablecer la salud y prevenir la enfermedad; ellas

responden a la capacidad de supervivencia y a las prácticas habituales de la cultura a la que se pertenece (p. 3).

Por su parte Dorothea Orem (1983) define autocuidado como "... la práctica de actividades que las personas inician y hacen por sí mismas para el mantenimiento de la vida, salud y bienestar" (p. 55).

Como se puede ver, ambas definiciones poseen similitudes y en su esencia describen claramente lo que es el autocuidado y lo ubican como una actividad muy importante para la vida. En donde se considera que las personas adultas son capaces de cuidarse por sí mismas, por su parte "los lactantes, los niños, personas de la tercera edad, enfermos e inválidos requieren cuidados completos o asistencia con actividades de autocuidado" (Orem, 1983, p. 55).

En cuanto a población que interesa en ésta investigación, Orem (1983) menciona que "la persona de mayor edad necesita ayuda o cuidado total o asistencia cuando sus facultades mentales y físicas, que están declinando, limitan la selección o realización de acciones de autocuidado" (p. 55). Es por ello, que se debe destacar que "el autocuidado es la contribución constante de un adulto a su propia vida, salud y bienestar continuo" (Orem, 1983, p. 55), en donde "la persona adulta mayor que practica autocuidado, tendrá la oportunidad de desarrollar al máximo su potencial personal y perfeccionar actitudes indispensables para la vida" (García, C.V., 2012, p. 2), por eso, es que resulta significativo conocer cómo se cuidan las personas adultas mayores que participarán de ésta investigación y así tener un panorama a respecto.

Requisitos de Autocuidado

Ahora para el desarrollo de un autocuidado como tal, se deben cumplir una serie de propósitos, los cuales Orem (1983) llama requisitos de autocuidado y los divide en tres principales que son: los universales, de desarrollo y alteración de la salud (p. 55-57), de los cuales en ésta investigación se analizarán sólo los dos primeros.

Requisitos Universales

En cuanto a los primeros requisitos, es de suma importancia determinar en ésta investigación el cumplimiento de los mismos, en donde esta autora presenta una lista de 8 requisitos universales de autocuidado que considera deben estar presentes en las personas, los cuales son:

- 1- Mantener una ingesta suficiente de aire
- 2- Mantener de una ingesta adecuada de agua.
- 3- Mantener una ingesta suficiente de comida.
- 4- Proceso de eliminación de desechos adecuados.
- 5- Equilibrio entre actividad y descanso.
- 6- Equilibrio entre soledad y comunicación social.
- 7- La prevención de peligros en la vida, bienestar y funcionamiento de la persona.
- 8- Promover el desarrollo humano dentro de grupos sociales, según las posibilidades individuales (Orem, 1983, p. 63).

Tomando en cuenta el significado importante para el desarrollo de esta investigación que poseen los ocho requisitos universales planteados por Dorothea Orem, es que se ubicarán y describirán cada uno de ellos según su pertinencia en relación a las personas adultas mayores.

El Sistema Respiratorio en la Persona Adulta Mayor

En cuanto al primer requisito universal de autocuidado relacionado al cumplimiento de un abastecimiento de aire por parte de la persona, la literatura nos habla de que:

“... el proceso de envejecimiento va acompañado de cambios fisiológicos del sistema respiratorio. Puede ser difícil diferenciar los cambios normales del envejecimiento de los cambios relacionados con una enfermedad. Los efectos de la exposición crónica al humo del tabaco, a la contaminación del aire y a las toxinas ambientales pueden complicar adicionalmente el proceso de diferenciación” (Tabloski, 2010, p. 489).

Dicha autora agrega que esos cambios de tipo estructural y de la función pulmonar son parte del envejecimiento y pueden llegar a tener efecto limitando la respiración, por ello, resulta relevante indagar este aspecto funcional en las personas adultas mayores participantes.

Hidratación en la Persona Adulta Mayor

El segundo requisito universal plantea la importancia de una ingesta de líquidos para un mantenimiento adecuado del autocuidado desde el punto de vista de la hidratación. Tabloski (2010) menciona que:

... el envejecimiento embota el mecanismo de la sed. Además, la capacidad del riñón para concentrar la orina y el estado funcional del sistema renina aldosterona están disminuidos. En conjunto, esto aumenta el riesgo de deshidratación descompensada en una población que ya tiene una menor cantidad de agua corporal total que en los adultos jóvenes. El riesgo de deshidratación puede empeorar por la restricción voluntaria de líquidos en la persona mayor en un intento de sobre llevar la incontinencia, la nicturia o la necesidad de ayuda para ir al inodoro (p. 115).

Por lo anterior, es que conocer acerca de las prácticas que involucren la ingesta de líquidos, con el fin de lograr una adecuada hidratación, significa detectar un aspecto que puede ser corregido para el bien de quienes no lo tiene como una actividad cotidiana.

Ingesta de Alimentos en la Persona Adulta Mayor

Como parte del tercer requisito planteado por Orem (1983), el consumo de alimentos significa un aporte importante y necesario con el cual se adquiere energía y nutrientes para el desarrollo de muchas funciones corporales y con mucha más razón para la población compete en esta tesis, como son las personas adultas mayores por las necesidades propias de su edad.

Tabloski (2010) al respecto destaca que:

... la persona mayor tiene algunas necesidades nutricionales únicas debido a los cambios físicos y funcionales que suceden con el envejecimiento. Mientras que muchas personas mayores sufren una reducción en el nivel de actividad física y tienen menos necesidades calóricas, no hay una mayor necesidad de más vitaminas y minerales con la edad. El

seguir una dieta bien equilibrada consumiendo menos calorías en general puede ser un desafío para muchas personas mayores (p. 118).

Resulta importante recordar que, “las dos situaciones prevalentes en la relación nutrición- edad avanzada son la desnutrición y exceso de peso” (Carmena y otros, 2010, p. 19). Algunas de las causas con las que se relaciona la ingesta insuficiente de alimentos, están en “las dificultades en la alimentación oral... ligadas a alteraciones de la dentición, pérdida de la identificación de sabores y olores, problemas de deglución, vaciamiento gástrico lento e intolerancia a la lactosa” (Carmena y otros 2010, p. 22), además, muchas personas adultas mayores poseen situaciones económicas difíciles que no les permite adquirir los alimentos necesarios para sus requerimientos diarios.

En relación a la alimentación en exceso Tabloski (2010) y (Carmena y otros 2010) hacen mención en sus libros de que el consumo excesivo de alimentos puede derivar en una obesidad, ésta situación se atribuye a hábitos alimenticios inadecuados desde la juventud, que junto con el enlentecimiento del metabolismo se combina negativamente en aumento de peso, además, debido a la ansiedad por problemas personales o soledad, provoca que coman en exceso y en otras ocasiones no tener posibilidad económica de adquirir alimentos adecuados, lleva a la persona adquirir alimentos que aportan exceso de calorías o que son preparados a través de frituras, exceso de sal y condimento sintéticos, siendo esto motivo, de afectaciones también otros sistemas como el cardiovascular.

Eliminación de Desechos Corporales en la Persona Adulta Mayor

El cuarto requisito universal analiza la capacidad de eliminación como parte una conservación del autocuidado en la persona.

Según García, Rodríguez y Toronjo (2012):

... son múltiples los factores que pueden contribuir a la presencia de trastornos de eliminación. El envejecimiento fisiológico comporta una serie de cambios anatómicos y funcionales que además pueden verse favorecidos por la presencia de pluripatología, unida a la polifarmacia y modificaciones físicas y mentales, junto con los factores ambientales relacionados con el medio donde vive el anciano (p. 78).

Desde el punto de vista individual, las limitaciones con el control de esfínteres y la incapacidad de eliminar desechos corporales llegan a representar para la persona que las viven, “implicaciones físicas, psíquicas y sociales muy importantes para el anciano” (García, Rodríguez y Toronjo, 2012, p. 78), esto por el hecho de causar vergüenza por no poder controlar la orina o heces y verse obligados a utilizar pañales o depender de otros para realizarlos, así como sufrimiento y deterioro físico en piel y órganos ante el estreñimiento o retención urinaria; y por otro lado a nivel social las personas adultas mayores son maltratados y discriminados en algunas ocasiones por padecer alguna de estas condiciones; por el hecho de que muchas de estas situaciones pueden estar presentes en las personas adultas mayores participantes en este proyecto es que indagar al respecto aportó información significativa.

El Sueño en la Persona Adulta Mayor

Como quinto requisito universal que Orem (1983) propone para el autocuidado, está entre el que describe equilibrio entre actividad y descanso, que específicamente se refiere al sueño que experimente la persona, se conoce que “las modificaciones en el patrón del sueño durante el envejecimiento tienen su origen en los cambios fisiológicos que experimentan diversas estructuras del sistema nervioso central (SNC)” (García, Rodríguez y Toronjo, 2012, p. 81). Dichas modificaciones asociadas “a la edad pueden afectar el sueño. Estos cambios pueden darse a nivel químico, estructural y funcional y pueden resultar en una desorganización del sueño y la interrupción de los ritmos circadiano (Tabloski, 2010, p. 241).

Cuando dormir resulta difícil o la calidad lograda no es la necesaria para “cargar las baterías”, es que las personas mayores... sufrirán somnolencia diurna como resultado de un sueño de mala calidad y en cantidad insuficiente (Tabloski, 2010, p. 242).

Como parte de estrategias para mejorar el sueño en la persona adulta mayor, Sánchez (2002, citado por Jiménez, Nuñez y Coto, 2013), “menciona que el adulto mayor que se ejercita con continuidad,... alcanzará una mejor conciliación del sueño...” (p. 177).

En cuanto a la cantidad de horas de sueño adecuadas para una persona adulta mayor la literatura menciona que “la mayoría de las personas mayores necesitan entre 6 y 10 horas de sueño cada noche. Menos de 4 o 8 horas de sueño se asocian con una mayores tasas de mortalidad que los que duermen 8 horas” (Tabloski, 2010, p. 242).

Comunicación Social en la Persona Adulta Mayor

El sexto requisito universal busca conocer cómo está el equilibrio entre soledad y comunicación social en la persona adulta mayor, debido a que “la convivencia y la comunicación con los demás son un auténtico pulso vital, una suerte de oxigenación social vital para la supervivencia mental, personal y afectiva”(Gobierno de Chile, .2009, p. 65), esto toma principal interés en la población adulta mayor pues se conoce que muchos experimenta la soledad por decisión o por abandono de sus redes familiares.

Para Sequeira (2011), “la soledad es la expresión de la relaciones que mantiene la persona con su comunidad, la forma social cómo está organizadas las personas genera las variaciones culturales” (p. 114).

Erróneamente,

... la edad avanzada, ha sido considerada como una etapa de la vida caracterizada por la soledad, aunque se sabe que la soledad no es parte de envejecimiento y que el envejecimiento no es el único responsable del desarrollo de la soledad en las personas mayores (Sequeira, 2011, p. 120).

Llevar a cabo una comunicación social constante provee al adulto mayor esa conexión con su entorno y evita ese sentimiento de soledad, es:

... precisamente la comunicación la herramienta más efectiva para enseñar, aprender y expresar finalmente el afecto hacia los seres que nos rodean y hacen parte de una red de

apoyo social, determinando que tipo de relaciones interpersonales se tiene con una persona (González, 2004, citado por Lizcano, 2010, p. 37).

Es por tanto necesario aclarar que la comunicación es un proceso de socialización que se define como acción y efecto de transmitir algo a alguien, ... Para lograr entender este proceso es importante aclarar que la comunicación es una constante en la vida de todo ser humano... (Lizcano, p.37-38).

Prevención de Peligros en la Persona Adulta Mayor

Con este penúltimo requisito se plantea conocer cuan capaz es la persona de cuidarse a sí mismo (a) de tal forma que puede prevenir accidentes o peligros en su salud permitiéndose así funcionar y poseer bienestar.

Ante esta temática, Becerra (2009) señala que:

... las lesiones accidentales constituyen una proporción importante de la carga de enfermedad de los adultos mayores. Teniendo en cuenta que la mayoría de los accidentes son potencialmente prevenibles, se identifican la necesidad prioritaria de establecer medidas efectivas con el fin de evitarlos y detener la cascada de sus temibles consecuencias (p. 194).

Becerra (2009), añade que estos eventos se relacionan mayormente a padecimientos propios de la persona, a tratamientos farmacológicos y factores ambientales tales como obstáculos, escasa iluminación, ausencia de barandas en escaleras, calzado inadecuado, entre

otras cosas. Muchas de estas situaciones en algún momento llegar a producir graves lesiones como fracturas debido a las caídas, que son:

... el principal mecanismo de accidentes en el adulto mayor, se relaciona con una serie de factores de riesgo, algunos dependientes del propio individuo, ligados al normal proceso de envejecimiento, o a la presencia de enfermedades, cuya frecuencia también aumenta con la edad y que por sí mismas o por la medicación que requieren favorecen la caída (Becerra, 2009, p. 199-200).

Por otro lado, desde el punto de vista en donde la actividad física puede influir el prevenir las caídas, Sánchez (2002, citado por Jiménez, Nuñez y Coto, 2013), destaca que la persona adulta mayor que realiza ejercicios frecuentemente presenta un "...aumento de seguridad ante caídas" (p. 177), esto debido a que ha mejorado su equilibrio y fortaleza corporal.

Como se puede ver, estas situaciones llegan a ser controlables y evitables si la persona adulta mayor conoce los riesgos que corre y esto es posible solo a través de la educación, donde se le recuerde que si utiliza bastón no deje de usarlo, que acostumbre a levantarse despacio para evitar mareos que provoque caídas, que camine sin prisa para que ante un desnivel de la calle no se desbalance y caiga y sobre todo que solicite ayuda si cree necesitas, esto entre otras cosas.

Desarrollo de la Persona Adulta Mayor Dentro de Grupos Sociales

Orem (1983) propone en su último requisito universal de autocuidado identificar como está la promoción del desarrollo humano dentro de grupos sociales. Por ello, merece reconocer que de forma equivocada a través de tiempo:

... se ha considerado que cuando la persona llega a la etapa de la vejez, esas relaciones se acaban y la persona adulta mayor está condenada a la desvinculación social y al aislamiento o a establecer relaciones de dependencia o de asistencialismo; legitimando así, una visión negativa sobre la vejez asociada con enfermedad, deterioro físico y mental” (AGECO, 2009).

En cuanto a este tema Sánchez (2002, citado por Jiménez, Nuñez y Coto, 2013), “menciona que el adulto mayor que se ejercita con continuidad,”... favorece sus relaciones interpersonales...” (p. 177), por ello no se debe dejar de promover la actividad física en esta población.

Respaldando el hecho anterior, autoras como Mauk (2008) consideran que “las personas mayores siguen queriendo divertirse y relacionarse socialmente con los demás (p. 449), y cuando se detecte que esto no es así, se debe motivar e integrar a la persona para que se mantenga activa tanto física como mentalmente.

Continuando con el aporte que la teorizante Orem, se tienen los requisitos de autocuidado del desarrollo, siendo esto parte importante para las personas adultas mayores puesto que toma en cuenta también otras etapas de su vida.

Requisitos de Autocuidado del Desarrollo

Otro interés que se persigue indagar es lo referente a los requisitos de autocuidado del desarrollo, en esta investigación se valorará según lo menciona Castro y Navarro (2010), la promoción de las condiciones necesarias para la vida, mediante los cuales se puede evitar la aparición de condiciones adversas, o ayudar ante consecuencias específicas como resultado de una situación o suceso, por ejemplo, adaptación a una pérdida, cambios en la imagen corporal, entre otros, lo cual se puede dar en distintos momentos del desarrollo en el ser humano, ya sea en la niñez, la adolescencia, durante la adultez o vejez.

En vista de la importancia que tiene conocer estos requisitos, no está demás reconocer a una institución que se ocupa por brindar esa orientación, velar por la protección, promoción de la justicia y el fomento de desarrollo integral de la persona adulta mayor de Costa Rica se conoce como el Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM).

Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM)

Esta es una institución que se define a sí misma como un órgano rector en materia de envejecimiento y vejez en Costa Rica, con fundamento jurídico en la Ley Integral para la Persona Adulta Mayor (Ley No. 7935) y adscrito a la Presidencia de la República.

Busca garantizar el mejoramiento en la calidad de vida de las personas adultas mayores mediante la formulación y ejecución de las políticas públicas integrales que generen la

creación de condiciones y oportunidades para que las personas adultas mayores tengan una vida plena y digna (CONAPAM, 2013, p. 16).

El apoyo esencial que brinda esta institución a la población adulta mayor permite evidenciar esa preocupación por lograr beneficiar en muchos aspectos la vida de las personas que en muchos casos poseen algún grado de vulnerabilidad y necesitan de ese acompañamiento para salir adelante.

En Costa Rica la población adulta mayor posee el reconocimiento legal de protección a través de la Ley integral de la persona adulta mayor, con la que se busca reconocer sus derechos, otorgarles beneficios que contribuyan a mejorar su salud y oportunidades que les permiten tener una mejor vida.

Ley Integral para la Persona Adulta Mayor

A nivel de país podemos encontrar la ley N° 7935 que es la Ley Integral para la Persona Adulta Mayor, emitida el 25 de octubre de 1999, la cual,

... establece los derechos y beneficios para las personas de 65 años y más, relacionados con salud, educación, vivienda, seguridad social, recreación, participación ciudadana, transporte y trabajo. Los derechos y beneficios se fundamentan en los principios universales de atención integral, realización personal, independencia, igualdad de oportunidades, dignidad y pertenencia en el núcleo familiar y comunitario, declarados por la Organización de las Naciones Unidas (ONU). Además, señala responsabilidades a las

instituciones del Estado con el fin de garantizar el mejoramiento de la calidad de vida de esta población (CONAPAM, s.f.).

Para la profesión de Enfermería, que tienen como principal preocupación el cuidado de las personas, plantea a través del plan nacional de Enfermería, la política que desarrolla como esa inclusión por procurar beneficiar de forma integral a la persona adulta mayor.

Plan Nacional de Enfermería

A nivel gremial, se puede encontrar:

...la política de Enfermería que es el curso en acción. La dirección que debe seguir el gremio. La política de Enfermería y el Plan Nacional de Enfermería 2011-2021 establece el compromiso del Colegio de Enfermeras con la Salud como valor y derecho humano de las y los costarricenses... (Colegio de Enfermeras y Enfermeros de Costa Rica, 2011, p. 13).

Bajo la misma premisa, este Plan Nacional de Enfermería, establece unos ejes temáticos, bajo los cuales el gremio debe orientarse a cumplir con el fin de brindar ese abordaje integral a cada grupo poblacional al que está dirigida su intervención, el que para fines de esta investigación interesa es el “eje temático: adultez mayor” que establece como política el “fortalecimiento de la atención integral, integrada y continua a las personas adultas mayores en los diferentes niveles y escenarios de atención” (Colegio de Enfermeras y Enfermeros de Costa Rica, 2011, p. 49), en cuanto a las estrategias el Colegio de Enfermeras y Enfermeros de Costa Rica (2011) menciona:

“Fortalecimiento en el desarrollo de proyectos de Enfermería comunitaria con la participación de actores interdisciplinarios e intersectoriales” (p. 49).

“Sensibilización a los diferentes grupos étnicos sobre el proceso de envejecimiento del ser humano. Creación de sistemas de apoyo para fortalecer la salud mental de las personas que comparten escenarios con las personas adultas mayores y sus familias” (p. 49).

“Fortalecimiento del quehacer de Enfermería mediante grupos comunitarios y terapéuticos para la prevención, tratamiento, rehabilitación de la adultez mayor, ante el riesgo de la Violencia en sus distintas formas y contextos” (p. 49).

“Fortalecimiento de la atención de Enfermería domiciliaria y comunitaria” (p. 49).

“Fortalecimiento de las habilidades sociales, laborales y productivas de la adultez mayor” (p. 49).

“Aborda de forma integral, interdisciplinaria, multisectorial y comunitaria al adulto mayor con ITS, VIH/SIDA (p. 49).

De la misma forma como a nivel de Costa Rica existe esa oportunidad de intervención para el mejoramiento de la calidad de vida de esta población, a nivel internacional, específicamente en la región de América Latina y el Caribe se planteó la Carta de San José que vino a dar esa visión y propuesta de protección para la población adulta mayor de la región.

Carta de San José sobre los Derechos de las Personas Mayores de América Latina y el Caribe.

En esta declaración internacional se trata de un instrumento de propuestas de protección legal pero no vinculante a seguir por los gobiernos participantes de dicha conferencia regional.

Algunos de los planteamientos y acuerdos que afirmaron en esta carta la CEPAL y Naciones Unidas (2012) fueron compromiso por luchar contra la discriminación, la violencia y hacer valer los derechos de las personas adultas mayores en cada uno de los países asistentes a esta reunión. De igual forma se creó el compromiso de buscar promocionar y proteger los derechos humanos mediante el trato diferenciado, preferencial y atención prioritaria en las instituciones y tramites que realizan en el país.

Es así, como la presente investigación se enmarcó dentro de la Política Nacional de envejecimiento del CONAPAM, del Plan Nacional de Enfermería y la Carta de San José, constituyéndose en un aporte importante para el beneficio de la población adulta mayor y para la construcción del conocimiento enfermero.

Seguidamente, se describe el diseño metodológico que se llevó a cabo para la realización de este proceso investigativo.

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

Marco Metodológico

Tipo de Investigación

Desde el punto de vista del Reglamento General de Trabajos Finales de Graduación de la Universidad de Costa Rica, el actual Trabajo Final de Graduación se desarrolló bajo la modalidad de Tesis, que según el artículo 20 de dicho reglamento, se define como “...un trabajo individual de investigación, que organiza un conocimiento teórico para responder preguntas relativas a uno o a varios campos de estudio claramente delimitados” (La Gaceta Universitaria, 2013, p. 6).

La presente investigación se realizó bajo el enfoque cualitativo con el método fenomenológico, con el objetivo de conocer desde el punto de vista de las personas y de su experiencia alrededor del autocuidado, ante esto Hernández, Fernández y Baptista (2010) señalan que la metodología cualitativa es aquel proceso que “utiliza la recolección de datos sin medición numérica para descubrir o afinar preguntas de investigación en el proceso de interpretación” (p. 7).

Autores como Taylor y Bogdan (1996) mencionan que la metodología cualitativa se refiere a “... la investigación que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas y la conducta observable” (p. 20) (Abarca, Alpizar, Rojas y Sibaja, 2012, p. 11).

Por su parte Ruiz (1999), señala que la investigación cualitativa es un tipo de investigación científica que le interesa la:

... comprensión subjetiva así como las percepciones de y a propósito de la gente, de los símbolos y de los objetos (...) conocer la realidad desde una perspectiva de insider, de captar el significado particular que a cada hecho atribuye su propio protagonista, y de contemplar estos elementos como piezas de un conjunto sistemático (p. 15-17). (Abarca, Alpizar, Rojas y Sibaja, 2012, p. 11).

Diseño Metodológico

La investigación desarrollada bajo la metodología antes mencionada, siguió la línea del método fenomenológico, el cual “se enfoca en las experiencias individuales subjetivas de los participantes (Hernández, et al, 2010, p. 515).

Es bajo este diseño metodológico donde según Creswell 1998, Álvarez-Gayou 2003 y Mertens 2005, citados por Hernández, et al, 2010, la fenomenología busca:

- En el estudio, se pretende describir y entender los fenómenos desde el punto de vista de cada participante y desde la perspectiva construida colectivamente.
- El diseño fenomenológico se basa en el análisis de discursos y temas específicos, así como en la búsqueda de sus posibles significados.
- El investigador confía en la intuición, imaginación y en las estructuras universales para lograr aprehender la experiencia de los participantes.
- El investigador contextualiza las experiencias en términos de su temporalidad (tiempo en que sucedieron), espacio (lugar en el cual ocurrieron), corporalidad (las personas físicas que la vivieron) y el contexto relacional (los lazos que se generaron durante las experiencias).

- Las entrevistas, grupos de enfoque, recolección de documentos y materiales e historias de vida se dirigen a encontrar temas sobre experiencias cotidianas y excepcionales.
- En la recolección enfocada se obtiene información de las personas que han experimentado el fenómeno que se estudia (p. 515-516).

Fases de la Investigación Cualitativa

La investigación cualitativa puede desarrollarse a través de fases que permitan una mejor comprensión de su desarrollo a lo largo de la investigación, las cuales son Fase Preparatoria, Fase Trabajo de campo, Fase Analítica y Fase Informativa (Rodríguez, Gil y García, 1999).

Para Estrada, Miquet y Santamaría (2009) estas fases del proceso de investigación cualitativa:

... no tienen un principio y un final claramente definidos, sino que se superponen y entremezclan. En cada una de las 4 fases el investigador tendrá que ir tomando opciones entre las diferentes alternativas que se van presentando. En cada una de las 4 fases podemos diferenciar a su vez, distintas etapas. Cuando se llega al final de una etapa se produce un tipo de producto (p. 4).

I. Fase Preparatoria:

En esta fase podemos encontrar dos etapas que son:

a. Etapa reflexiva:

En esta etapa “el investigador es el punto de partida de este proceso”, donde para iniciar “necesita aclarar ciertos tópicos de interés y descubrir las razones por las que elige el tema. Debe

afrontar la comprensión de una realidad, de sus interrogantes y el tipo de respuesta que busca. Es un proceso autoreflexivo y autocrítico” (Barrantes, 1999, p.148-149).

En cuanto a esto Rodríguez, Gil y García (1999) mencionan que “un tema de investigación siempre se elige por alguna razón, por algún motivo. ... pueden ser personales, profesionales, sociales, científicas o de cualquier otro tipo” (p.66).

Cuando el investigador se introduce en el proceso investigativo de un tema “lo hace con su experiencia, sus valores, sus expectativas, sus motivaciones y las del medio en que se desenvolverá” (Barrantes, 1999, p. 148). Lo que motivó a la investigadora de esta tesis a elegir el tema fueron tres destacadas razones, que son: a una empatía personal con la población adulta mayor, a las escasas investigaciones tipo tesis relacionadas con indagar acerca del autocuidado en las personas adultas mayores y al importante aporte que ésta investigación dará a la disciplina de Enfermería por el hecho de que identificará en la población de estudio sus conocimientos, prácticas y percepciones sobre autocuidado, con ello algunos aspectos de la teoría de Autocuidado de Dorothea Orem podrá ser identificada en las personas adultas mayores del Centro Diurno participante y así futuros profesionales de Enfermería conocerán las necesidades y fortalezas que pueden estar presentes y poder así realizar una intervención para contribuir a corregir o bien reforzar situaciones del autocuidado.

Resulta significativo mantener presente que “... la teoría la cual permitirá al investigador la comparación al posibilitar el desarrollo de resultados teóricos y conceptuales” (Barrantes, 1999, p. 149), es entonces gracias a la revisión bibliográfica a través del aporte que dan los libros, artículos de revistas, tesis y documentos científicos digitales, entre otros, que fue posible

desarrollar un marco referencial a través del cual se explicó los conceptos y teorías sirvieron de apoyo para iniciar en algún momento la investigación y para el análisis de resultados que se realizó.

b. Etapa de diseño:

La presente investigación se desarrolló bajo un diseño cualitativo siguiendo una línea “de carácter descriptivo” (Sanabria H. 2009, p. 54), porque según Mendioca (2003) este “explica de manera detallada un hecho”, lo cual se logró a través del método fenomenológico descrito anteriormente. Y en cuanto al objetivo que persigue el diseño cualitativo, Banks (2010) cita que “... pretende acercarse desde el mundo de “ahí afuera” (no en entornos de investigación especializados como los laboratorios) y entender, describir y algunas veces explicar fenómenos sociales “desde el interior” de varias maneras” (p. 12).

Es en esta etapa donde quien investiga se plantea cómo va a diseñar, estructurar y planificar su investigación, donde Rodríguez, Gil y García (1999) señalan que debe tomarse en cuenta:

¿Qué diseño resultará más adecuado a la formación, experiencia y opción ético política del investigador?, ¿Qué o quién va a ser estudiado?, ¿Qué método de indagación se va a utilizar?, ¿Qué técnicas de investigación se utilizarán para recoger y analizar los datos? y ¿Desde qué perspectiva, o marco conceptual, van a elaborarse las conclusiones de la investigación? (p. 67).

Por lo tanto, posteriormente se explica de manera detallada el proceso a seguir para obtener los datos necesarios y así cumplir con los objetivos planteados en esta tesis.

Lugar

El lugar que se seleccionó para desarrollar esta tesis y de donde se eligió a la población que participó, es el Centro Diurno de Atención para Ancianos San Vicente de Paul, ubicado en el distrito de San Juan, en el cantón de Tibás de la provincia de San José. El actual edificio fue inaugurado en el mes de febrero de 1988 y e inició labores con la asistencia 12 personas adultas mayores, según la información brindada por la Bach. Doris Zúñiga Villalobos, quien funge como administradora del lugar.

Dicho centro tiene como misión:

Dar una mejor calidad de vida a los Adultos Mayores de nuestro Cantón de Tibás, de acuerdo con los factores físico-psicológicos, económicos sociales y culturales. El envejecimiento es un proceso que dura toda la vida y para que sea una experiencia placentera debe contar con el apoyo de la familia, la comunidad y el Estado (Centro Diurno de Atención para Ancianos San Vicente de Paul, 2014, p. 1).

Por otro lado, el Centro Diurno posee la siguiente visión:

Para lograr un mejor cumplimiento de los objetivos para los cuales se creó el Centro Diurno, se necesita una integración efectiva entre los familiares, los beneficiarios, la Junta Directiva, el Personal Administrativo, el Voluntariado, los asociados, incrementando e impulsando el trabajo en conjunto, que permita ser facilitadores y mediadores que

respondan ante las necesidades de la población Adulta Mayor del Cantón (Centro Diurno de Atención para Ancianos San Vicente de Paul, 2014, p. 1).

De igual forma posee la filosofía que es: “Envejecer dignamente es un derecho que debemos respetar y proteger, ofreciéndoles una mejor calidad de vida” (Centro Diurno de Atención para Ancianos San Vicente de Paul, 2014, p. 1).

La junta directiva está compuesta por los siguientes puestos: presidente, vicepresidente, Secretaria, tesorero, subtesorero, 2 vocales, fiscal titular y fiscal suplente.

Actualmente el personal que labora en el Centro Diurno se compone de: 1 administradora, 1 asistente de administración, 2 cocineras, 1 misceláneo, 1 secretaria, 1 guarda, y las damas voluntarias (la cantidad de asistentes varía por día), según los datos dados brindados por la Bach. Doris Zúñiga Villalobos.

El apoyo económico y soporte para el cumplimiento de los objetivos de la institución son posibles gracias a las siguientes organizaciones descentralizadas del Estado: Instituto Mixto de Ayuda Social, la Junta de Protección Social, el Consejo Nacional de Protección al Adulto Mayor y el asesoramiento de la Cruzada de Protección al Anciano, y adicionalmente cada una de las personas adultas mayores que asisten dan un aporte económico voluntario según sus posibilidades, de acuerdo como lo informó la Bach. Doris Zúñiga Villalobos.

Actualmente, el centro cuenta con la asistencia de 32 personas adultas mayores, de los cuales 6 son hombres y 26 son mujeres, con edades que oscilan entre 67 años a 96 años.

El centro brinda su atención de lunes a viernes de 8:30am a 2:30pm, donde un bus contratado por las personas adultas se encarga de su traslado, los recoge en sus casas para llevarlos al Centro Diurno y por las tarde son llevados de vuelta a sus casas, un pequeño grupo se desplaza con sus familiares, por su propios medios o en taxi. Dentro de los servicios que se desarrollan están: la alimentación (desayuno, merienda, almuerzo y café en la tarde), ejercicio físico, juegos y trabajos manuales, según los datos brindados por la Bach. Doris Zúñiga Villalobos.

Población Participante

La población de interés para esta tesis estuvo compuesta por los 32 individuos, que son la totalidad (universo) de personas adultas mayores que asisten al Centro Diurno San Vicente de Paul, según reportes dados por la Bach. Doris Zúñiga Villalobos.

La población total que finalmente participó (en la entrevista y grupo focal), fueron un total de 18 personas adultas mayores, de estos 12 mujeres y 6 hombres, con edades entre 67 y 95 años de edad.

Según lo definen Hernández-Sampieri et al (2010), la población es “el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones” (p.171).

Además de la población objeto de estudio antes mencionada, se tomó en cuenta a parte del personal que trabaja en el Centro Diurno y a damas voluntarias que colaboran en el mismo, esto debido a que era importante identificar qué conocían y percibían estas personas sobre autocuidado, puesto que son quienes están en contacto con las personas adultas mayores gran parte de la semana y son su compañía, apoyo y quizás ejemplo; otra razón que justifica su participación es que el personal a cargo es testigo constante de las prácticas de autocuidado que realiza ésta población, por lo que se les consultó a través de una entrevista semiestructurada lo antes mencionado.

La cantidad de población trabajadora y voluntaria del Centro Diurno que participó fue de 5 mujeres con edades entre 52 y 74 años.

Muestra

Las personas participantes fueron seleccionadas, a través del muestreo por conveniencia, donde “...una muestra por conveniencia se denomina muestra de voluntarios, y se utiliza si el investigador necesita que los posibles participantes se presenten por sí mismos” (Martín y Salamanca, 2007), además estos autores reconocen que “este muestreo es fácil y efectivo... económico que permite pasara a otros métodos a medida que se colectan los datos” (Martín y Salamanca, 2007).

La cantidad de personas que participaron en la aplicación del instrumento de recolección a través de la entrevista semiestructurada dependió de cómo se fue presentado la información y cuando esta tendió a repetirse se aplicó el criterio de saturación (ver página 102).

El número final de personas adultas mayores que participó en la entrevista semiestructurada fue de 6 personas (2 hombres y 4 mujeres) con edades entre 70 y 87 años, con características sociodemográficas como las antes mencionadas.

Por otro lado, posterior a la aplicación de instrumento previamente mencionado se realizaron los grupos focales, con la participación de 12 personas adultas mayores (8 mujeres y 4 hombres) con edades entre 67 y 95, quienes fueron divididos en dos sesiones con seis personas en cada ocasión y con una hora de duración cada una.

La cantidad de personal que participó fue de 2 trabajadores del Centro Diurno y 3 damas voluntarias, esto únicamente en una entrevista semiestructurada (Anexo 8) y no en grupos focales, puesto que de parte de la dirección del lugar se indicó que no era posible, ya que durante el día el personal se encuentra ocupado en sus labores propias y no había espacio para reunirse y en otro horario no fue posible coordinar, este personal poseen las edades y características que fueron descritas en el apartado anterior.

Criterios de selección de la población adulta mayor:

Se utilizaron como criterios de inclusión para la selección de las personas adultas mayores:

- Personas de 65 años de edad ó más de edad que asistan al Centro Diurno San Vicente de Paul de Tibás.

- Personas de sexo femenino o masculino, con indistinto estado civil, clase social, grado académico alcanzado, nacionalidad, cultura, etnia, creencia religiosa, preferencia sexual, entre otros.
- Personas que laboren o sean voluntarias en el Centro Diurno.

Nota: La población objeto de estudio de esta tesis son las personas adultas mayores, pero en esta investigación además se tomó en cuenta a parte del personal del centro diurno, con el objetivo de enriquecer el tema de autocuidado desde el punto de vista de estas personas, por ello fue necesario establecer otros criterios de selección.

Criterios de selección del personal del Centro Diurno

Se utilizaron como criterios de inclusión para la selección del personal del Centro Diurno:

- Personas adultas a partir de los 18 años que laboren o sean voluntarias Centro Diurno San Vicente de Paul de Tibás.
- Personas de sexo femenino o masculino, con indistinto estado civil, clase social, grado académico alcanzado, nacionalidad, cultura, etnia, creencia religiosa, preferencia sexual, entre otros.

Consideraciones Éticas:

La información que fue recolectada de las personas participantes para la presente investigación, fue obtenida y analizada bajo los cuatro principios de la bioética, que son:

autonomía, justicia beneficencia y no maleficencia, los cuales distintos autores los describen a continuación:

- 1- Autonomía: “es la obligación de respetar los valores y opciones personales de cada individuo en aquellas decisiones básicas que le atañen vitalmente. De aquí se deriva el consentimiento libre e informado de la ética médica actual” (Vargas y Cortés, 2010, p. 44).

El principio de autonomía fue cumplido en todo momento, al respetar el derecho de cada participante al decidir y elegir participar o no en este proyecto, así como conservar el derecho de salir del mismo si así lo consideraban en cualquier momento.

- 2- Justicia: “exige tratar a todas las personas con la misma consideración sin hacer discriminación de raza o ideología, edad, nivel sociocultural y comportamiento. La vida y la salud no sólo son bienes personales, también son sociales” (Poblete y Sanhueza citados por Baltazar y García, 2009, p. 9).

El principio de justicia se reflejó en el trato igualitario para con cada uno (a) de parte de la investigadora y en el manejo de la información que cada uno brindó.

- 3- Beneficencia: “es la obligación de hacer el bien, como uno de los principios clásicos hipocráticos. El actuar ético no postula solamente el respeto a la libertad del otro: incluye el objetivo del bien” (Gómez, p. 232).

El principio de beneficencia se mantuvo con el objetivo de identificar los conocimientos, las prácticas y las percepciones sobre autocuidado de las personas adultas mayores y con ello, se creó conocimiento que será de utilidad para los y las participantes, el Centro Diurno, así como para los actuales y futuros profesionales en Enfermería.

- 4- No Maleficencia: “en la praxis significa evitar hacer daño, evitar la impericia, la imprudencia, la negligencia. Este se refiere a la inocuidad de la medicina y procede de la ética médica hipocrática” (Porra, s.f., p. 3).

El principio de no maleficiencia se respetó durante toda la investigación, donde evitó generar algún daño físico, emocional o moral en las personas adultas mayores.

Carta de Permiso y Aprobación para realizar la Tesis en el Centro Diurno

Como parte de ese sentido ético que está presente en el desarrollo de esta tesis, se elaboró una carta de solicitud de permiso (Anexo 1) para desarrollo de la misma en el Centro Diurno antes mencionado que fue entregado a la administradora del lugar, posteriormente se recibió una carta de aceptación (Anexo 2) por parte de la administradora.

Consentimiento Informado

En vista que la población objeto de estudio de ésta tesis fue la población adulta mayor de dicho Centro Diurno y con el afán de resguardar la ética al obtener su valioso aporte de

información, se construyó el consentimiento informado de la entrevista semiestructurada (Anexo 3) y el consentimiento informado del grupo focal (Anexo 4) que explica en consiste la investigación y su participación.

Debido a la participación del personal del Centro Diurno se construyó también un consentimiento informado (Anexo 5) de la entrevista semiestructurada.

II. Fase de Trabajo de Campo:

a. Etapa de acceso al campo:

El primer acercamiento que se tuvo con la institución participante de este estudio fue en el momento en que se fue llevado al lugar la carta de solicitud de permiso (Anexo 1) para realizar la investigación, el cual fue recibo, firmado y sellado por la Bach. Doris Zuñiga, dos días posteriores a esta visita se retiró en el mismo lugar la carta de aprobación (Anexo 2) por parte de la institución para llevar a cabo este proyecto.

Sobre lo anterior Rodríguez G. et al (1999) mencionan que en ese primer instante de acercamiento es cuando se da esa solicitud de permiso que da la apertura al investigador (a) para entrar a la institución, lo que permitirá posteriormente observar y recolectar la información de la población participante.

Por tanto, la forma mediante la cual se dio el acercamiento, interacción y recolección de la información con la población participante en esta investigación fue a través de la aplicación de una entrevista semiestructurada y grupo focal con las personas adultas mayores que asisten al

Centro Diurno San Vicente de Paul en Tibás, con el fin de saber cuáles son: sus conocimientos, sus prácticas y sus percepciones sobre el autocuidado.

b. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Para la recolección de la información se utilizó una serie de preguntas contenidas en una entrevista semiestructurada (Anexo 6), con el fin de abordarlas en la técnica cualitativa de *entrevista semiestructurada*.

En cuanto a las entrevistas semiestructuradas, Peñarrieta (2005) cita que estas están basadas en el uso de una guía de preguntas, esto es, una lista de preguntas que requieren ser abordadas en un orden determinado. ... cada pregunta puede variar de un entrevistado a otro. El entrevistador puede añadir nuevos temas que emergen del curso de la entrevista, pero la guía de ésta es un juego de instrucciones claras concernientes a preguntas principales a ser realizadas o temas a explotar (p. 42). Sobre este tema Hernández Fernández y Baptista (2010) señalan que este tipo de entrevistas “se basan en una guía de asuntos o preguntas y el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información sobre los temas deseados (es decir, no todas las preguntas están predeterminadas) (p. 418)”.

Dicho instrumento fue validado con el apoyo de un grupo de expertos en el tema (un profesor y dos profesoras de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica), esto consistió en otorgar una copia de la entrevista semiestructurada a personas con conocimientos en Enfermería geriátrica, autocuidado e investigación con el fin de que den sus recomendaciones y correcciones al respecto. De igual forma se validó con tres personas adultas mayores con edades

mayores a 65 años, los cuales asisten al Centro Diurno Pilar Gamboa en San Antonio de Desamparados, San José.

Debido a que es de interés de esta investigación obtener datos de las personas adultas mayores en relación a su autocuidado, son ellos y ellas quienes tienen la información clave para dar sentido a esta investigación, por lo cual es con la entrevista como va a ser posible.

Con el afán de lograr mayor comodidad en la persona adulta mayor participante y previendo la presencia en ellos o ellas de alguna limitación visual o de motora fina, dicha entrevista fue administrada por la estudiante investigadora de esta tesis.

Tabla I. Unidad de Análisis

Categoría	Subcategoría	Definición Conceptual	Indicadores (definición operacional)	Ítems	Instrumento
Datos sociodemográficos	Edad	Tiempo que ha vivido una persona.	Igual o mayor a 65 años de edad.	Pregunta N° 1	-Entrevista semiestructurada
	Sexo	Condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y las plantas.	Masculino o femenino.	Pregunta N° 2	-Entrevista semiestructurada.
	Estado Civil	Condición de soltería, matrimonio, viudez, etc., de un individuo.	Soltero (a), Casado (a), Viudo (a), Divorciado (a), Unión Libre.	Pregunta N° 3	-Entrevista semiestructurada.

Nacionalidad	Estado propio de la persona nacida o naturalizada en una nación.	Costarricense, Nicaragüense, Colombiano (a), otros.	Pregunta N° 4	-Entrevista semiestructurada.
Lugar de Procedencia	O distrito, o cantón, o provincia o país de donde la persona es originaria, puede ser igual o diferente al lugar donde vive actualmente.	Mencionado por el/la participante	Pregunta N° 5	-Entrevista semiestructurada.
A donde vive actualmente	O distrito, o cantón, o provincia donde la persona habita, puede ser igual o diferente al lugar de procedencia.	Mencionado por el/la participante	Pregunta N° 6	-Entrevista semiestructurada.
Condición de pertenencia de la casa	Es la situación actual que tiene la persona sobre el la casa de habitación.	Casa propia, alquilada, prestada, compartida	Pregunta N° 7	-Entrevista semiestructurada
Servicios con los que	Acceso a servicios	Agua potable, electricidad,	Pregunta N° 8	-Entrevista semiestructurada

	<p>cuenta la casa</p> <p>Con quien (es) vive en su hogar</p> <p>Religión</p>	<p>básicos para suplir las necesidades básicas para vivir.</p> <p>Personas o mascotas con quienes convive a diario en su casa.</p> <p>Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad, de sentimientos de veneración y temor hacia ella, de normas morales para la conducta individual y social y de prácticas rituales, principalmente la oración y el sacrificio para darle culto.</p>	<p>teléfono, refrigerador, carro, baño con sanitario, cocina (eléctrica, leña o gas).</p> <p>Mencionado por el/la participante</p> <p>Católico (a), Evangélico (a), Protestante, Testigo de Jehová, Otra religión, Ninguna religión.</p>	<p>Pregunta N° 9</p> <p>Pregunta N° 10</p>	<p>da.</p> <p>-Entrevista semiestructurada.</p> <p>-Entrevista semiestructurada.</p>
Formación Académica	Último grado académico alcanzado	En las enseñanzas media y superior, título que se alcanza al superar determinados niveles de estudio.	Sin escolaridad (Lee y escribe Si ó No), Primaria (incompleta o completa), Secundaria (incompleta o completa), Universitaria	Pregunta N° 11	-Entrevista semiestructurada.

			(incompleta o completa).		
	Profesión/ Oficio	Empleo, facultad u oficio que alguien ejerce y por el que percibe una retribución. / Ocupación habitual.	Mencionado por el/la participante.	Pregunta N° 12	-Entrevista semiestructurada
	Ingreso económico	Fuente de la cual obtiene dinero para satisfacer sus necesidades de alimentación, vestido, traslado, entretenimiento, etc	Pensión (Si,ó No). Si es si (opciones: IVM-CCSS, Ministerio de Hacienda Magisterio; Régimen no contributivo u Otra fuente de ingreso).	Pregunta N° 13	-Entrevista semiestructurada.
Categoría	Subcategoría	Definición Conceptual	Indicadores (definición operacional)	Ítems	Instrumento
Conocimiento	Conocimiento sobre autocuidado	El conocimiento es un proceso que se da a través del tiempo, varía de una persona a otra y está influenciado por la experiencia personal.	La persona adulta mayor logra definir correctamente el concepto de autocuidado La persona adulta mayor conoce cuales son las acciones para realizar el autocuidado. La persona conoce que es	-3era parte de la entrevista, preguntas N° 14, 15, 16 y 17. - Preguntas N° 1, 2, 3, 4 y 5 de la Guía de preguntas generadoras.	-Entrevista semiestructurada. -Guía de preguntas generadoras para el grupo focal

			<p>no cuidarse bien.</p> <p>La persona adulta mayor conoce las implicaciones de no cuidarse bien. cómo</p> <p>La persona adulta mayor conocerá la forma en que aprendieron a cuidarse, ¿quién se lo enseñó?</p>		
Prácticas	Prácticas sobre autocuidado	Práctica es realizar, poner en práctica algo que se ha aprendido u observado.	<p>Práctica las acciones de autocuidado para su salud.</p> <p>Evidencia prácticas saludables en las satisfacciones de acuerdo a los requisitos de D. Orem</p>	<p>3era parte de la entrevista, preguntas desde N° 18 a N° 82.</p> <p>- Pregunta N° 10 de la Guía de preguntas generadoras.</p>	<p>-Entrevista semiestructurada.</p> <p>-Guía de preguntas generadoras para el grupo focal</p>
Percepción	Percepción sobre autocuidado	Percepción es la capacidad mental que permite integrar y/o reconocer aquello que llega a través de nuestros sentidos. Permite interpretar la realidad.	<p>La persona explica lo que significa realizarse su propio autocuidado.</p> <p>La persona a responderá que le motiva a realizarse su propio autocuidado.</p>	<p>3era parte de la entrevista. Preguntas de la N° 83 a 86</p> <p>- Preguntas N° 6, 7, 8 y 9 de la Guía de preguntas generadoras.</p>	<p>-Entrevista semiestructurada.</p> <p>-Guía de preguntas generadoras para el grupo focal.</p>

			<p>La persona a explicará que le desmotiva a realizarse su propio autocuidado.</p> <p>La persona a responderá si considera importante su propio autocuidado.</p>		
--	--	--	--	--	--

Fuente: Elaboración propia de la investigadora de esta tesis.

Otra técnica cualitativa muy importante que se llevó a cabo en este proyecto investigativo son los *grupos focales o grupos de discusión*, donde se reunió a un grupo de personas adultas mayores a quienes se les planteó unas preguntas generadoras (Anexo 9) sobre el autocuidado con el objetivo de que ellos y ellas dieran su punto de vista, aportaran ideas e identificaran situaciones, expresaran su acuerdo o desacuerdo con las opiniones de los y las demás participantes y de esta forma logró evaluar los conocimientos, las prácticas y las percepciones sobre autocuidado. Para la elaboración de dicho instrumento de preguntas generadoras se tomó en cuenta los objetivos de la investigación, las unidades de análisis planteadas en la tabla anterior y las tres preguntas de investigación anotadas en el planteamiento del problema (ver páginas 28 y 29).

En el tema en los grupos de discusión Fick (2004) (Morgan, 1988, p.12) considera que “el sello de los grupos de discusión es el uso explícito de la interacción de grupos para producir datos e ideas que serían menos accesibles sin la interacción encontrada en grupos” (p. 134).

Para ésta técnica de recolección de datos, cabe mencionar que la cantidad idónea de participantes en un grupo focal o grupos de discusión, diversos autores plantean un número distinto, para efectos de esta tesis se tomará en cuenta a lo que propone Escobar y Bonilla (2009) (Myers, 1998) mencionan que:

... según las características y la complejidad del tema a tratar, así como la experiencia y la habilidad del moderador, se determine el número adecuado de participantes, sin exceder las 12 personas (p. 54), en el caso específico de esta investigación se decidió dividir a la mitad el grupo de 12 personas para una mayor control, orden y para facilitar la escucha para aquellos (as) participantes con disminución en la capacidad auditiva.

En cuanto a la duración adecuada para cada sesión, según varios investigadores recomiendan que cada sesión se desarrolle en un rango entre 1 y 2 horas (Escobar y Bonilla 2009, p. 54) (Aignerren, 2006; Dick, 1999; Freeman, 2006; Gibb, 1997; Huertas, s.f.; Kitzinger, 1995; Myers, 1998, Powell y Single, 1996).

Previo a la recolección de datos se explicó verbalmente a los/las entrevistados (as) en qué consistía su participación y se dio lectura al consentimiento informado (Anexo 4), que fue firmado por los que aceptaron ser parte de la investigación.

Como recurso de apoyo y para una mejor recolección de la información las entrevistas y sesiones de grupos focales fueron grabadas en audio, previo a la solicitud y autorización de los y las participantes.

Como técnica final se realizó una observación cualitativa (ver anexo 7) de la que se entiende que “No es mera contemplación (“sentarse a ver el mundo y tomar notas”); implica adentrarnos en profundidad situaciones sociales y mantener un papel activo, así como una reflexión permanente. Estar atento a los detalles, sucesos, eventos e interacciones” (Hernández, Fernández y Baptista, 2010, p. 411), con lo cual se pudo valorar las prácticas de autocuidado de las personas adultas mayores.

La realización de estas técnicas de recolección de datos cualitativas, fue factible y viable, debido a que representaron un bajo costo, que fue cubierto con los recursos económicos de la investigadora, donde la principal inversión fue la impresión y fotocopias de los instrumentos de recolección de datos y consentimientos informados. En caso específico de las entrevistas semiestructuradas realizadas a las personas adultas mayores, se tuvo presente el momento cuando la información se tornó repetitiva y se detuvo así la recolección de datos, esto es lo que se conoce como saturación y se explica en el siguiente apartado.

Saturación

Como parte del proceso de recolección de datos, se aplicó el criterio de saturación para definir el momento en el cual ya no se realizarán más entrevistas a más personas porque hay una tendencia a que la información se repita; al respecto, Blasco y Otero (2008) mencionan que “se dejará de hacer entrevistas cuando se ha llegado al punto de saturación de la información, es decir el punto en el cual realizar entrevistas adicionales no aporta nada nuevo a la información que ya tenemos (p. 1). Por su parte Martínez (2012) considera que “en el ámbito de la investigación cualitativa se entiende por saturación el punto en el cual se ha escuchado ya una cierta diversidad

de ideas y con cada entrevista u observación adicional no aparecen ya otros elementos.” (p. 617). Siempre se debe tener claro que “mientras sigan apareciendo nuevos datos o nuevas ideas, la búsqueda no debe detenerse” (Martínez, p. 617).

Es a través de la saturación como esta tesis adquirió ese criterio de confianza y validez cualitativa.

Triangulación:

Como paso importante para elevar la validez de los datos en la investigación cualitativa tenemos la triangulación donde “las preguntas de investigación son abordadas por medio de una variedad de técnicas de recolección, en vez de una sola técnica como en el caso de investigaciones cuantitativas” (Peñarrieta, 2005, p. 26). Sobre este punto, Hernández, Fernández y Baptista (2010) mencionan que:

Siempre y cuando el tiempo y los recursos lo permitan, es conveniente tener varias fuentes de información y métodos para recolectar los datos. En la indagación cualitativa poseemos una mayor riqueza, amplitud y profundidad en los datos, si éstos provienen de diferentes actores del proceso, de distintas fuentes y al utilizar una mayor variedad de formas de recolección de los datos (p. 439).

Tal como es el caso de este proyecto donde se utilizó la entrevista semiestructurada, los grupos focales y la observación cualitativa, junto con la revisión bibliográfica.

El tipo de triangulación que resulta pertinente esta tesis es la Triangulación Metodológica, en la cual “se usan múltiples métodos de recolección de información para estudiar un problema en particular o pregunta de investigación específica (p. ej., mediante entrevistas individuales, y de grupo; entrevistas y observación, etc)” (Peñarrieta, 2005, p. 28). Hernández, Fernández y Baptista (2010) identifican a este tipo de triangulación como Triangulación de Datos que precisamente consiste en “utilizar diferentes fuentes y métodos de recolección” (p. 439).

III. Fase Analítica

En esta fase podemos encontrar tres etapas:

- a. Etapa de reducción de los datos.
- b. Etapa de disposición y transformación de datos.
- c. Etapa de obtención de resultados y verificación de conclusiones.

Es importante señalar que con cada una de estas etapas “es posible distinguir, asimismo, una serie de actividades y operaciones concretas que son realizadas durante el análisis de datos, aunque no necesariamente todas ellas está presentes en el trabajo de cada analista” (Rodríguez G. et al, 2009, p. 75-76).

A través de esta fase se realizó una rigurosa y detallada revisión de los datos recolectados, debido a que “tanto la recolección de datos como el análisis están entrelazados entre sí en todo el proceso de investigación” (Barrantes, 1999).

Se utilizaron inicialmente las categorías expuestas anteriormente en el Tabla I, debido a que éstas representan los objetivos que estudio persigue, sin embargo en el proceso de etapa de

reducción de los datos y en la etapa de disposición y transformación de datos es de esperar, que surjan nuevas categorías, las cuales serán tomadas en cuenta.

Se tomaron los datos y se analizaron las respuestas pertinentes con las categorías desde una posición hermenéutica, la cual “busca comprender el fenómeno en toda su multiplicidad a partir de su historicidad y mediante el lenguaje” (Barbera e Inciarte, 2012, p. 204), todo esto dirigido al logro de los objetivos de la investigación.

Con el fin de guardar la confidencialidad de los participantes y de organizar los resultados, se utilizaron las siguientes abreviaturas: E.S, que significa entrevista semiestructurada a las personas adultas mayores, G.F., que significa grupo focal y E.S.P. que significa entrevista semiestructurada al personal; cada una de esta siglas va acompañada de la palabra participante y una numeración que se le asignó para efectos de organización de los datos, por ejemplos: Participante 4 G.F, lo que significa que es el participante 4 del grupo focal que se realizó.

Con la anterior la información se transformaron en resultados que fueron interpretados por la investigadora alrededor los conocimientos, las prácticas y las percepciones de autocuidado de las personas adultas mayores.

IV. Fase informativa:

a. Etapa de difusión de resultados

“El proceso de investigación culmina con la presentación y difusión de los resultados” (Rodríguez G. et al, 1999, p. 76), para efectos de los requisitos de graduación consiste en elaborar un informe de trabajo final de graduación, que será presentado ante un tribunal examinador.

Divulgación de esta investigación:

Ésta corresponde a la defensa pública ante un tribunal, en una fecha fijada posterior a la conclusión de la elaboración de informe de investigación de la Tesis. Además, propondrá exponer ante junta administradora del Centro Diurno los resultados obtenidos y finalmente se elaborará un artículo con los principales resultados y conclusiones de la tesis, con el fin de que sea publicado en la revista de Enfermería de la Universidad de Costa Rica y en la revista del Colegio de Enfermeras.

Tabla II. Cronograma de Actividades en el Proceso del Trabajo Final de Graduación

Actividad	AGO 2013	SET 2013	OCT 2013	NOV 2013	DIC 2013	ENE 2014	FEB 2014	MAR 2014	ABR 2014	MAY 2014	JUN 2014	JUL 2014	AGO 2014	SET 2014	OCT 2014	NOV 2014	DIC 2014	ENE 2015	FEB 2015	MAR 2015
1. Elaboración de la propuesta de TFG (Capítulo 1: Introducción, Capítulo II: Marco Referencial y Capítulo III: Marco Metodológico).	X	X	X	X																
2. Revisión de la propuesta por parte la Comisión de TFG.					X															
3. Respuesta de la Comisión de TFG.					X	X														
4. Matrícula del curso de TFG.							X													
5.																				
6. Reunión con directora para acordar plan de trabajo.								X												
7. Validación de instrumento (por expertos y personas adultas mayores)								X	X											

Actividad	AGO 2013	SET 2013	OCT 2013	NOV 2013	DIC 2013	ENE 2014	FEB 2014	MAR 2014	ABR 2014	MAY 2014	JUN 2014	JUL 2014	AGO 2014	SET 2014	OCT 2014	NOV 2014	DIC 2014	ENE 2015	FEB 2015	MAR 2015
8. Acceso al campo y recolección de datos.										X	X	X								
9. Procesamiento y análisis de los datos.														X	X	X				
10. Presentación de avance a lectoras.												X								
11. Presentación de todos los resultados con análisis (a directora y lectoras).																	X			
12. Informe final (con todos los capítulos).																	X			
13. Correcciones finales																			X	
14. Trámites para realizar defensa.																				X
15. Defensa pública del TFG.																				X

Fuente: Elaboración propia de la investigadora de esta tesis.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

Análisis de Resultados

En esta fase del proceso de investigación la información que se obtuvo se describe, analiza e interpreta desde una posición hermenéutica y con ello se le dio significado a los hallazgos encontrados de manera que respondan a los objetivos específicos planteados (ver página 30).

Para realizar el análisis de la información obtenida, se hizo la transcripción de: las entrevistas a las personas adultas mayores, las entrevistas al personal que labora en el Centro Diurno, los dos grupos focales con las personas adultas mayores y la observación cualitativa realizada en el Centro Diurno.

Los datos obtenidos fueron confrontados con la bibliografía consultada y triangulados con las técnicas utilizadas que tenga relación con los hallazgos encontrados, este proceso busca dar respuestas a las preguntas de investigación propuestas en el planteamiento del problema.

La población que participó, desde sus características sociodemográfica fueron un total de 20 personas adultas mayores, de estos 12 mujeres y 6 hombres, con edades entre 67 y 88 años de edad, con estados civiles de solteros (as), casados (as), viudos (a) y divorciados, la gran mayoría con hijos e hijas, tres de este grupo sin hijos. Solamente una de las participantes era de nacionalidad cubana, el resto costarricenses. La totalidad reside en distintos cantones del distrito de Tibás. La mayoría de las personas entrevistadas viven en compañía de una o más personas en su hogar, ya fuese su esposo (a), hijos, nietos,

sobrinas o viven solos (as) en su casa. La religión predominante es la católica, además de cristiana, testigo de Jehová y ninguna religión. En cuanto a la formación académica, dos personas concluyeron una carrera universitaria, luego la gran mayoría no concluyó la primaria o secundaria y una de las personas que no tenía ningún tipo de escolaridad. La condición socioeconómica presentada en la población es de media a baja, donde la gran mayoría posee una pensión del régimen no contributivo de la CCSS, otros reciben la ayuda de sus hijos (as) y muy pocos reciben pensión por IVM.

Previo a dar inicio al análisis, es importante conocer lo que significa el concepto de envejecimiento activo, entendido como “el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen” (OMS, 2002, p. 79). La importancia de conocer este término radica en que la población entrevistada en su mayoría se encuentra acorde con esta definición, puesto que se encuentra en un centro diurno que les da la oportunidad desarrollarse y cuidarse en muchas áreas de su vida (con actividad física, alimentación y recreación), todos cuentan con cobertura de seguro social ya sea por pensión de IVM o bien no contributiva. Sobre este término de envejecimiento activo la OMS (2002) añade que:

... permite a las personas realizar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de todo su ciclo vital y participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, mientras que les proporciona protección, seguridad y cuidados adecuados cuando necesitan asistencia (p.79).

Luego de este acercamiento al concepto de envejecimiento activo se presentan los principales hallazgos encontrados y se analizan a luz de la teoría que da significado a los mismos, esto con el fin de dar respuesta a los objetivos de esta tesis, acerca de los conocimientos las prácticas y las percepciones sobre autocuidado.

En lo que respecta al primer apartado sobre los conocimientos y las percepciones se obtuvo dichos hallazgos a partir de la aplicación de la entrevista semiestructurada realizada a 6 personas y el grupo focal realizado a 12 personas. En cuanto a las prácticas los datos se obtuvieron de la aplicación de las dos técnicas anteriores además de una entrevista a 5 personas que son parte del personal del Centro Diurno y de una observación participante.

Conocimientos que poseen las personas adultas mayores sobre el autocuidado.

En este apartado se indagó acerca de la definición del concepto de autocuidado, las actividades que realizan para cuidarse, que es no cuidarse y las consecuencias de no cuidarse, ¿cómo aprendieron a cuidarse?

Debido a que aprender cosas conlleva a adquirir conocimiento hacia algo, un proceso que cada persona interioriza de forma individual, por lo cual los hallazgos durante este proceso permiten confirmar que “el conocimiento, tal como se le concibe hoy, es el proceso progresivo y gradual desarrollado por el hombre para aprehender su mundo y realizarse como individuo, y especie” (Ramírez, 2009, p.218).

Algunos de los hallazgos en cuanto a la definición de autocuidado fueron:

*“Que mi hija me controle los medicamentos y cuidarme yo misma
(Participante 1 E.S.)*

*“Es el cuidarse a uno mismo y también el cuidado que me da mi hijo y
nuera” (Participante 5 E.S.).*

Ambas participantes hacen referencia al concepto de autocuidado desde dos ángulos, uno que se respalda lo que plantea Dorothea Orem (1983) quien lo define como “... la práctica de actividades que las personas inician y hacen por sí mismas para el mantenimiento de la vida, salud y bienestar” (p. 55). Luego, en otro punto hacen referencia que autocuidarse significa el cuidado que les dan otros, en estos casos son su familia (hija, hijo y nuera), estas personas son para las personas adultas mayores sus redes de apoyo que según Walkers y colaboradores (1977, citado por Guzmán (2002) se entiende por redes de apoyo social a “la series de contactos personales a través de los cuales el individuo mantiene su identidad social y recibe apoyo emocional, ayuda material, servicios en información” (p. 3). Sobre la temática anterior D. Orem hace referencia en su teoría a algo que se conoce como “métodos de ayuda”, dentro de lo que se encuentra el “apoyo a otros” que significa que “apoyar a otra persona quiere decir sostenerla en un esfuerzo y por tanto, prevenirla para que evite una situación o decisión desagradable” (p. 89), esto es lo que puede entenderse como redes de apoyo. Es entonces, a través de estas redes que dichos participantes encuentra en quien apoyarse para realizar su autocuidado.

“Es cuidarse para no hacer desarreglos con la salud, es además cuidar aspecto físico”. (Participante 3 E.S.)

“El autocuidado es como las mujeres tenemos que cuidarnos mucho, como puedo decir asearnos y además otra cosa que quería decir es tener cuidado con las personas que nos rodean” (Participante 1 G.F.)

“Es estar atenta a las cosas de uno, que le puede hacer mal, que le puede hacer bien, es peinarse, bañarse arreglarse, ponerse guapa” (Participante 2 G.F.:).

Las tres anteriores definiciones hacen alusión a lo que Orem en su teoría plantea, puesto que mencionan situaciones de actividades diarias como el aseo personal y el cuidado de su aspecto físico, lo que hace visible que están en un estado de ánimo adecuado, con una autoestima positiva puesto que se preocupan por si mismos (as) y lo llevan a cabo para beneficio propio, por autoestima se entiende “como una actitud o sentimiento positivo o negativo hacia la persona, basada en la evaluación de sus propias características, e incluye sentimientos de satisfacción consigo mismo” (Ortiz y Castro, 2009, p.27). Además de lo anterior, se confirma con el hecho de realizar su propio cuidado “se mantiene guapa”, como lo dijo una de las participantes.

“Yo creo que autocuidado es lo que yo he hecho toda la vida... yo nunca ando en la calle, no he probado a que sabe el licor, nunca me he fumado

un cigarro, o sea he sido un persona que me he cuidado, vivo para mi familia y es por lo que yo he tenido que cuidarme (Participante 4 G.F.).

El pensamiento expresado por esta persona adulta mayor, se orienta hacia un concepto de autocuidado que se basa en la prevención de la enfermedad, donde este significa para la OMS (1998) las “medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida” (p. 13), esto se denota cuando menciona que no tiene vicios.

“Cuidarse de todo, la comida, dormir bien, cuidar la salud” (Participante 5 G.F.).

Para esta personas el autocuidado se define de igual forma, a través del cuidado propio que se genera con la alimentación y sueño adecuado, estas apreciaciones forman parte de lo que se considera para la OMS (1998) como promoción de la salud que se entiende como aquel “proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla” (p. 10). Es entonces, a través de lo que cita esta persona, cómo logra tener ese control que le lleva a autocuidarse.

Ante la consulta sobre qué actividades realizan para cuidarse a sí mismos (as), respondieron:

“...leer, coser a mano, ejercicio, comer sin grasa, cuidar dientes, leer biblia, cuidar de la vista, mi hija me cuida con la comida” (Participante 1 E.S).

En cuanto a estas actividades mencionadas por esta persona adulta mayor, se puede rescatar que hace énfasis a varios aspectos como: a la calidad de vida, por el hecho de que sus actividades para cuidarse se llevan a cabo en su contexto cultural a través de la realización de manualidades, además de tener significado en su sistema de valores lo referente a la espiritualidad por el hecho de que algunos (as) leen la biblia y se congregan en sus iglesias. Además, cumple con su autocuidado realizando ejercicio, cuidado sus dientes y vista, según refiere. Sobre este término de calidad de vida la O.M.S. (1998) considera que:

...es la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Es un concepto extenso y complejo que engloba la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno (p. 28).

Finalmente, esta participante, menciona que su hija le cuida con la comida, lo que representa que posee una importante red de apoyo familiar, el cual fue mencionado anteriormente por un autor.

“...tener higiene, ayudar a mi nuera en la casa, lavar secar y guarda platos en la casa”. (Participante 2 E.S).

Esta persona adulta mayor, hace referencia a una actividad de autocuidado cuando tiene higiene, es decir, es meramente lo que se menciona en el concepto de autocuidado que fue planteado antes por D. Orem, puesto que lo hace por si misma (o) para mantener su salud y tener bienestar.

En lo que se refiere a ayudar en su casa en actividades del hogar, esto se relaciona con lo que se menciona en la teoría psicosocial del envejecimiento, sobre la actividad:

... ésta se fundamenta en que cuanta más actividad sana mantenga la gente, más satisfactorio será el envejecimiento. Por lo tanto, las personas que se han mantenido ocupadas, que han obtenido satisfacción de su participación en diversas actividades, que han logrado una gran interacción social y una preocupación por muy variadas cosas que manifiestan solidaridad con otras gentes y otras causas, tendrán necesariamente un envejecimiento saludable y con éxito (Papalia y Wendkos 1997) (Jiménez S. F., 2009, p. 8).

Sobre lo anterior se puede mencionar que la persona si disfruta de ayudar en su casa en actividades cotidianas, va a permitirle envejecer más sanamente y tener un autocuidado más completo, puesto que le hace sentir útil, sentir que puede ayudar y que no es una carga para su familiar.

“...hacer ejercicio, caminar” (Participante 4 E.S).

“...pintarme las uñas, bañarme, peinarme” (Participante 5 E.S).

“Comer a las horas adecuadas, comer verduras y frutas, hacer ejercicio, bueno aunque sea caminar un poco a la pulpería, a la cuadra, dormir bien” (Participante 5 G.F.).

Con estas actividades mencionadas por las personas adultas mayores, se reafirma lo que definieron anteriormente sobre el concepto de autocuidado, lo que de igual forma permite relacionarlo como actividades con las que se realiza promoción de la salud, término que fue descrito anteriormente.

“No trasnocharme, tomarme los medicamentos que me manden cuando me enfermo, alimentarme sano con frutas, verduras, pero con medida (Participante 3 G.F.).

De acuerdo con lo mencionado por la persona adulta mayor, como parte de sus actividades, se considerara que lleva acabo lo que se conoce como prevención de la enfermedad, ya que evita realizar cosas que puedan perjudicarle, así como seguir las indicaciones cuando se enferma, entre otras cosas.

Sobre el tema de prevención de la enfermedad la teoría nos habla que “prevenir significa anticipar y evitar la llegada de algo que ocurriría si no lo evitáramos” (Agrest,

2009, p. 382). Por su parte la OMS (1998) cita que “la prevención de la enfermedad son las “medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida” (p. 13).

“Me vine para acá, al Centro Diurno primero que todo, siento que me cuidan y yo me cuido” (Participante 4 G.F.).

Esta persona adulta mayor menciona que una de sus actividades principales para cuidarse es asistir al Centro Diurno, pues es un lugar donde puede cuidarse y dejarse cuidar, esto convierte al Centro Diurno en una red de apoyo y fomentador a la vez del envejecimiento activo, conceptos que fueron anteriormente descritos, lo que reafirma que es una institución que da un soporte integral y le brinda beneficios para su salud.

“Tratar de no andar mucho así trasnochándose, no tener vicios, estar tranquila, comer frutas, tomar las medicinas” (Participante 8 G.F.).

Esta persona adulta mayor, tiene presente que parte de autocuidado significa dormir bien, no tener vicios, comer frutas y tomar las medicinas, lo que demuestra que es consciente de ello, esto forma parte de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, ambos citados anteriormente.

En cuanto, a mantenerse tranquila, refleja que posee su adecuado manejo del estrés.

El estrés se conoce que está influenciado por las situaciones sociales y psicológicas que pueden provocarlo por largo tiempo.

Los estados continuos de ansiedad, inseguridad, baja autoestima, aislamiento social y falta de control en el trabajo y la vida en el hogar tienen efectos poderosos en la salud. Tales riesgos psicosociales se acumulan en la vida y aumentan la probabilidad de salud mental deficiente y muerte prematura. Los periodos prolongados de ansiedad e inseguridad y la falta de relaciones de apoyo son perjudiciales en cualquier área de la vida en la que surjan (Wilkinson y Marmot, 2003, p. 10).

Este es un término que se ubica como uno de los aspectos de los determinantes sociales de la salud estructurales, pero aunque en el caso de esta participante se puede identificar que no lo presenta

Tanto por la parte conceptual como los actos cotidianos en relación a autocuidado dadas por la personas mayores se encuentran en su mayoría dentro de lo que el concepto de autocuidado define y que plantea Dorothea Orem. La mayoría de las respuesta dadas, mencionaban el hecho de cuidar el aspecto físico principalmente, sin embargo cabe mencionar que un cuidado integral involucra además una adecuada alimentación, realización de actividad física, descanso adecuado, entre otras cosas. Así, en cuanto a las actividades para cuidarse, vienen a reiterar o complementar su definición, puesto que giraban alrededor de la alimentación y el ejercicio físico se encuentran contemplados dentro de los 8 requisitos universales que plantea Orem y que se analizarán posteriormente.

De igual forma en dicha entrevista se consultó sobre qué consideran que es no cuidarse bien, donde mencionaron que:

“ser descuidado, no tomarse las medicinas” (Participante 1 E.S).

*“si uno se siente enfermo y no va ir al doctor y no tomar las medicinas”
(Participante 4 E.S).*

Para estos dos participantes, no cuidarse es si alguien no se toma las medicinas cuando les fueron indicadas, esto se confirma que son conscientes de su propio autocuidado pues fue mencionado como parte de las actividades que si realizan para cuidarse, esto además significa que son capaces de prevenir enfermedades o complicaciones por esta causa, lo cual fue descrito en el concepto de prevención de la enfermedad y el autocuidado.

“... ser descuidado con el aspecto personal” (Participante 5 E.S).

“...ser descuidado con la salud, no bañarse, no asearse, no prevenir accidentes” (Participante 6 E.S).

“Es dejarse, no bañarse, no sentir amor por uno mismo, ni respetar a nadie” (Participante 2 G.F.).

Con los tres hallazgos anteriores, se puede reafirmar que los o las participantes tienen claro lo referente al concepto de autocuidado del cual se ha venido hablando, ya que

cuando se les solicitó definir que es no cuidarse bien mencionaron precisamente la forma opuesta, es decir expresaron que autocuidado es cuidar de su aspecto personal y ahora dicen que no cuidarse es ser descuidado con su aseo personal, entre otras respuestas.

“Siempre que uno evite las cosas riesgosas de la salud y siempre que alguien pueda cuidarnos para que nos pueda defender” (Participante 1 G.F.).

“Diay, abandonarse uno, irse a la calle, andar tomando licor, haciendo cosas que no debe hacer...” (Participante 4 G.F.).

“Comer lo que a uno le de la gana sin pensar si es algo bueno o malo” (Participante 9 G.F.).

Las tres respuestas anteriores, describen lo que los o las participantes consideran como no cuidarse bien, lo que viene a ser el espejo cuando mencionaron las actividades que realizaban para cuidarse, tales como comer sanamente y en oposición ahora mencionan que es comer sin pensar en lo que comen, entonces estas actividades erróneas que evitan conservar la salud, todas estas pueden ser intervenidas a través de la realización la prevención de la enfermedad y promoción de la salud, que fueron detalladas previamente.

En cuanto al concepto de prevención de la enfermedad la teoría nos habla que “prevenir significa anticipar y evitar la llegada de algo que ocurriría si no lo evitáramos” (Agrest, 2009, p. 382). Sobre este mismo tema la OMS (1998) menciona que “la

prevención de la enfermedad son las “medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida” (p. 13).

Por otro lado, se pudo identificar en las respuestas dadas por las personas adultas mayores el término de promoción de la salud que para la OMS (1998) es entendido como el “proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla” (p. 10). Con estos conceptos analizó que la población participante tiene claro que es no cuidarse bien, y a su vez entienden cómo prevenir y promover su salud mediante ciertas prácticas. Además, con el siguiente apartado se confirma aún más su claridad en cuanto a que cuidarse es importante para no tener consecuencias en la salud.

Seguidamente, se les preguntó sobre que consideran que sucede al no cuidarse bien, a lo algunos de ellos contestaron:

“morirse, enfermarse y enfermamos a los de la casa” (Participante 1 E.S).

“el cuerpo le pasa la factura y viene un malestar” (Participante 3 E.S).

“Diay, no sé, se enferma tal vez, y si tenía ya una enfermedad se puede poner más grave” (Participante 7 G.F.).

“Toda la salud se deteriora, se afecta todo” (Participante 8 G.F.).

La mayor parte de los y las participantes coincidieron con sus respuestas en que se enfrentarían a una enfermedad física que deterioraría su salud e incluso les causaría la muerte si no se cuidan, lo que representa que con conscientes de su autocuidado puesto que si no lo hacen se enferman, lo que les genera estrés y preocupación según mencionaron algunos y algunas. El estrés se considera uno de los aspectos que dentro de los determinantes sociales de la salud estructurales abarca las circunstancias sociales y psicológicas que influyen en la vida de las personas, puesto que esa sensación de enfermarse, deteriorarse o morirse les genera ansiedad.

Aunque en apariencia ésta fuente de estrés y ansiedad parecen ser algo no tan grave, si existen y puede ser la puerta a circunstancias mayores. Sin embargo, en esta población existen algunos factores protectores que se identificaron durante la entrevista, tales como, que las personas adultas mayores conocen sobre el autocuidado, que actividades realizar y que es no cuidarse bien, esto les permite tener armas para enfrentar como mayor fundamento a estas circunstancias, a través de la promoción de la salud y prevención de las enfermedades, pero sin olvidar que cada caso es particular y las condiciones sociales pueden significar la diferencia hacia cualquier lado.

Así como esa preocupación por cuidar de la salud influye para que sea una de las causas de su estrés, si se analiza desde el punto de vista de las condiciones sociales que influyen en el cuidado, salud y estrés, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2012) resalta que existen ciertas circunstancias psicosociales donde se encuentra el estrés psicosocial que tiene relación con dos puntos, uno con las situaciones negativas de la vida cotidiana o condiciones que son estresantes en la vida y un segundo punto con

aquellos factores positivos dentro de los que se identifican las redes de apoyo familiar y social, entre otros. Sin embargo, siempre se debe tener presente que los distintos grupos sociales poseen distintas condiciones sociales que les rodean, por lo tanto tienen un exposición y experiencias muy variables lo que da una explicación a estas circunstancias psicosociales que al final de cuenta dan como resultado las desigualdades en la salud de la población (p. 29). Además, se agrega que “los diferentes grupos sociales están expuestos a diferentes experiencias y situaciones vitales que explican los patrones psicosociales que se dan a largo plazo asociados a las desigualdades en salud (p. 29).”

Y finalmente se les consultó cómo aprendieron a cuidarse, ¿quién se los enseñó?, a lo que mencionaron:

“... eso se lo enseñan a uno desde pequeña, desde la casa, la mamá, luego en la escuela y ya uno grande debe continuar haciendo las cosas bien” (Participante 3 E.S).

“Fue mi madrecita quien me enseñó a bañarme, arreglarme, tener limpiar la casa porque si la casa está sucia uno se puede enfermar, con el polvo o las bacterias que se acumulan” (Participante 5 E.S).

“Desde la casa, le dicen a uno las cosas, le enseña la mamá y el papá que cosas pasan si no hace lo correcto. Yo no fui a la escuela, pero me imagino que ahí le enseñaban a uno cosas para cuidarse y en los trabajos que estuve le enseñaban a uno que peligros había para evitarlo y cuidarse” (Participante 6 G.F.).

“Desde la casa le enseñan a tener cuidado con las comidas, la higiene personal, evitar los vicios y las malas compañías que lo pueden llevar a hacer cosas malas de distintas maneras” (Participante 9 G.F.).

En esta consulta se obtuvo de la totalidad de participantes respuestas relacionadas con el aprendizaje de autocuidado por la enseñanza de la familia, en otros por la escuela o ambos, y su trabajo.

El hecho de que los y las participantes realizaran mención de esto, viene a significar que su conocimiento sobre autocuidado fue adquirido a través del modelaje de representaciones sociales de su madre, padre, maestras o empleadores. A cerca de la teoría de representaciones sociales se conoce como:

... un sistema de referencia que nos permite dar significado a los hechos. Es decir, que constituye una especie de "anteojos" que nos brindan una manera de ver algunos sucesos o conceptos y concebir teorías implícitas para establecer aseveraciones sobre individuos o sobre nuestra vida cotidiana (Lacolla 2005, p.17, 18).

Esta autora además menciona que posee dos características: “1- Siempre se constituye como la imagen, o alusión de un objeto, persona, acontecimiento, idea, etc. y por eso se la llama de este modo, ya que lo representa. Y 2- Tiene un carácter simbólico y significante” (Lacolla 2005, p.17). Con esta teoría, se puede afirmar que son válidas las respuestas dadas por las personas adultas mayores, ya que con el ejemplo y educación que

les dieron sus familiares, maestras o jefes, lograron aprender y poner en práctica diversas formas para cuidarse por sí mismos (as).

Sobre el Participante 6 G.F., cabe mencionar lo que durante la entrevista se llegó a conocer, que no posee escolaridad, por lo tanto no sabe leer ni escribir, ya que explicó que el lugar donde vivió de pequeño la escuela estaba muy lejos y debía trabajar para ayudar en su casa, este caso particular y único de los participantes, es importante recordar que esta condición social lo coloca como una persona vulnerable para desenvolverse en la sociedad y económicamente, puesto que aunque trabajó por años no cotizó para el sistema de pensiones y tienen una pensión del régimen no contributivo. El no acceso a la educación se ubica dentro de los determinantes sociales de la salud estructurales, que incluye al contexto socioeconómico y político que genera exclusión y desigualdad social y que afectan a los determinantes sociales de la salud intermedios (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012, p. 32).

La no escolaridad específicamente en esta persona adulta mayor, influye en su autocuidado, puesto le limita a obtener y recibir información en salud únicamente de forma verbal en los servicios de salud, corre el riesgo de equivocarse en el nombre y dosis de medicamentos que le indiquen en algún momento en su vida, se le imposibilita la lectura de las etiquetas (o contenido) de alimentos que desea y son convenientes para su persona, y además refirió que ya necesita un cambio de lentes pero no le alcanza el dinero, con esto corre riesgo de sufrir caídas, riesgo de atropellos, quemaduras si cocina, comprar productos equivocados y la administración errónea de medicamentos que se mencionó antes.

Lo que se puede rescatar para esta persona adulta mayor es que a pesar de que no tienen hijos, cuenta con redes de apoyo de una sobrina con quien vive y además asiste al Centro Diurno, donde se suplen entre semana las necesidades básicas de alimentación y compañía, entre otras.

Prácticas que realizan las personas adultas mayores en las que está presente o ausente el autocuidado.

Para obtener los datos de este apartado, se buscó conocerlos a partir de los 8 requisitos universales y los requisitos de autocuidado del desarrollo planteados por Dorothea Orem (1983), es decir, se les consultó tanto a las personas adultas mayores como al personal y de igual forma se realizó en la observación sobre: la ingesta de aire, agua y alimentos, eliminación urinaria e intestinal, actividad física y descanso, soledad e interacción social, prevención de peligros contra la vida, funcionamiento y bienestar, y promoción del funcionamiento y desarrollo humano.

Sobre el primer requisito universal de ingesta de aire, se presentaron las siguientes respuestas:

“Cuando respiro lo hago sin dificultad. Nunca fumé, ni fumo. Mi casa si está bien ventilada, hay ventanas. Cerca de la casa pasa muchos carros y contaminan con humo”. (Participante 2 E.S).

“Respiro bien, sin dificultad. Fumé hace 15 años, ahora no. Mi casa está bien ventilada, hay ventanas que se abren. Cerca de la casa pasa muchos carros y contaminan con humo”. (Participante 3 E.S).

“Respiro bien, sin dificultad. Nunca he fumado. Mi casa está bien ventilada, hay varias ventanas. Por los carros que pasa dejan el humo que entra a la casa”. (Participante 4 E.S).

De acuerdo a las consultas realizadas al personal sobre este punto, confirman que todos en general mucho de lo que expresaron las personas adultas mayores sobre que pueden respirar sin dificultad, con la salvedad de los casos de gripes y un par de ellos que utiliza “bombas de salbutamol” para evitar crisis. Mencionan que en el Centro Diurno no está permitido fumar, pero no pueden negar o afirmar si fuera de ahí lo hacen. Desconocen cuan ventilada está la casa, pero si conocen que algunos viven sobre calles principales del cantón donde pasa mucho vehículo.

Sobre la directriz de no permitir que las personas adultas mayores, fumen en el Centro Diurno existen una ley que respalda cumplir esto, la cual según La Gaceta (2012), lleva por nombre Ley General de Control del Tabaco y sus Efectos Nocivos en la Salud N° 9028, en el Capítulo II llamado Protección Contra el Humo del Tabaco, en su artículo 5 llamado Sitios Prohibidos para Fumar, menciona que “se declaran espacios cien por ciento (100%) libres de la exposición al humo de tabaco, los indicados en este artículo”, tales como el punto a) “centros de trabajo, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 4 de esta ley y el punto e) centros de atención social” (p. 4), tal como lo es el Centro Diurno. Por

centros de trabajo se conoce según lo planteado en el artículo 4 llamado definiciones en el punto b) “Centros de trabajo: lugar que utilizan uno o más trabajadoras o trabajadores que sean empleados (as) o voluntarios (as) durante el trabajo. Se incluyen todos los lugares conexos o anexos y vehículos que los trabajadores utilizan en el desempeño de su labor” (p. 2).

Sobre mi observación durante un día completo, observé solo a un señor realizándose una inhalación oral de salbutamol, pero en su totalidad podían respirar sin dificultad y sin asistencia de oxígeno.

Sobre este requisito Orem (1983) refiere que se encuentra satisfecho cuando se toma la cantidad de aire necesaria para que funcione el organismo, se encuentra preservada e íntegras las estructuras anatómicas que lo involucran y finalmente que al realizarlo se disfruta de ello como una experiencia agradable. Esto se llegó a cumplir en la mayoría de las personas, en especial en aquellas que no fuman, o bien si fumaron lo hicieron por corto tiempo y ya lo dejaron hace algunos años; además que si presentan procesos virales respiratorios, son transitorios, como es en el caso de la población participantes.

Respecto a la exposición que algunos (as) ha tenido por el fumado, o la cercanía con la polución producto del humo de vehículos, Tabloski (2010) expone que es difícil diferenciar los cambios esperados en la persona adulta mayor en el sistema respiratorio puesto que “los efectos de la exposición crónica al humo del tabaco, a la polución del aire y a las toxinas ambientales pueden complicar adicionalmente el proceso de diferenciación” (p. 489).

Se puede concluir que si se da el cumplimiento de este requisito en cuanto a la funcionabilidad individual, ya que no requieren de suministro suplementario de oxígeno en ningún momento del día, pero así como el fumado afecta este sistema, la exposición al humo de vehículos también puede afectar.

El segundo requisito consultó a los participantes sobre la ingesta de agua, a lo que mencionaron:

“Si me gusta, tomo 5 ó 6 vasos al día, además 1 de fresco al almuerzo y cena, y 1 de café en la mañana y tarde” (Participante 4 E.S).

“No me gusta tomar agua, se me olvida, mi hijo me ayuda a recordar, tal vez me tomo 3 vasos o menos por día, o sólo cuando me tomo las medicinas, si tomo 1 de fresco al almuerzo y cena”. (Participante 5 E.S).

“Yo agua muy poco 1 vaso al día, además 1 taza de café en la mañana y en la tarde y 1 fresco al almuerzo y cena” (Participante 6 E.S).

En la consulta hecha al personal del Centro Diurno sobre la ingesta de agua o líquidos por parte de las personas adultas mayores, respondieron que no les ven tomando agua o que durante el día tengan alguna botella para tomar, cuando toma líquidos es con el fresco del almuerzo, o el café o aguadulce de la mañana o tarde. Es decir, prácticamente no toman agua durante su estancia en el Centro Diurno.

Con mi observación sobre este aspecto vine a confirmar las respuestas dadas tanto por las personas adultas mayores como por el personal, donde no observé que tomaran agua y otros líquidos solo durante las comidas.

De acuerdo con “las recomendaciones internacionales en el aporte dietético debe incluir mínimo de 1400 a 1800ml/día, dependiendo de la climatología y calor ambiente” (Carmena y otros 2010, p. 16). El aporte teórico nos confirma que la mayoría de personas adultas mayores casi no ingieren líquidos, puesto que si tomamos en cuenta de que un vaso de agua o refresco contiene aproximadamente 250ml, solo quien consume de 5 a 6 vasos diarios se encuentra acorde con este requisito de ingesta de agua, pero el resto no y mucho menos si durante 7 horas que permanecen en el Centro Diurno sólo se les ve tomar líquidos con las comidas o medicinas

En relación a la ingesta de alimentos las personas adultas mayores respondieron:

“No tengo problemas para alimentarme sola. Uso dientes postizos arriba y abajo, pero no me dan problemas. En el Centro Diurno como 5 veces al día, variado nos cambian de vez en cuando las comidas para no aburrirnos, pero siempre hay de desayuno café o agua dulce y pan o pinto; de merienda siempre alguna fruta, de almuerzo arroz, frijoles, carne, ensaladas y alguna verdura. Y por la tarde café con pan o galleta. Cuando no vengo al Centro Diurno como también 5 veces, es mi hija con quien vivo quien se encarga de cocinar, para comprar la comida ella

también se encarga y le doy un poco de mi pensión para que compre, aunque ella no me deja dice que no gaste mi plata” (Participante 1 E.S).

“Como 5 veces al día en el Centro Diurno, no tengo problemas para alimentarme solo. Tengo dientes postizos arriba, pero no me da problemas. La comida en el Centro Diurno tiene de todas las cosas, tomamos de desayuno café o agua dulce y pan o gallopinto; de merienda frutas, almorzamos arroz, frijoles, carne, ensaladas y alguna verdura, otros días hay olla de carne o macarrones. Y por la tarde hay café con pan o galleta. Cuando no vengo al Centro Diurno como también 3 ó 4 veces, la señora de la casa donde alquilo un cuarto es quien se encarga de cocinar, para comprar la comida ella también se encarga y le pago de alquiler 60 000 colones de mi pensión de IVM de la CCSS que es de 120 000 colones” (Participante 6 E.S).

En la entrevista al personal destacan que el Centro Diurno brinda una alimentación variada y balanceada que es supervisada y adecuada por una nutricionista que brinda CONAPAM a los Centro Diurnos como ellos, por lo que todos los grupos de alimentos están incluidos y los menús los varían cada semana para que las personas no se aburran, cocinan con poca sal y azúcar, en las dietas no es necesario modificar los componentes o texturas puesto que todos pueden alimentarse sin dificultad, claro están aquellas personas que son conscientes de sus padecimientos por diabetes, hipertensión o intolerancia a la lactosa y no se exceden con alimentos que contenga mucha cantidad que les pueda afectar. Como parte del cuidado en la alimentación se evita la cocción de alimentos en forma frita,

por lo que tampoco de le dan comidas rápidas. Algunos miembros del personal reconocen que una de las causas por las que asisten las personas adultas mayores ahí es porque pueden alimentarse bien, ya algunos o alguna viven solos (as) o se quedan solos (as) en las casas y no les da ganas de comer sin compañía, además reconoce que tienen necesidades económicas que les impiden comer bien y varias veces al día.

Con mi observación durante los tiempos de comida pude confirmar que contiene de todos los grupos de alimentos y que propiamente en el Centro Diurno se les dan 4 tiempos (desayuno, merienda, almuerzo y café de la tarde, y que todos los reciben si dificultad.

En cuanto a este requisito universal se pueden considerar dos cosas: 1- que mientras las personas adultas mayores asisten al Centro Diurno su necesidades de alimentación están cubiertas, con 4 tiempos de comidas, durante 5 días a la semana, con una dieta variada y balanceadas, supervisada por una nutricionista, y 2- que ya en sus casa, en su ambiente sociales externos las cosas son distintas, para cada persona según sus redes de apoyo pueden ser muy similares al Centro Diurno o por el contrario muy distintas, donde hagan menos tiempos de comidas, tenga acceso a alimentos fritos, con mucha grasa o azúcares entre otras cosas. Carmena (2010) menciona que “la pérdida de poder económico, los cambios familiares y del entorno social tienen mucho que ver con consumos insuficientes en uno o más nutrientes o incluso con la instauración de anorexia persistente a causa de penuria económica o soledad” (p. 198).

El tema de alimentación se ubica dentro de los determinantes sociales de la salud intermedios, a través de lo que se conoce como hábitos o conductas sobre esto el Ministerio

de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2012) menciona que un elemento a destacar es que:

... los hábitos o “estilos de vida” son el resultado de las condiciones materiales en que se nace, vive y trabaja, siendo la forma en que los grupos sociales traducen las condiciones materiales de vida en pautas de conducta (p. 29).

Por lo tanto, el cumplimiento del autocuidado se da de forma parcial, mientras las personas adultas mayores cuenten con la red de apoyo institucional que representa en Centro Diurno y que fuera de ahí su consumo de alimentos va más allá de que quieran seguir haciéndolo, puesto que su acceso económico no se los permite.

Lo que si queda claro es que según las respuestas dadas sobre cómo se cuidan muchos (as) mencionaron que comiendo sano, comiendo frutas, comiendo a las horas adecuadas, esto viene a confirmar que son consciente de que con estas prácticas se logra beneficios en la salud y eso lo ven a diario mientras asisten al Centro Diurno.

Sobre la alimentación en la persona adulta mayor, la teoría nos habla de que existen algunas causas que pueden tener relación con la ingesta insuficiente de alimentos, dentro de las que están “las dificultades en la alimentación oral... ligadas a alteraciones de la dentición, pérdida de la identificación de sabores y olores, problemas de deglución, vaciamiento gástrico lento e intolerancia a la lactosa” (Carmena y otros 2010, p. 22), además, muchas personas adultas mayores poseen situaciones económicas difíciles que no les permite adquirir los alimentos necesarios para sus requerimientos diarios.

Tabloski (2010) y (Carmena y otros 2010) mencionan en sus libros que el consumo excesivo de alimentos llegar a provocar una obesidad en la persona, lo que se atribuye a tener hábitos alimenticios inadecuados desde la juventud, que ligado con el enlentecimiento del metabolismo se combina negativamente en aumento de peso, además, en casos de ansiedad por problemas personales o soledad, provoca que coman en exceso y en otras ocasiones no tener posibilidad económica comprar alimentos adecuados, hace que la persona adquiera alimentos que aportan exceso de calorías o que son preparados a través de frituras, exceso de sal y condimento sintéticos, siendo esto motivo, de afectaciones también otros sistemas como el cardiovascular.

Cabe destacar el hecho de que aunque no fue posible detectar algún caso en el que debido a vivir solos (as) o no poseen redes de apoyo familiares, esté provocándoles una malnutrición, la teoría es clara al señalar que las personas adultas mayores “con mayor riesgo de sufrir la malnutrición son los que están institucionalizados, los que viven solos o carecen de apoyo familiar” (Carmena y otros, p. 30). Por lo tanto, este es un aspecto que puede ser tomado en cuenta para futuras investigaciones que traten este tema.

De acuerdo con el requisito universal de provisión de cuidados en la eliminación urinaria e intestinal, contestaron:

En su totalidad las personas adultas mayores respondieron que no posee ninguna dificultad o problema.

El personal confirmó que aunque desconocen particularidad en cuanto a la incontinencia, estreñimiento o diarreas, no han observado o no les han dicho las personas que lo presenten, puesto que en caso de enfermedades de este tipo la persona adulta mayor no acostumbra asistir y va a la clínica y se queda en casa. Pero en cuanto al control de esfínteres afirman que todos (as) lo posee, además este es un requisito para mantenerse en el Centro Diurno, ya que no se cuenta con personal para que los asista en caso de cambios de pañales o limpieza personal.

Con mi observación puedo confirmar lo dicho por ambas partes, cada persona adulta mayor se desplazaba solo (a) al servicio sanitario por sí mismo (a) sin la asistencia de nadie.

Se puede concluir que este requisito de autocuidado se mantiene funcionando sin dificultad en las personas adultas mayores y aunque se conoce que desde el punto de vista individual, las limitaciones con el control de esfínteres y la incapacidad de eliminar desechos corporales llegan a representar para la persona que las viven, “implicaciones físicas, psíquicas y sociales muy importantes... (García, Rodríguez y Torrojo, 2012, p. 78), pero bueno en el caso de esta población del Centro Diurno, esto no representa su realidad actual.

Sobre el requisito de mantenimiento de un equilibrio entre actividad física y descanso, mencionaron:

“No realmente actividad física, solo coloco las piernas en alto en la pared y las muevo un poco, pero últimamente me duelen las piernas por las varices, por eso no hago nada de caminar. En cuanto a dormir no tengo problemas, duermo 8

horas o más sin tomar medicamentos y durante el día hago siestas de 30min o 1 hora” (Participante 2 E.S).

“Hago ejercicio pero solo en el Centro Diurno, no acostumbro a hacerlo fuera porque el barrio es un poco peligroso y a veces venta de drogas. Para dormir no tengo problemas, duermo más de 8 horas, sin medicamentos. No hago siestas pero si reposos de 30 min” (Participante 4 E.S).

“Si me gusta caminar bastante, más los sábados y domingos. No me hace falta hacer siestas, por eso muy pocas veces lo hago. Dormir no me cuesta, duermo como 8 horas y algunos días más, pero sin necesidad de medicamentos” (Participante 6 E.S).

En las consultas hechas al personal sobre este aspecto, mencionaron que muy poco participan de las actividades diarias de ejercicios y estiramiento que realizan, algunos aducen cansancio, dolores o que no les gusta hacerlo, el personal sobre esto cree que en algunos puede ser cierto pero a otros es porque no les agrada o por pereza.

Desde mi observación, logré comprobar lo que dice el personal y muy pocos (as) personas adultas mayores no participan, haciendo referencias a algunas de las causas anteriores.

Sobre el descanso a través del sueño se puede ver que no presentan dificultad lo que les permite tener esta parte del requisito universal adecuado.

Algunas de causas que se pueden asociar a ese cansancio o negativa para realizar actividades físicas están que debido al “envejecimiento, los huesos, los músculos y las superficies articulares sufren cambios significativos que van a condicionar su autonomía” (García, Rodríguez y Toronjo, 2012, p. 79), para realizar ejercicios o actividad física. Por ello, si se debe motivar a las personas a realizar actividad física, pero esta debe adecuarse para cada individuo en particular, considerando las pausas y la intensidad, porque según García, Rodríguez y Toronjo, (2012) “no se debe olvidar que el ejercicio fortalece músculos, quema grasa, estimula al corazón y pulmones, llega más rápido sangre al cerebro, se estimula el pensamiento, se vuelven más robustos y aumenta la densidad de los huesos” (p. 79).

Adicional a esas causas fisiológicas, están las que algunas personas adultas mayores mencionaron sobre que prefieren no salir fuera de su casa porque el entorno exterior no es seguro y siente miedo de que les suceda algo, el tener un barrio que representa para la persona adulta mayor un riesgo para su integridad física, se incluye en de los determinantes sociales de la salud estructurales, dentro del contexto socioeconómico y político, este contexto incluye a las políticas sociales, donde “las condiciones del entorno en el que se vive y que afectan a la calidad de vida de las personas” (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012, p. 33).

Sin embargo, a pesar de que muchos (as) mencionaron que no realizan actividad física por alguna u otra razón, las personas adultas mayores anteriormente habían mencionado que para cuidarse realizan actividad física lo que viene a confirmar que si

conocen sobre estas prácticas para el autocuidado, pero ya en sus casos particulares si pueden y en otros no.

Finalmente, luego de conocer la realidad de las personas adultas mayores entorno a este requisito, se concluye que el patrón de sueño y descanso muy bien según mencionaron, pero lo referente a realizar ejercicio u actividad física no, por todo lo que ya fue discutido anteriormente.

En cuanto al requisito de mantenimiento del equilibrio entre soledad e interacción social, mencionaron:

“En la casa participo ayudando en cosas como lavar los platos y otros hacen otras cosas. En mi comunidad antes salía a predicar y ahora a reuniones de la iglesia. En la casa nos visitan más que todo familiares, yo no visito casa, cuando salgo es a la iglesia. Yo puedo estar sola o acompañada, no tengo problema” (Participante 2 E.S).

“Participo en actividades familiares si me invitan a algún cumpleaños o a pasar el fin de semana donde algún hijo. En cosas de la comunidad muy poco, casi no acostumbro, solo si hay algún bingo o a misa. No acostumbro andar visitando casas, mis amistades si me visitan. Si me gusta estar acompañado de personas agradables, no vulgares” (Participante 6 E.S).

Tal y como lo mencionan los participantes, esto demuestra que posee un adecuado equilibrio entre soledad e interacción social, donde sus familiares los incluyen en actividades familiares, cosas que les hacen sentir útiles. Tener redes de apoyo que les hacen sentir bien les permite tener una buena calidad de vida y fortalece su espiritualidad para tener un envejecimiento activo. Sin embargo, no se debe dejar de lado a aquellas personas adultas mayores que viven solas, o bien son aisladas en las casas por sus familiares. En relación al concepto de red de apoyo Walkers y colaboradores (1977, citado por Guzmán (2002) lo identifican como “la series de contactos personales a través de los cuales el individuo mantiene su identidad social y recibe apoyo emocional, ayuda material, servicios en información” (p. 3).

Es precisamente a través de esa interacción social donde establece contacto de comunicación con familiares o amigos, realizarlo provee al adulto mayor esa conexión con su entorno y evita ese sentimiento de soledad, es:

... precisamente la comunicación la herramienta más efectiva para enseñar, aprender y expresar finalmente el afecto hacia los seres que nos rodean y hacen parte de una red de apoyo social, determinando que tipo de relaciones interpersonales se tiene con una persona (González, 2004, citado por Lizcano, 2010, p. 37).

En relación a ésta etapa de la vida en la que se encuentra la persona adulta mayor, Erik Ericson plantea en su teoría del Desarrollo Psicosocial un ciclo completo de la vida, que es una visión de los 8 estadios psicosociales, donde “cada estadio psicosocial envuelve

una crisis y un conflicto... La crisis es considerada una oportunidad para el desarrollo del individuo, un momento de escogencia, o un momento de regresividad” Es en el “octavo estadio titulado Integridad versus Desespero-Sabiduría, donde se ubican las personas después de los 50 años”, por lo tanto se encuentran las personas adultas mayores. Es en este estadio donde en éstas personas “sobresale la sabiduría como forma de ver y sentir la vida”, se encuentra en una etapa en la que en ciertas actividades ya no produce con la misma rapidez y experimenta cambios en diversos aspectos de su vida (Bordignon, 2005, p.53, 58, 60,61). Por lo anterior, es que esa relación entre soledad e interacción social, va a depender de cómo se encuentra la persona adulta mayor en cuanto a su estado de ánimo y el apoyo que recibe de otros, para así afrontar el momento de la vida en que se encuentra de la mejor manera, aceptando los cambios inevitables que le permitan ver no obstáculos sino una forma para seguir creciendo personalmente sin importar el paso de los años.

Sobre esa inclusión de la persona adulta mayor y su familia, el personal refiere que conoce casos donde muchas veces son excluidos (as) y aislados (as), y el lugar donde se siente más acompañados es en Centro Diurno, esto según los comentarios que las mismas personas adultas mayores les hacen en ciertos momentos.

Además se le consultó sobre el requisito universal de prevención de peligros contra la vida, funcionamiento y bienestar, a lo que contestaron:

“A mí me gusta usar sandalias de fajita suave, también uso zapatos cerrados... generalmente suaves. Para cortarme las uñas mi hija me ayuda, a mí me cuesta. Utilizo lentes pero sólo para leer y ver televisión. No necesito de cosas para

caminar o moverme. No me he caído. Mi preocupación principal es mi salud, por el asma y la tiroides, pero por eso me tomo los medicamentos y voy al médico. Si siento estrés o ansiedad busco tranquilizarme. Manejo un estrés de 3 (de 1 a 10)”
(Participante 1 E.S).

“Yo uso zapatos tipo sport o tennis que son mis favoritos, los siento bien. Yo mismo me corto las uñas. Utilizo lentes todo el tiempo. No necesito de andadera para caminar, ni silla de ruedas para moverme. No me he caído. No tengo preocupación alguna, ni estrés, ni ansiedad” *(Participante 6 E.S).*

En las entrevistas realizadas al personal, mencionaron que las personas adultas mayores si utilizan un calzado adecuado, aquellos (as) que requieren utilizar el bastón lo hacen y en el Centro Diurno no han sufrido caídas, igual forma usan lentes aquellos (as) que requieren.

Del grupo focal realizado fue posible detectar una situación en una respuesta dada por uno de los participantes (participante 6 G.F.), quien refirió necesitar cambiar de lentes, pero que no sabía si le iban a alcanza con su pensión.

Durante mi observación noté que el calzado era adecuado, en su mayoría cerrado, con apariencia suave y de cuero o similares. En cuanto a la utilización de dispositivos de apoyo, sólo un par de personas lo requieren, sin embargo, otros acostumbran a apoyarse en las barandas que están colocadas en los pasillos y aquellos que deben utilizar lentes lo hacen según la indicación médica.

Puede concluirse que esta población se cuida usando calzado adecuado, cortándose las uñas de forma personal o con la ayuda de sus familiares. Son conscientes de utilizar dispositivos de seguridad si los requieren y utilizan lentes según sea el caso, y para otros su condición económica le dificulta poder adquirirlos fácilmente. Ellos (as) han sido cuidadosos para evitar las caídas o visto desde otro punto, su condición de salud les ha permitido no sufrir caídas a causa de desmayos producto de descompensaciones. Los (as) participantes refirieron en su mayoría tener un estrés muy bajo o incluso ninguno. Todas estas conclusiones permiten concretar que en se da el cumplimiento de este requisito universal en mayoría de las personas, con la salvedad del caso del participante 6 G.F. y aquellos (as) que quizás no se llegan a conocer.

Cumplir con este requisito representa para este grupo grande beneficios en su calidad de vida, y un envejecimiento activo, pero para quienes debido a su condición socioeconómica no es factible adquirir ciertos bienes como zapatos, implementos de apoyo para caminar o leer, no pueden ser encasillados como irresponsables por no usarlos, encontrarse en estas circunstancias se entiende significa que los determinantes sociales de la salud estructurales influyen en posición socioeconómica de esta persona, que viene a afectar a los determinantes sociales de la salud intermedios en la capacidad material para adquirir esas cosas que necesita para beneficiar su salud.

Finalmente, se les preguntó sobre el requisito de promoción del funcionamiento y desarrollo, humano donde mencionaron:

“Yo vengo a este lugar porque como mi hijo y nuera trabajan para no estar sola y aquí lo atienden a uno si pasa algo. Estar aquí me ayudó a no ser tan tímida y a poder interactuar con las personas (Participante 2 E.S).

Esta persona adulta mayor representa a la mayor parte de asistentes a este Centro Diurno, puesto que la principal razón que refieren para asistir es para no estar solos (as) en su casa, estar en un lugar con compañía, donde les puede ayudar y aprender cosas nuevas. Este lugar representa para ellos (as) una red de apoyo que contribuye en su envejecimiento activo.

Además de los requisitos anteriores, se tiene a los requisitos de autocuidado del desarrollo, sobre esto también se les consultó y respondieron: }

“Si tengo hábito de no comer mucho y si comer verduras, frutas. Mi salud me preocupa en cuanto a estar bien de las cosas que padezco, que es la diabetes, lumbago, dolor de rodillas y presión alta, lo bueno es que hago lo que me dicen y me tomo mis medicinas. Yo decido sobre mi vida, pero en la parte económica, porque mi hijo me ayuda. En mi familia decido pequeñeces, como correr las cortinas, pero la comida la compran ellos. Me siento productiva y activa porque hago cosas en la casa como ordenar, lavar platos y limpiar la cocina. Si considero que puedo aprender cosas nuevas. El autoexamen de seno si lo realizo en el baño, pero al papanicolaou hace años que no. Me siento contenta con la vida que llevo y realizada a mi edad porque eduqué a mis hijos” (Participante 2 E.S).

Esta adulta mayor representa a la mayor parte de personas que asisten al Centro Diurno, pues, son personas independientes y autónomas, este lugar se convierte en su segunda casa, es un red de apoyo que les da seguridad mientras están fuera de su casa, según refiere el personal, dentro de las razones por las que llegan ellos (as) es para sentir compañía y recibir la alimentación. Aunque, la mayoría posee algún tipo de pensión, además reciben la ayuda generalmente de sus hijos, o bien es este su único ingreso. Gran parte de ellos refirieron sentirse bien con si mismos (as), lo que significa que poseen un autoestima que le hace sentir bien.

Percepción que tiene las personas adultas mayores sobre el autocuidado.

En este apartado se les consultó a las personas adultas mayores, alrededor de la percepción de realizarse su propio cuidado: qué significaba, si creían qué era importante, qué les motivaba y que les desmotivaba de realizarse su autocuidado.

Ante la interrogante del significado de realizarse su propio autocuidado, algunas de las respuestas que se obtuvieron fueron:

“me siento satisfecha con lo que yo me cuido y nadie me tiene que cuidar”.

(Participante 2 E.S.).

“Significa quererme, preocuparme, significa salud”. (Participante 5 E.S.).

“Es sentir vivir, es sentirse útil”. (Participante 2 G.F.).

“Yo sé cuándo tengo que ir donde el médico, yo sé cuándo tengo que tomarme una pastilla, a donde me debo de meter y a donde no me debo de meter, yo no salgo al sol. Entonces, busco cuidarme bien, bañarme todos los días y si voy a alguna parte y veo que algo no me conviene salgo y me voy”. (Participante 4 G.F.).

“Es una bendición ser capaz de cuidarse, porque a mí no me gustaría que vistan o me den de comer, yo puedo hacerlo, igual en algunas cosas si acepto ayuda como para que me ayuden a bajar gradas”.(Participante 5 G.F.).

“Es mejor cuidarse uno, que lo cuide otro, solo cuando uno está bebé está indefenso no puede caminar, no puede comer sólo si es importante que lo cuide otro, pero ya uno grande lo tiene que hacer porque ya está grande y se puede defender” (Participante 5 G.F.).

Las múltiples respuestas anteriores reflejan a la enorme importancia que le dan ellos (as) a cuidarse por sí mismos (as), y lo que destaca su autoestima positiva, así como su autonomía, todo esto forma parte de lo que fue mencionado en otros apartados como envejecimiento activo

También a los participantes se les consultó sobre que les motivaba a realizarse su autocuidado, ante esto contestaron:

*“Poder hacerlo por mí misma y que logro ayudarme a mi salud”
(Participante 1 E.S.).*

“Saber que es en un beneficio propio y que aun soy capaz de hacerlo y no dependo de nadie, porque se que no me va a gustar que me hagan mis cosas, pero cuando eso llegue ni modo, será aceptarlo” (Participante 4 E.S.).

De acuerdo con Naranjo (2009) “la motivación como el proceso por el cual el sujeto se plantea un objetivo, utiliza los recursos adecuados y mantiene una determinada conducta, con el propósito de lograr una meta” (p. 154). Esta definición demuestra que el autocuidado representa para esta población su objetivo con el cual planean llegar a una meta que es conservar su salud, estas fueron muchas de las repuestas dadas por las personas adultas mayores.

Además se les preguntó acerca de que les desmotivaba de realizarse su autocuidado, a lo que respondieron.

*“Sentir el cansancio de los años, pero hay que luchar y salir adelante”
(Participante 1 E.S.).*

*“Que no puedo hacer el ejercicio que quisiera porque me duelen las rodillas, camino poco, pero no como se debería, por eso mismo”
(Participante 4 E.S.).*

*“Que ya me falla la vista y aunque uso lentes, creo que mejor busco cambiarlos, aunque son caros y no sé si la pensión me alcance”
(Participante 6 G.F.).*

“Sentirme cansada algunas veces y a veces me gustaría cuidar más mi casa como antes, poder barrer, limpiar o cocinar pero mi hija ya no me deja hacer algunas cosas, ya no me dejan cocinar porque dicen que es peligroso o hacer oficios tampoco”(Participante 7 G.F.).

Las desmotivaciones presentadas se orientan principalmente al hecho de que por debido a su proceso normal de envejecimiento el cuerpo experimenta cambios fisiológicos que hacen que ciertos tejidos no tengan la misma elasticidad y duelan, se disminuya la capacidad visual, entre otras cosas. Pero se debe destacar, que esto no significa que no tenga presente que es importante realizarse su propio autocuidado, lo que quedó demostrado en las definiciones dadas y las prácticas que consideran importantes para cuidarse. Por otro lado, están las familias que sobreprotegen a la persona adulta mayor, y por ello no le permiten colaborar en actividades pequeñas, si bien se puede pensar que se hace sin buscar un daño para ellos (as), a la larga puede causarles desmotivación y no beneficiar su envejecimiento activo.

Cuando se les consultó si consideraban importante realizarse su propio autocuidado y porqué, la mayor parte de las respuestas dadas fueron:

*“Si es importante, es mejor cuidarse uno mismo que sabe lo que necesita”.
(Participante 1 G.F.).*

“Si es más importante cuidarse uno solo, porque uno sabe que necesita, pero claro uno puede escuchar recomendaciones de personas que han estudiado cosas de la salud y saben en qué momento algo es mejor cambiarlo, por ejemplo dejar de comer o empezar a comer algunas cosas o bien comenzar un medicamento para mejorar”. (Participante 3 E.S.).

Queda ante todo muy claro, que las personas adultas son conscientes de la importancia de autocuidado y procuran cumplirlo, la gran mayoría. Las limitaciones físicas no deben considerarse como obstáculo para cuidarse, si bien la persona debe hacer lo que está a su alcance, pero siempre buscando hacerlo de forma independiente puesto que quien mejor sabe que necesita.

El envejecimiento activo está presente en este grupo de la población, puesto que más que asistir por asistir al Centro Diurno ahí pueden entretenerse, mantenerse activos y establecer relaciones interpersonales.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

- En cuanto la definición de autocuidado un grupo de las personas adultas mayores lo conocen de acuerdo a lo que plantea Dorothea Orem, es decir, como aquellas actividades que realizan por sí mismas para conservar su salud, bienestar y vida; pero para otro grupo de participantes este concepto es el cuidado que otros (familiares) les dan.
- Aquellas actividades que conocen las personas adultas mayores que son acciones para realizar autocuidado fueron mayormente relacionadas a actividades de la vida diaria como el aseo personal, cuidado de su aspecto físico, actividades en su contexto cultural (a través de las manualidades o lectura), de la espiritualidad por el hecho de que algunos leen la biblia y se congregan en sus iglesias, participar en las actividades del hogar, realizar actividad física, tomar las medicaciones indicadas y dormir bien, entre otros.
- Las personas adultas mayores conocen que significa no cuidarse bien, puesto que identificaron precisamente lo opuesto a su definición de autocuidado, es decir, si su concepto de autocuidado fue “cuidar mi aspecto personal yo mismo”, no cuidarse fue “descuidar mi aspecto personal”.
- En relación al conocimiento de las implicaciones de no cuidarse bien, las personas adultas mayores coincidieron con sus respuestas en que podrían

enfrentarse a una enfermedad física que deterioraría su salud e incluso les causaría la muerte si no se cuidan.

- La forma en que las personas adultas mayores lograron aprender a cuidarse se debió a lo que se conoce como el modelaje de las representaciones sociales, ya que fue en su casa (familia), escuela o trabajo donde con el tiempo aprendieron a través de la observación, indicaciones y repetidas realizaciones de actividades cómo cuidarse.
- El caso particular de no poseer escolaridad en una de las personas adultas mayores permite concluir que esta circunstancia le convierte en un persona vulnerable económica y socialmente, y afecta su autocuidado puesto que le limita a obtener y recibir información en salud únicamente de forma verbal en los servicios de salud, corre el riesgo de equivocarse en el nombre y dosis de medicamentos que le indiquen en algún momento en su vida, se le imposibilita la lectura de las etiquetas (o contenido) de alimentos que desea y son convenientes para su persona, y además refirió que ya necesita un cambio de lentes pero no le alcanza el dinero, con esto corre riesgo de sufrir caídas, riesgo de atropellos, quemaduras si cocina, comprar productos equivocados y la administración errónea de medicamentos.
- En cuanto a las prácticas de autocuidado relacionadas a una adecuada ingesta de aire presente en las personas adultas mayores se puede concluir que poseen prácticas saludables, puesto que no fuman y no refieren sentirse afectados (as) por su entorno.

- Sobre las prácticas de una adecuada ingesta de agua, la mayoría no le gusta consumirla o bien un consumo mínimo, lo que se concluye que no poseen prácticas saludables en este aspecto.

- En relación a una adecuada ingesta de alimentos las personas adultas mayores si tienen prácticas saludables, con 5 tiempos de comidas variadas y balanceadas en el Centro Diurno, aunque se desconoce sus hábitos los fines de semana o feriados.

- Sobre las prácticas en el mantenimiento de un equilibrio entre actividad física y descanso, se determinó que a una parte si les gusta mantenerse activos (as), otros que no les agrada, ya sea por alguna molestia física, cansancio o temor a ser asaltados en la calle, por lo tanto está práctica se cumple parcialmente.

- En cuanto las prácticas de mantenimiento del equilibrio entre soledad e interacción social, las personas adultas mayores poseen prácticas saludables puesto que mantienen sus espacios personales, pero disfrutan de relacionarse con sus pares iguales en el Centro Diurno y se integran a las actividades familiares.

- En relación a las prácticas de prevención de peligros contra la vida, funcionamiento y bienestar, se concluye que poseen prácticas saludables, ya que, se cuidan usando calzado adecuado, cortándose las uñas o con la ayuda de sus familiares, saben la importancia de utilizar dispositivos de seguridad si los

requieren y utilizan lentes según sea el caso, aunque para otros su condición económica le dificulta poder adquirirlos fácilmente.

- En cuanto a las prácticas sobre la promoción del funcionamiento y desarrollo, dichas prácticas son saludables, por el hecho de que asistir al Centro Diurno representan para esta población una red de apoyo que les ayuda a aprender cosas y cuidar su salud, lo que contribuye a tener un envejecimiento activo.
- Sobre la percepción de autocuidado las personas adultas mayores sienten satisfacción de poder cuidarse, significa en ellos y ellas que se quieren y se preocupan por su salud y ven como una bendición ser capaces de cuidarse.
- La principal motivación que poseen para cuidarse es saber que lo pueden hacer por si solos (as) con el fin de tener un beneficio en su salud y no depende de nadie.
- Sobre que les desmotivaba a realizarse su autocuidado, están sentir cansancio, no poder realizar el ejercicio que desea y la disminución en la capacidad visual.
- La totalidad de participantes reconoció que es muy importante realizarse su propio autocuidado puesto que cada uno (a) conoce lo que necesita y así cuidarse mejor.
- El Centro Diurno representa para la mayoría de personas adultas mayores participantes un recurso muy importante para conservar su salud, distraerse, relacionarse con otras personas de su misma edad y sentirse protegidos (as).

- Si fue posible realizar la técnica de grupo focal con las personas adultas mayores, pero se requirió realizar una adaptación que consistió en dividir un grupo de doce personas en dos sesiones de una hora y treinta minutos, lográndose con todo éxito la recolección de datos importantes para la investigación. Esto fue necesario, puesto que a los y las participantes se les dificultaba escuchar las voces de los y las demás estando en un grupo grande.

Recomendaciones

- Que futuros estudiantes de enfermería tomen en cuenta como una referencia los resultados obtenidos en esta tesis para que cuando estén realizando su trabajo final de graduación puedan utilizar esa información con el fin de: 1- plantear una práctica dirigida que busque dar educación en salud en aquellos aspectos del autocuidado que puedan ser corregidos y fortalecidos en la población adulta mayor del lugar, 2- sirva para plantear otra tesis o seminario para realizar un estudio comparativo macro con otros centros diurnos, y 3- pueda realizarse un estudio con un enfoque de género, de manera que pueda compararse el autocuidado para identificar si existen o no diferencias.
- Que los Centros Diurnos incluyan a la figura del y la profesional de enfermería, para que su función vaya más allá de la toma de presión arterial y la temperatura diaria, y además sea un recurso muy importante para la población adulta mayor para el fortalecimiento del autocuidado a través de la promoción de la salud y de paso prevenir las enfermedades y complicaciones de la salud.
- Se recomienda a la Escuela de Enfermería retomar la realización las visitas domiciliarias en el módulo de intervención con la persona adulta mayor, en compañía del o la docente correspondiente, con el objetivo brindar una intervención de enfermería integral y de esta forma para próximas investigaciones con población adulta mayor y el autocuidado resultará interesante conocer a través de dichas visitas cuáles son sus prácticas de

autocuidado y entorno, así como que conocen su familiares o cuidadores al respecto.

- Como parte del compromiso de la investigadora, es importante realizar una devolución de este documento mediante la creación de un artículo científico, de modo que sirva como insumo de conocimiento a la disciplina de enfermería, a través de la publicación en la Revista de Enfermería de la Universidad de Costa Rica y en la Revista de Colegio de Enfermeras.
- Es importante que la Escuela de Enfermería continúe incluyendo en su plan de estudios la Teoría de D. Orem, para que esta sea evaluada e interpretada en todos los grupos etarios, pero especialmente en la población adulta mayores que fue motivo de esta investigación, de forma que sean detectadas aquellas debilidades y fortalezas que poseen.
- Se recomienda a las familias y cuidadores (as) de las personas adultas mayores que asisten al Centro Diurno participante, que se involucren en la vida de ellos y ellas, estén pendientes de cómo se sienten, que necesitan y contribuyan a fomentar su salud a través del autocuidado.
- Que cada clínica o EBAIS incluya en sus compromisos de gestión indagar sobre la situación de las personas adultas mayores que hay en cada sector y que no asisten a los centros diurnos cercanos, de forma que puedan ser captados tratados de forma integral y promover que asistan a algún centro o bien justificar

así la apertura de nuevos lugares donde se les brinde un cuidado que les beneficie.

- Que la población en general reconozca que las personas adultas mayores son importantes para el país, puesto que conservan mucha experiencia y sabiduría, pero también son vulnerables en distintos aspectos debido a los cambios que inevitablemente poseen por su edad, por ello, es importante fomentar el respeto, el cuidado y buen trato en todos los escenarios de la vida donde se encuentren.

- Es necesario fortalecer la temática de autocuidado en Costa Rica a través de la figura de la profesional de Enfermería en los distintos servicios de salud y de esta forma lograr que un mayor número de personas aprendan que prácticas son importantes para conservar su salud.

Bibliografía

- Abarca R. A., Alpizar R. F., Rojas B. C. y Sibaja Q. G. (2012). *Técnicas Cualitativas de Investigación*. Editorial UCR. San José, Costa Rica.
- Agrest A. (2009). *Prevención d enfermedades y medicina preventiva*. Revista Medicina. Vol. 69. N° 3. Pp. 382-386. Buenos Aires. Recuperado de: <http://www.scielo.org.ar/pdf/medba/v69n3/v69n3a19.pdf>
- Asociación Gerontológica Costarricense (AGECO). (2009). *La participación Social y las Personas Adultas Mayores*. Gacetilla Informativa. N° 9, setiembre. Recuperado de: <http://ageco.org/sites/default/files/9.%20La%20participaci%C3%B3n%20social%20y%20las%20pe rsonas%20adultas%20mayores.pdf>
- Araya, G. A. (2012). *Calidad de la Vejez. Autocuidado de la salud*. Pontifica Universidad Católica de Chile. Recuperado de: http://adultomayor.uc.cl/docs/autocuidado_salud.pdf
- Araya G. E. y Víquez A. R. (2003). *Programa de Capacitación en el Autocuidado Dirigido a Usuarios y Cuidadores para la Atención de la Persona Adulta Mayor: Hogar para Ancianos Misión Reina de los Ángeles*. (Practica Dirigida para optar por el grado Licenciatura en Enfermería). Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.
- Arredondo H. E. (2010). *Comportamientos y Capacidad de Autocuidado de Adultos con Insuficiencia Cardiaca*. Revista Avances de Enfermería, Vol. 15, N° 1, Enero-Junio, pp. 21-30. Medellín, Colombia Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v28n1/v28n1a03.pdf>

• Baca M. B, Bastidas L. M., Aguilar M., De la Cruz N. M., Gonzáles D. M., Uriarte O. S. y Flores F. P (2008). *Nivel de Conocimientos del Diabético sobre su Autocuidado*. Revista Enfermería Global. N° 13. Junio. México. Recuperado de:

<http://revistas.um.es/eglobal/article/view/14691>

• Baltazar C., C. y García de L., R. (2009). *Nivel de Conocimientos Bioéticos en el Personal de Enfermería de un Hospital del Suereste de Veracruz* (Tesis, licenciatura, Universidad Veracruzana). Recuperado de:

<http://cdigital.uv.mx/bitstream/12345678/327/1/BaltazarCorro-GarciadeLeon.pdf>

• Banks M. (2010) *Los datos Visuales de la Investigación Cualitativa*. Editorial Morata. Madrid, España.

• Barbera N. &Inciarte A. (2012). *Fenomenología y hermenéutica: dos perspectivas para estudiar las ciencias sociales y humanas*. Universidad de Zulia. Revista Multiciencias. Vol. 12, N° 2, abril-junio, pp. 199-205. Recuperado de:

<http://www.redalyc.org/pdf/904/90424216010.pdf>

• Barrantes, E. R. (1999) *Investigación. Un Camino al Conocimiento. Un enfoque Cuantitativo y Cualitativo*. San José, Costa Rica: UNED.

• Becerra M. N. (2009). *Prevención de Accidentes en Adultos Mayores*. Revista Universitaria Medica. Vol. 50, N° 2, pp. 194-208. Universidad Javeriana. Bogotá,

Colombia. Recuperado de: <http://med.javeriana.edu.co/publi/vniversitas/serial/v50n2/5-PREVENCIÓN.pdf>

- Blasco H. T. y Otero G. L. (2008). *Técnicas Cualitativas para la Recogida de Datos en Investigación Cualitativa: La Entrevista (II)*. Revista Nure Investigación. N° 34. pp. 1-6.

Mayo- Junio 08. Recuperado de:

http://www.fuden.es/FICHEROS ADMINISTRADOR/F METODOLOGICA/formet_34.pdf

- Boggio M. (2010). *Las Prácticas de Autocuidado y Actividades de la Vida Diaria en el Adulto Mayor*. Revista de Portales Médicos. Geriátrica y Gerontológica, Enfermería.

Recuperado de: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2296/1/.html>

- Bordignon, N. (2005). *El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto*. Revista Lasallista de Investigación. Vol. 2. N° 2. Julio-diciembre.

Pp 50-63. Corporación Universitaria Lasallista. Antioquia, Colombia. Recuperado de:

<http://www.redalyc.org/pdf/695/69520210.pdf>

- Bustos M., Y., et al (2010). *Programa Educativo de Enfermería para el Autocuidado, Dirigido a las Personas Adultas Mayores que Asisten al grupo “Estrellas de Oro”, en Concepción- La Unión Durante el Año 2009*. (Práctica Dirigida para optar por el grado de Licenciatura en Enfermería). Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.

- Carmena R. R., Cervera R. P., Cruz C. J., Cruz J.A., Cuesta T. F., Foz S., Marius. Vidal C.M. (2010). *Guía de Alimentación para Personas Mayores*. Instituto Danone.

Editorial Ergon. Madrid, España. Recuperado de:
<http://www.institutodanone.es/cas/GuiaAlimentacion.pdf>

- Castillo V., G., et al. (2002). *Desarrollo de la Consulta de Consejerías de Enfermería para la Promoción del Autocuidado en Personas con Problemas de Salud: Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus Oficina de Bienestar y Salud. Sede Rodrigo Facio, Universidad de Costa Rica.*(Proyecto de Graduación para optar por el grado de Licenciatura en Enfermería). Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.
- Castro M. y Navarro Y. (2010). *Modelo de Dorothea Orem Aplicado a un Grupo Comunitario a través del Proceso de Enfermería.* Enfermería global. Revista electrónica cuatrimestral de enfermería. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n19/clinica3.pdf>
- Centro Centroamericano de Población (CCP) (2011). Indicadores demográficos: esperanza de vida 1930-2010, tasa de fecundidad 1950-2010 y tasa de mortalidad 1930-2010. San José. Recuperado de <http://ccp.ucr.ac.cr/observa/CRindicadores/evida.html>
- Centro Diurno de Atención para Ancianos San Vicente de Paul (2014). *Ayer y Hoy.* Boletín: Abril-Mayo-Junio.
- CEPAL y Naciones Unidas (2012). *Carta de San José sobre los Derechos de las Personas Mayores de América Latina y el Caribe.* Conferencia Regional

Intergubernamental sobre Envejecimiento. Costa Rica. Recuperado de:
http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/1/44901/CR_Carta_ESP.pdf

- Chaves B. C. (2009). *Programa de Capacitación de Autocuidado de la Persona Adulta Mayor Dirigido a las Organizadoras del Grupo Años de Sabiduría de la Comunidad de Tucurrique, Jiménez de Cartago*. (Práctica Dirigida para optar por el grado de Master en Gerontología). Universidad de Costa. San José, Costa Rica.

- Colegio de Enfermeras y Enfermeros de Costa Rica (2011). *Política Nacional de Enfermería 2011-2021*. 1ª Ed. San José, Costa Rica. Recuperado de:
www.enfermeria.cr/Documentos/Políticas_de_EnfermeriaEdicion1.pdf

- CONAPAM (s.f). *Ley N° 7935, Ley Integral para la Persona Adulta Mayor*. Recuperado de: <http://www.conapam.go.cr/ley7935.htm>

- CONAPAM (2013). *Envejecimiento Poblacional*. Recuperado de:
<http://www.conapam.go.cr/mantenimiento/FOLLETO%20ENVEJECIMIENTO.pdf>

- Contandriopoulos A. P. (2006). *Elementos para una “topografía” de concepto de la Salud*. Université de Montréal. Revista Interdisciplinaria de la Salud, Vol 11 No 1. Pp.86-99. Recuperado de: <http://salud.ciee.flacso.org.ar/files/flacso/Espanol/pdf/Topografia.pdf>

- Escobar J. y Bonilla F. (2009). *Grupos focales: una guía metodológica*. Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología. Vol. 9, N° 1, Pp. 51-57. Recuperado de:

http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/cuadernos_hispanoamericanos_psicologia/volumen9_numero1/articulo_5.pdf

- Estrada G. E., Miquet H. M. y Santamaría M. W. (2009). *Las Fases de Investigación Cualitativa Vinculadas al Proceso de Atención de Enfermería*. Revista Médica Electrónica. N° 31, Vol. 1, p. 1-6. Recuperado de: <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v31n1/spu06109.pdf>

- Farrar A., P. y Rojas M., P. (2012). *Perfil y Rol del y de la Profesional de Enfermería en la Atención Domiciliar Dirigida a la Persona Adulta Mayor en Borås, Suecia Durante el Periodo Comprendido entre Enero-Junio de 2011*. (Tesis de Licenciatura en Enfermería). Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.

- Fernández, A. (2010) *Efecto de una Intervención Educativa de Enfermería en el Fortalecimiento de la Capacidad de la Agencia de Autocuidado del Adulto Mayor Hipertenso Ambulatorio de Tunja- Boyacá, Colombia*. (Tesis de Doctorado en Enfermería). Universidad de Colombia. Bogotá. Recuperado de:

<http://www.bdigital.unal.edu.co/8607/1/539192.2010.pdf>

- Fernández M. (sf). *Bases Históricas y Teóricas de la Enfermería. Modelos y Teorías de Enfermería. Modelo de Dorothea Orem*. Universidad de Cantabria. Recuperado de: [http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/bases-historicas-y-teoricas-de-la-enfermeria/materiales-de-clase-1/Enfermeria-Tema11\(III\).pdf](http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/bases-historicas-y-teoricas-de-la-enfermeria/materiales-de-clase-1/Enfermeria-Tema11(III).pdf)

- Flick U. (2004). *Introducción a la Investigación Cualitativa*. 2da edición. Ediciones Morata. Madrid, España.
- Gack G. L., Sousa M. N. y Machado T. F. (2009). *Conocimiento de las Prácticas de Autocuidado en los Pies de los Individuos con Diabetes Mellitus Atendidos en una Unidad Básica de Salud*. Revista Enfermería Global. N° 17. Octubre. Pp. 1-8. Brasil. Recuperado de: <http://digitum.um.es/xmlui/handle/10201/24402>
- Galbán A., Sanso P., Díaz A., Carrasco M. y Oliva T. (2007). *Envejecimiento Poblacional y Fragilidad en el Adulto Mayor*. Revista Cubana de Salud Pública. Vol. 33, N° 1. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21433110>
- Gamboa G., et al (2002). *Programa de Capacitación y Acompañamiento Dirigido a Cuidadores de Personas Adultas Mayores en El Hogar para Ancianos San Pedro Claver de Pavas, Hogar para Ancianos de Guápiles, Centro Diurno Quintín Vargas de Tacaes de Grecia. Enero-Febrero 2002*. (Seminario de Graduación para optar por el grado de Licenciatura en Enfermería). Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.
- García C. V. 2012. *Cuidado Básicos de la Persona Adulta Mayor Dependiente*. Programa de Gerontología, Módulo 2. Editorial EUNED. San José, Costa Rica.
- García, Rodríguez y Toronjo (2012). *Enfermería Geriátrica*. Editorial Difusión de Avances de Enfermería. España.

- Garita, S. J., et al (2004). *Programa Recreativo de Enfermería para Favorecer la Construcción de un Proyecto de Vida en las Personas Adultas Mayores del Centro Gerontológico de Curridabat en el año 2004*. (Seminario de Graduación para optar por el grado de Licenciatura en Enfermería). Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.
- Gobierno de Chile (2009). *Manual del cuidado de personas mayores dependientes y con pérdida de autonomía*. Ministerio de Salud. Programa Salud del Adulto Mayor y Senama. Recuperado de:
<http://web.minsal.cl/portal/url/item/c2c4348a0dbd9a8be040010165012f3a.pdf>
- Gómez S., P. (2009) *Principios Básicos de Bioética*. Revista Peruana Ginecología y Obstetricia.; Vol. 55, pp. 230-233. Recuperado de:
http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol55_n4/pdf/A03V55N4.pdf
- Guzmán J.M. (2002). *Redes de apoyo social a las personas adultas mayores*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Santiago, Chile. Recuperado de:
<http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/7/11497/jmguzman.pdf>
- Hernández R. C. A. (2009). *Programa Educativo de Enfermería para Fortalecer el Autocuidado de las Personas con Diabetes Mellitus tipo II que Asistieron al Programa de Acondicionamiento Físico del PIAM, durante el 2009*. (Practica dirigida para optar por el grado de Licenciatura en Enfermería) Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.

- Hernández S. R., Fernández C. C. y Baptista L. M. (2010) *Metodología de la Investigación*. 5ta edición. Editorial Mc Graw-Hill, México.

- Jiménez, L. K. (2009). *Programa Educativo de Enfermería para Favorecer un Envejecimiento Exitoso para las Personas Adultas Mayores y el Personal del Hogar Pbro. David Garro, de la Asociación Integral para los Ancianos de Guácimo*, 2009. (Práctica Dirigida de Licenciatura en Enfermería). Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.

- Jiménez O. Y., Nuñez M. y Coto V. E. (2013). *La Actividad Física para el Adulto Mayor en el Medio Natural*. Intersedes: Revista de las Sedes Regionales. Vol. XIV, N° 27, pp. 168-181. Recuperado de <http://redalyc.org/articulo.oa?id=66627452009>

- Jiménez, S., F. (2009). *Envejecimiento y Calidad de Vida*. Editorial EUNED. San José, Costa Rica.

- Lacolla L. (2005). *Representaciones sociales: una manera de entender las ideas de nuestros alumnos*. Revista Electrónica de la Red de Investigación Educativa. Vol. 1, N° 3. Julio-Diciembre. Recuperado de: <http://revista.iered.org/v1n3/pdf/llacolla.pdf>

- La Gaceta Universitaria (2013). *Reglamento General del Trabajo Final de Graduación en la Universidad de Costa Rica*. N° 8. Consejo Universitario. Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica. Recuperado de: <http://www.cu.ucr.ac.cr/gacetitas/2013/a08-2013.pdf>

- La Gaceta Diario Oficial (2012). *Ley General de Control del Tabaco y sus Efectos Nocivos en la Salud N° 9028*. Poder Legislativo. Alcance Digital N° 37. La Gaceta Diario Oficial N° 61. Recuperado de:

http://www.gaceta.go.cr/pub/2012/03/26/ALCA37_26_03_2012.pdf

- Leiva, V. K et al (2012). *Capacidad de Agencia de Autocuidado en Personas Adultas con Artritis Reumatoide*. [En línea]. Rev. Enfermería Actual en Costa Rica, 22, 1-11. Recuperado de:

<http://www.revistas.ucr.ac.cr/index.php/enfermeria/article/view/3553/3455>

- Lizcano D. C. (2010). *Fortalecimiento de los Lazos Afectivos entre los Adultos Mayores del C.B.A. de Florida Blanca y su Familia*. Universidad Pontificia Bolivariana. Facultad de Psicología. Bucaramanga. Recuperado de:

http://repository.upb.edu.co:8080/jspui/bitstream/123456789/950/1/digital_19675.pdf

- Martin, C. y Salamanca, C. (2007). *El Muestreo en la Investigación Cualitativa*. Departamento de Investigación de FUDEN. Nure Investigación, n° 27, Marzo-Abril 07. Recuperado de:

http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/F_METODOLOGICA/FMetodologica_27.pdf

- Martínez S. C. (2012). *El Muestreo en Investigación Cualitativa. Principios Básicos y Algunas Controversias*. Revista Ciência & Saúde de Coletiva. N° 17, Vol. 3. pp. 613-619.
Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n3/v17n3a06.pdf>
- Mauk K. L., (2008). *Enfermería Geriátrica. Competencias Asistenciales*. Editorial McGrawHill. España.
- Marriner T. A. y Raile A. M. (1999). *Modelos y Teorías en Enfermería*. 4ta Edición. Editorial Mosby y Daym.
- Mendioca, G. (2003) *Sobre Tesis y Tesistas Lecciones de Enseñanza – Aprendizaje*. 1ra Edición. Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Millán, M. I. (2010). *Evaluación de la Capacidad y Percepción de Autocuidado del Adulto Mayor en la Comunidad*. Revista Cubana de Enfermería 26 (4) 222-234.
Recuperado de:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192010000400007
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2012). *Guía metodológica para integrar la equidad en las estrategias, programas y actividades de salud*. Madrid, España.
Recuperado de:
http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/jornadaPresent_Guia2012/docs/Guia_metodologica_Equidad_EPAs.pdf

- Naciones Unidas (2011). *Envejecimiento Poblacional*. América Latina y el Caribe Observatorio Demográfico. Año VI. N° 12. Octubre 2011. Recuperado de: http://www.cepal.org/publicaciones/xml/2/46772/OD12_WEB.pdf
- Naranjo P. M.L. (2009). *Motivación: perspectivas teóricas y algunas consideraciones de su importancia en el ámbito educativo*. Revista Educación. Vol. 33. N° 2. Pp. 153-170. Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica. Recuperado de: <http://www.revistas.ucr.ac.cr/index.php/educacion/article/viewFile/510/525>
- Orem. D. (1983). *Normas Prácticas en Enfermería*. Ed. Pirámide, S.A. Madrid.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1986). *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. Ginebra. Recuperado de: http://www.paho.org/saludyuniversidades/index.php?option=com_content&view=article&id=5:health-promotion-ottawa-charter&Itemid=12&lang=es
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2014). *Determinantes sociales de la salud*. Recuperado de: http://www.who.int/social_determinants/es/
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2002). *Envejecimiento activo: un marco político*. Grupo Orgánico de Enfermedades No transmisibles y Salud Mental. Revista de Española Geriatria y Gerontología. Vol. 37. Suplemento 2. Pp. 74-105. Recuperado de: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/oms-envejecimiento-01.pdf>

- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1998). *Promoción de la Salud. Glosario*. Recuperado de: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2007). *Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas*. Washington, D.C. Recuperado de: http://www1.paho.org/spanish/AD/THS/OS/APS_spa.pdf
- Ortiz A. J.B. y Castro S. M. (2009). *Bienestar Psicológico de los Adultos Mayores, su Relación con la Autoestima y la Autoeficacia. Contribución de Enfermería*. *Revistas Ciencias y Enfermería*. Vol. XV. N° 1. Pp. 25-31. Recuperado de: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v15n1/art04.pdf>
- Papalia D. E., Wendkos O. S. y Dunski F., R. (2010). *Desarrollo Humano*. 11a Edición. Editorial Mc Graw Hill Educación. Mexico.
- Peñarrieta, I. (2004). *Introducción a la investigación cualitativa*. Editorial ETM. México.
- Porra C., J. (s.f.) *Aplicación de los Principios Bioéticos en la Calidad de la Atención de Enfermería*. Recuperado de: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/williamsoler/etica_en_enfermeria.pdf

- Ramírez, A. V. (2009). *La Teoría del Conocimiento en Investigación Científica: Una Visión Actual*. Revista Anales de la Facultad de Medicina, de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú. Vol. 70, N° 3, pp. 217-224. Recuperado de:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=37912410011>
- Ramírez, M. N. (2008) “*Calidad de Vida en la Tercera Edad*” ¿Una Población Subestimada por Ellos y por su Entorno? (Tesis de Licenciatura en Trabajo Social) Universidad de Cuyo, Mendoza, Argentina. Recuperado de:
<http://www.fcp.uncu.edu.ar/upload/calidad%20de%20vida%20en%20la%20tercera%20edad.pdf>
- Real Academia Española (RAE) (2014). Definición de Practicar. Diccionario de la Lengua Española. Edición 23. Editorial Epasa Libros, S.L.U. España Recuperado de:
<http://lema.rae.es/drae/?val=practica>
- Rivero N, Niurys M, González M, Núñez M, Hornedo I, Rojas M. (2007). *Valoración Ética del Modelo de Dorothea Orem*. Revista Habanera de Ciencias Médicas. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2007000300012
- Rodríguez G, G., Gil F, J., García J., E. (1999) *Metodología de la Investigación Cualitativa*. 2da Edición. Málaga. Ediciones ALJIBE, S.L.

- Rodríguez M. M. (2009). *Representación social de la prevención de enfermedades en la atención primaria de salud*. Revista Cubana de Medicina General Integral. Vol. 25. N° 3. Pp. 55-66. Recuperado de: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v25n3/mgi07309.pdf>
- Sanabria F. P.A. (2011). *Reflexiones alrededor del concepto de promoción de la salud y prevención de la enfermedad*. Revista Med. Vol. 19. N° 1. Pp. 112-113. Universidad Militar Nueva Granada. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=91022534013>
- Sanabria H. N. (2009). *Conocimientos, Prácticas y Percepciones que Tienen las Mujeres de 20 a 50 Años de Edad para Realizarse la Citología Vaginal o PAP en el EBAIS de San Diego de la Unión en los Meses de Marzo a Abril, 2010*. (Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Enfermería). Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.
- Sánchez G. I. y Pérez M. V. (2008). *El Funcionamiento Cognitivo en la Vejez: Atención y Percepción del Adulto Mayor*. Revista Cubana de Medicina General Integral. Ciudad de la Habana. Vol. 24, N° 2, pp-0-0. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252008000200011&script=sci_arttext
- Sequeira D. D. (2011). *La Soledad en las Personas Mayores: Factores Protectores y de Riesgo. Evidencias Empíricas en Adultos Mayores Chilenos*. (Tesis de doctorado en Gerontología social) Universidad de Granada, España. Recuperado de: <http://hera.ugr.es/tesisugr/2075887x.pdf>

- Tabloski P. (2010). *Enfermería Gerontológica*. 2da edición. Editorial Pearson Educación. España.
- Tobón C. O. (s.f.) *El Autocuidado. Una habilidad para Vivir*. Universidad de Caldas. Recuperado de: http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%208_5.pdf
- Umaña Q. M. y Umaña M. C. (2004). *Modelo de Orientación Dirigido a Personas Adultas Mayores Mórbidas, Hipertensas y/o Diabéticas y Familia*. Santa Rosa, Santo Domingo, Heredia. (Práctica Dirigida de Licenciatura en Enfermería). Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.
- Universidad de Costa Rica (UCR) y Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM) (2008). *I Informe de Estado de Situación de la Persona Adulta Mayor en Costa Rica*. Recuperado de: <http://www.conapam.go.cr/ESPAM/espam.html>
- Vargas Ch., M y Cortés V., G. (2010). *Una Reflexión sobre Valores y Principios Bioéticos en la Práctica de Enfermería*. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica. 18 (1-2) pp. 43-45. Recuperado de http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2010/en101_2i.pdf
- Vega J., Solar O. e Irwin A. (s.f.) *Equidad y determinantes sociales de la salud: conceptos básicos, mecanismos de producción y alternativas de acción*. Determinantes sociales de la salud en Chile. Recuperado de: http://cursos.campusvirtualsp.org/pluginfile.php/3225/mod_resource/content/0/Curso_DSS_11/equidad_DSS_conceptos_basicos.pdf

- Villar, E. (2007). *Los Determinantes Sociales de Salud y la Lucha por la Equidad en Salud: Desafíos para el Estado y la Sociedad Civil*. Vol.16, N°.3, pp. 7-13. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v16n3/02.pdf>
- Villar, E. (2007). *Los Determinantes Sociales de la Salud: perspectivas para la acción*. Investigación Científica y Política Públicas en Salud: Memoria de las Primeras Jornadas Científicas en Salud Pública. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú. Recuperado de: http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1054_SP113.pdf
- Wachtel T. y Fretwell M. (2009). *Guía práctica para la asistencia del paciente geriátrico*. 3era Edición. Editorial Elsevier Masson. España.
- Wilkinson R. y Marmot M. (2003). *Determinantes sociales de la salud. Los hechos irrefutables*. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd90/1008WILdet.pdf>

ANEXOS

Anexo 1: Carta de solicitud de permiso con sello y firma de la institución.



27 de Septiembre de 2013
EE-TFG-1787-13

Bachiller
Boris Zúñiga Vilalobos
Administradora
Centro Diurno de Tibás
San Vicente de Paul

Estimada señora Zúñiga:

Le saludo muy cordialmente, y a su vez le solicito permiso para que una estudiante realice su Trabajo Final de Graduación para obtener el grado de Licenciatura en Enfermería en la Universidad de Costa Rica.

La postulante que lo elaborara es:

Nombre	Cedula	Carne	Teléfono	Correo electronico
Joscelyn Álvarez Moraga	5 0345 0016	A30270	8315-5871	joscelyn.al@gmail.com jobe4@hotmail.com

La Tesis lleva por nombre: "Conocimientos, prácticas y percepciones sobre autocuidado en las personas adultas mayores. Asociación Centro de Atención Diurno de Ancianos de Tibás, San Vicente Paúl, 2014".

Objetivo General

Analizar los conocimientos, las prácticas y las percepciones sobre autocuidado en las personas adultas mayores que asisten a la Asociación Centro de Atención Diurno de Ancianos de Tibás, San Vicente Paúl, 2014.

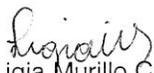
Objetivos Específicos

- Identificar los conocimientos sobre autocuidado que poseen los adultos y las adultas mayores que asisten a la Asociación Centro de Atención Diurno de Ancianos de Tibás, San Vicente Paúl.
- Identificar las prácticas cotidianas sobre el autocuidado que tienen los adultos y las adultas mayores que visitan la Asociación Centro de Atención Diurno de Ancianos de Tibás, San Vicente Paúl.
- Identificar la que percepción tienen los adultos y las adultas mayores que se reúnen en la Asociación Centro Atención Diurno Ancianos De Tibás San Vicente Paúl, sobre el autocuidado como estrategia para la conservación de la salud.

Cabe mencionar que la estudiante cuenta con el apoyo de un comité asesor y será guiada en todo momento por el mismo, si tiene alguna duda o inquietud puede comunicarse al 2511-2094.

Le agradezco de antemano su fina colaboración para poder desarrollar esta investigación.

Atentamente,


M.Sc. Ligia Murillo Castro
Directora

cc. Archivo



Recibido 9-oct-13

Boris Zúñiga

Anexo 2: Carta de aprobación de la institución

Asociación Centro Diurno de Atención para Ancianos

SAN VICENTE DE PAUL

San Juan de Tibás - Apartado 834-1100 Tibás - Teléfono: 2240-7274 • Telefax: 2240-5678

Tibás, 10 de octubre del 2013

Señora:
M.Sc. Ligia Murillo Castro
Universidad de Costa Rica
Pte.

Estimada señora:

Reciba un cordial saludo de parte del Centro Diurno San Vicente de Paúl.

Para nosotros es un gusto autorizar a la estudiante Joscelyn Álvarez Moraga, cédula de identidad 5-03345-0016; carné A30270, de la carrera de Licenciatura en enfermería que usted refiere para que realice el trabajo final en nuestra institución.

Sin otro particular, me despido de usted cordialmente.

Atentamente,



Doris Zúñiga Villalobos
Coordinadora General



Anexo 3: Consentimiento informado de la entrevista semiestructurada a las personas adultas mayores

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN

COMITÉ ÉTICO CIENTIFICO

Teléfonos:(506) 2511-4201 Telefax: (506) 2224-9367

Escuela de Enfermería

Facultad de Medicina



FÓRMULA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Trabajo Final de Graduación

Tesis: Conocimientos, Prácticas y Percepciones sobre Autocuidado en las Personas Adultas Mayores. Asociación Centro de Atención Diurno de Ancianos de Tibás, San Vicente Paúl, 2014.

Directora de Tesis: M.S.c. Rosa Granados Font

Investigadora: Joscelyn Álvarez Moraga, estudiante de enfermería de 4to año, Universidad de Costa Rica

A. PROPÓSITO DEL PROYECTO: Este proyecto tiene por objetivo investigar acerca de los conocimientos, prácticas y percepciones que tienen las personas adultas mayores de la Asociación Centro Diurno de Atención para Ancianos San Vicente de Paul, San Juan de Tibás, en el año 2014.

B. ¿QUÉ SE HARÁ?: Se les aplicará un instrumento tipo cuestionario bajo la modalidad de una entrevista semiestructurada, donde se buscará saber sus conocimientos, práctica y percepciones sobre autocuidado. Una vez obtenida la información se procederá a analizar los resultados para ser presentados en el informe final de la tesis.

C. RIESGOS:La participación en este estudio no representará riesgo de ningún para su persona, debido a que la información será obtenida de forma confidencial. Sin embargo, la información que sea recopilada formará parte de los resultados de la investigación, estando presente la posibilidad de una publicación pero siempre conservando el anonimato de los y las participantes.

D. BENEFICIOS: Con su participación en ese proyecto, no obtendrá un beneficio directo, sin embargo, la investigadora logrará aprender sobre la realidad con el autocuidado que tienen las personas adultas mayores y con este conocimiento pueden verse beneficiadas otras personas en el futuro.

E. Antes de dar su autorización para ser incluido (a) en esta investigación usted debe haber hablado con Joscelyn Álvarez Moraga sobre este estudio y ella debe haber contestado de forma satisfactoria sus consultas.

F. Su participación en este proyecto es voluntaria y puede renunciar a el en el momento que desee.

Comité Ético Científico _____
Universidad de Costa Rica

- G.** La información que usted brinde es totalmente confidencial, sin embargo, los resultados de podrían aparecer en publicaciones científicas, donde su nombre no será divulgado, es decir los datos serán tratados de forma anónima.
- H.** No perderá ningún derecho legal por firmar este documento.
- I.** Cualquier consulta adicional puede comunicarse a la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica **a los teléfonos 2511-3711 ó 2511-3519**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 4 p.m.

CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha leído, toda la información descrita en esta fórmula, antes de firmarla se me ha brindó la oportunidad de hacer preguntas y éstas fueron contestadas adecuadamente. Por lo tanto, accedo a participar como sujeto de investigación en este estudio.

Nombre, cédula y firma de la persona participante fecha

Nombre, cédula y firma de la investigadora que solicita este consentimiento fecha

NUEVA VESIÓN FCI- APROBADO EN SESIÓN DEL COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO (CEC) NO. 149
REALIZADA 4 JUNIO DE 2008
CELM-Form.Consent-Inform 06-08

Comité Ético Científico _____
Universidad de Costa Rica

**Anexo 4: Consentimiento informado del grupo focal a las personas
adultas mayores**

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN

COMITÉ ÉTICO CIENTIFICO

Teléfonos:(506) 2511-4201 Telefax: (506) 2224-9367

Escuela de Enfermería
Facultad de Medicina

FÓRMULA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Trabajo Final de Graduación

Tesis: Conocimientos, Prácticas y Percepciones sobre Autocuidado en las Personas Adultas Mayores. Asociación Centro de Atención Diurno de Ancianos de Tibás, San Vicente Paúl, 2014.

Directora de Tesis: M.S.c. Rosa Granados Font

Investigadora: Joscelyn Álvarez Moraga

Nombre del participante 1: _____

Nombre del participante 2: _____

Nombre del participante 3: _____

Nombre del participante 4: _____

Nombre del participante 5: _____

Nombre del participante 6: _____

Nombre del participante 7: _____

Nombre del participante 8: _____

Nombre del participante 9: _____

Nombre del participante 10: _____

Nombre del participante 11: _____

Nombre del participante 12: _____

Nombre del participante 13: _____

Nombre del participante 14: _____

J. PROPÓSITO DEL PROYECTO: Este proyecto tiene por objetivo investigar acerca de los conocimientos, prácticas y percepciones que tienen las personas adultas mayores de la Asociación Centro Diurno de Atención para Ancianos San Vicente de Paul, San Juan de Tibás, en el año 2014.

K. ¿QUÉ SE HARÁ?: Se realizar un grupo focal con la participación de 10 a 14 personas adultas mayores. Para lograr la fluidez necesaria durante el desarrollo de esta actividad, evitar interrupciones con anotaciones y así recopilar de manera más exacta su respuesta, se solicita su autorización para grabar su voz con una grabadora de audio. Una vez obtenida la información se procederá a analizar los resultados para ser presentados en el informe final de la tesis.

L. RIESGOS: La participación en este estudio no representará riesgo de ningún para su persona, debido a que la información será obtenida de forma confidencial. Sin embargo, la información que sea recopilada formará parte de los resultados de la investigación, estando presente la posibilidad de una publicación pero siempre conservando el anonimato de los y las participantes.

M. BENEFICIOS: Con su participación en ese proyecto, no obtendrá un beneficio directo, sin embargo, la investigadora logrará aprender sobre la realidad con el autocuidado que tienen las personas adultas mayores y con este conocimiento pueden verse beneficiadas otras personas en el futuro.

N. Antes de dar su autorización para ser incluido (a) en esta investigación usted debe haber hablado con Joscelyn Álvarez Moraga sobre este estudio y ella debe haber contestado de forma satisfactoria sus consultas.

O. Recibirá una copia de esta fórmula firmada para su uso personal.

P. Su participación en este proyecto es voluntaria y puede renunciar a el en el momento que desee.

Q. La información que usted brinde es totalmente confidencial, sin embargo, los resultados de podrían aparecer en publicaciones científicas, donde su nombre no será divulgado, es decir los datos serán tratados de forma anónima.

R. No perderá ningún derecho legal por firmar este documento.

S. Si quisiera más información más adelante, puedo obtenerla llamando a Joscelyn Álvarez Moraga al teléfono 2297-6298 en el horario: lunes a viernes de 5pm a 7pm. Además, puede consultar sobre los derechos de los Sujetos Participantes en Proyectos de Investigación al CONIS –Consejo Nacional de Salud del Ministerio de Salud, teléfonos 2233-3594, 2233-0333 extensión 292, de lunes a viernes de 8 a.m. a 4 p.m. Cualquier consulta adicional puede comunicarse a la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica **a los teléfonos 2511-3711 ó 2511-3519**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 4 p.m.

CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha leído, toda la información descrita en esta fórmula, antes de firmarla se me ha brindó la oportunidad de hacer preguntas y éstas fueron contestadas adecuadamente. Por lo tanto, accedo a participar como sujeto de investigación en este estudio.

1 Nombre, cédula y firma de la persona participante fecha

2 Nombre, cédula y firma de la persona participante fecha

3 Nombre, cédula y firma de la persona participante fecha

4 Nombre, cédula y firma de la persona participante fecha

5 Nombre, cédula y firma de la persona participante fecha

6 Nombre, cédula y firma de la persona participante fecha

7 Nombre, cédula y firma de la persona participante fecha

8 Nombre, cédula y firma de la persona participante fecha

9 Nombre, cédula y firma de la persona participante fecha

10 Nombre, cédula y firma de la persona participante fecha

11 Nombre, cédula y firma de la persona participante fecha

12 Nombre, cédula y firma de la persona participante fecha

13 Nombre, cédula y firma de la persona participante fecha

14 Nombre, cédula y firma de la persona participante fecha

Nombre, cédula y firma de la investigadora que solicita este consentimiento fecha

NUEVA VESIÓN FCI- APROBADO EN SESIÓN DEL COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO (CEC) NO. 149 REALIZADA 4 JUNIO DE 2008
CELM-Form.Consent-Inform 06-08

Anexo 5: Consentimiento informado de la entrevista semiestructurada al personal del Centro Diurno

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN

COMITÉ ÉTICO CIENTIFICO

Teléfonos:(506) 2511-4201 Telefax: (506) 2224-9367

Escuela de Enfermería
Facultad de Medicina

FÓRMULA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Trabajo Final de Graduación

Tesis: Conocimientos, Prácticas y Percepciones sobre Autocuidado en las Personas Adultas Mayores. Asociación Centro de Atención Diurno de Ancianos de Tibás, San Vicente Paúl, 2014.

Directora de Tesis: M.S.c. Rosa Granados Font

Investigadora: Joscelyn Álvarez Moraga

Nombre del participante: _____

T. PROPÓSITO DEL PROYECTO: Este proyecto tiene por objetivo investigar acerca de los conocimientos, prácticas y percepciones que tienen las personas adultas mayores de la Asociación Centro Diurno de Atención para Ancianos San Vicente de Paul, San Juan de Tibás, en el año 2014.

U. ¿QUÉ SE HARÁ?: Se le aplicará un instrumento tipo cuestionario bajo la modalidad de una entrevista semiestructurada, a usted como trabajador, trabajadora, voluntario o voluntaria del centro diurno, se buscará saber sus conocimientos y percepciones sobre autocuidado, así como desde su perspectiva como realizan las personas adultas mayores las prácticas de autocuidado. Una vez obtenida la información se procederá a analizar los resultados para ser presentados en el informe final de la tesis.

V. RIESGOS: La participación en este estudio no representará riesgo de ningún para su persona, debido a que la información será obtenida de forma confidencial. Sin embargo, la información que sea recopilada formará parte de los resultados de la investigación, estando presente la posibilidad de una publicación pero siempre conservando el anonimato de los y las participantes.

W. BENEFICIOS: Con su participación en ese proyecto, no obtendrá un beneficio directo, sin embargo, la investigadora logrará aprender sobre la realidad con el autocuidado que tienen las personas adultas mayores y con este conocimiento pueden verse beneficiadas otras personas en el futuro.

X. Antes de dar su autorización para ser incluido (a) en esta investigación usted debe haber hablado con Joscelyn Álvarez Moraga sobre este estudio y ella debe haber contestado de forma satisfactoria sus consultas.

Y. Recibirá una copia de esta fórmula firmada para su uso personal.

Z. Su participación en este proyecto es voluntaria y puede renunciar a el en el momento que desee.

AA. La información que usted brinde es totalmente confidencial, sin embargo, los resultados de podrían aparecer en publicaciones científicas, donde su nombre no será divulgado, es decir los datos serán tratados de forma anónima.

BB. No perderá ningún derecho legal por firmar este documento.

CC. Si quisiera más información más adelante, puedo obtenerla llamando a Joscelyn Álvarez Moraga al teléfono 2297-6298 en el horario: lunes a viernes de 5pm a 7pm. Además, puede consultar sobre los derechos de los Sujetos Participantes en Proyectos de Investigación al CONIS –Consejo Nacional de Salud del Ministerio de Salud, teléfonos 2233-3594, 2223-0333 extensión 292, de lunes a viernes de 8 a.m. a 4 p.m. Cualquier consulta adicional puede comunicarse a la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica **a los teléfonos 2511-3711 ó 2511-3519**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 4 p.m.

CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha leído, toda la información descrita en esta fórmula, antes de firmarla se me ha brindó la oportunidad de hacer preguntas y éstas fueron contestadas adecuadamente. Por lo tanto, accedo a participar como sujeto de investigación en este estudio.

Nombre, cédula y firma de la persona participante fecha

Nombre, cédula y firma del testigo fecha

Nombre, cédula y firma de la investigadora que solicita este consentimiento fecha

NUEVA VESIÓN FCI- APROBADO EN SESIÓN DEL COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO (CEC) NO. 149 REALIZADA 4 JUNIO DE 2008
CELM-Form.Consent-Form 06-08

**Anexo 6: Entrevista Semiestructurada Realizada a las Personas Adultas
Mayores**

Universidad de Costa Rica
Facultad de Medicina
Escuela de Enfermería

**Tesis: Conocimientos, Prácticas y Percepciones sobre Autocuidado
en las Personas Adultas Mayores que asisten a la Asociación Centro
Diurno de Ancianos, San Vicente de Paul, San Juan de Tibás.**

Estudiante: Joscelyn Álvarez Moraga

**ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA PARA IDENTIFICAR LOS
CONOCIMIENTOS, LAS PRÁCTICAS Y LAS PERCEPCIONES
SOBRE AUTOCUIDADO EN LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES**

El presente instrumento tiene por objetivo obtener información relacionada los conocimientos, prácticas y percepciones que tienen las personas adultas mayores que asisten a la Asociación Centro Diurno de Ancianos San Vicente de Paul en relación al autocuidado.

Instrucciones: El presente instrumento consiste en una guía de entrevista, la cual se divide en tres partes y será aplicada por la estudiante de Enfermería encargada del proyecto y será contestado por las personas que deseen voluntariamente participar.

Se solicita amablemente su cooperación contestando lo que se le solicita y se le comunica que la información que brinde será confidencial.

Fecha de entrevista: _____

I PARTE: Información general

1- Edad: _____

2- Sexo:

Masculino ()

Femenino ()

3- Estado Civil:

() Soltero (a)

() Unión Libre

() Casado (a)

() Divorciado (a)

() Viudo (a)

- 4- Nacionalidad: _____
- 5- Lugar de procedencia: _____
- 6- A donde vive actualmente: _____
- 7- La casa donde habita es: Propia () Alquilada () Prestada () Compartida ()
- 8- En su hogar cuenta con los siguientes servicios:
 () Agua potable () Electricidad () Teléfono () Refrigerador () Carro
 () Baño con sanitario • Cocina: () Eléctrica () Leña () Gas
- 9- Con quien (es) vive en su hogar: _____
- 10- Religión: _____

II PARTE: Formación académica

- 11- Último grado académico alcanzado:
 Sin escolaridad---- Lee y escribe: SI ___ NO ___
 Primaria () Incompleta () Completa
 Secundaria () Incompleta () Completa
 Universitaria () Incompleta () Completa

12- Profesión u Oficio Actual: _____

- 13- ¿Cuál es su fuente económica de ingreso?
 Pensión: () Si () No. Si su respuesta es positiva favor anotar:
 I.V.M. C.C.S.S. ()
 Ministerio de Hacienda ()
 Magisterio ()
 Régimen no contributivo ()
 Otra fuente de ingreso () Mencionar: _____

III PARTE: Conocimientos, Prácticas y Percepciones

Conocimientos:

- 14- ¿Defina que es para usted autocuidado?

15- ¿Qué actividades realiza usted para cuidarse a sí mismo (a)?

16- ¿Qué es para usted no cuidarse bien?

17- ¿Que puede causar/que sucede al no cuidarse bien?

Prácticas:

Requisitos de Autocuidado Universales:

A- Ingesta de Aire

18- ¿Cómo se siente cuando respira?, ¿posee alguna dificultad para respirar?

19- ¿Fuma actualmente o fumó hace algún tiempo?

20- ¿Cómo está la ventilación de su casa? ¿el aire puede entrar y salir?

21- ¿Cerca de su casa hay algún tipo de mal olor por basura, aguas negras, humo de carro o fabricas?

22- El lugar donde vive posee alrededor:

Áreas Verdes ____ Lugares cercanos de recreación (parques, plazas, etc) ____

23- ¿Cuáles características posee su vecindario (factores de riesgo y protección)?

FACTORES DE RIESGO	FACTORES DE PROTECCIÓN

24- Ingesta de Agua:

¿Acostumbra a tomar agua? Si lo hace, ¿Cuántos vasos? ¿Cada cuánto, durante el día o la semana?

¿Acostumbra a tomar otro tipo de líquido? Si lo hace, ¿Qué líquido es y cuántos vasos? ¿Cada cuánto, durante el día o la semana?

B- Ingesta de Alimentos:

25- ¿Cuántas veces come al día?

26- ¿Tiene algún problema en la boca, garganta o manos que le dificulten comer?
NO___ SI___ Indique

27- Tiene problemas con las prótesis dentales que le dificulten comer? NO___ SI___
Indique

28- ¿Cuándo no viene al Centro Diurno, cuántas veces al día come?

29- ¿Quién prepara la comida que usted consume en su casa?

30- ¿Cuándo está en su casa con quien come?

31- En relación a los siguientes alimentos:

Alimento	Le gusta		Frecuencia semanal
	Si	No	
Leche/ yogurt			
Vegetales (ensaladas, picadillos)			
Frutas			
Cereales y verduras harinosas			
Proteínas (carne, queso, huevos, embutidos)			
Grasas (margarina, mayonesa, queso crema)			
Azúcares (postres, repostería, golosinas)			
Alimentos fritos (papas, carnes, plátanos)			
Comida rápida			
Refrescos envasados (gaseosas o de frutas)			
Alimentos de paquete (picasitas)			

32- ¿Consumen usted sustitutos de azúcar o sal?

33- ¿Debe alimentarse con alguna dieta especial? Si es así mencione ¿Por qué y en que consiste la dieta?

34- ¿Cuáles alimentos puede y cuales no puede comer?

C- Eliminación urinaria e intestinal:

35- ¿Cuántas veces defeca durante el día/semana?

36- ¿Tiene algún malestar, dolor o dificultad al defecar? NO ___ SI ___ Indique

37- ¿Toma algún medicamento que le ayude a defecar? NO ___ SI ___ Indique

38- ¿Cuántas veces orina durante el día?

39- ¿Tiene algún malestar, dolor o dificultad al orinar o para contener la orina? NO ___
SI ___ Indique

D- Actividad Física y Descanso:

40- ¿Realiza alguna actividad física? Si es así, mencione: ¿Cuál actividades y con qué frecuencia la realiza? No lo realiza, menciones por qué?

41- ¿Posee alguna limitación para realizar actividad física?

42- ¿Acostumbra a realizar siestas o reposos durante el día?

43- ¿Posee alguna dificultad para conciliar el sueño? NO ___ SI ___ Indique

44- ¿A qué hora se acuesta a dormir en la noche?

45- ¿A qué hora se levanta por la mañana?

46- Se levanta en las noches después de acostarse? NO ___ SI ___ Indique

47- ¿Toma algún medicamento que le ayude a dormir?

E- Soledad e Interacción Social:

48- ¿Acostumbra a participar en actividades familiares? Si es así: mencione en cuales.
No es así: menciones porqué.

49- ¿Asiste a actividades de su comunidad? Si es así: mencione en cuales. No es así:
menciones porqué.

50- ¿Acostumbra a asistir a reuniones de grupos amigos o amigas, o bien los invita a
visitar su casa?

51- ¿Le gusta estar solo (a) o con compañía?

52- ¿Se disgusta fácilmente ante la presencia de alguna persona?

53- ¿Usted tiene una persona de confianza con quien compartir sus inquietudes?

NO ___ SI ___ ¿Quién?

F- Prevención de Peligros contra la Vida, funcionamiento y bienestar:

54- ¿Qué tipo de calzado acostumbra a usar? ¿Describa cómo se siente al usarlos?

55- ¿Acostumbra a cortarse las uñas de manos y pies por usted mismo (a)?

56- ¿Necesita utilizar lentes para ver? ¿Los usa todo el tiempo?

57- ¿Necesita usar alguna ayuda técnica para su movilización? ¿Lo usa siempre?

58- ¿En su casa hay escaleras o gradas?

59- ¿Le ha sucedido algún accidente en su casa? Si es así mencione lo que sucedió.

60- Usted necesita ayuda para:

Vestirse Bañarse Comer Usar el servicio sanitario Caminar
Comunicarse Manejar su dinero y bienes

61- Se cae usted: Muy seguido De vez en cuando Casi nunca Nunca
(pasar a la 63)

62- ¿Cuándo fue la última vez que se cayó? _____ ¿Cómo se cayó?

63- ¿Cuál es su principal preocupación en este momento?

64- Cómo cree usted que repercute esa preocupación en su salud?

65- ¿Cuando está preocupada (o) qué hace para disminuir su preocupación?

66- ¿Del 1 al 10 cuánto estrés cree que maneja en su vida cotidiana?

G- Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de grupos sociales:

67- ¿Por qué razón asiste usted a este Centro Diurno?

68- ¿Siente que asistir a este Centro Diurno le ha permitido desarrollarse como persona?
Mencione en que cosas le ha ayudado

69- ¿Se considera una persona capaz de trabajar en equipo?

Requisitos de Autocuidado del Desarrollo

70- ¿Acostumbra a tener hábitos de vida saludable? Si es así menciones que cosas realiza.

71- ¿Siente que su salud le preocupa?

72- ¿Cada cuánto asiste revisión con el dentista?

73- ¿Cada cuánto asiste a control con el médico?

Frecuencia en que asiste: 1 vez al mes () Cada tres meses () Cada 6 meses () Cada año ()
Casi nunca ().

Padecimientos/enfermedades actuales:

74- Medicamentos que usa regularmente

75- ¿Se siente capaz de decidir sobre su vida? ¿Qué decisiones toma?

76- ¿Toma usted decisiones en su familia? ¿Cuáles?

77- ¿Se considera usted una persona activa y productiva? ¿Porque? ¿Qué cosas hace?

78- ¿Se siente capaz de aprender cosas nuevas? NO ____ SI ____ Indique que

79- ¿Acostumbra a realizarse en autoexamen de mamas y papanicolaou, o de testículos y de próstata? ¿Cada cuánto?

80- ¿Cómo se siente con la vida que lleva?

81- ¿Cómo se siente actualmente como persona adulta mayor?

82- ¿Cómo se siente con su vida espiritual?

Percepciones:

83- ¿Qué significa para usted realizarse su propio autocuidado?

84- ¿Qué le motiva a realizarse su propio autocuidado?

85- ¿Qué le desmotiva a realizarse su propio autocuidado?

86- ¿Considera que es importante realizarse su propio autocuidado? ¿porqué?

Muchas Gracias!!!

Anexo 7: Observación Cualitativa

Guía de Observación Cualitativa sobre las Prácticas de Autocuidado en las Personas Adultas Mayores que Asisten a la Asociación Centro de Atención Diurno para Ancianos de Tibás, San Vicente de Paul.

Fecha: _____

Hora de inicio: _____ **Hora de finalización:** _____

Cantidad de personas adulta mayores observadas: _____

Prácticas:

Requisitos de Autocuidado Universales:

Ingesta de Aire

- 1- ¿Cómo es la respiración de las persona adultas mayores?, ¿poseen alguna dificultad para respirar? ¿Requieren de oxígeno?

- 2- ¿Fuman durante su estancia en el Centro Diurno?

- 3- ¿Requieren utilizan medicamentos para facilitar su respiración?

- 4- Otras observaciones al respecto:

Ingesta de Agua:

- 5- ¿Acostumbran a tomar agua durante el día? ¿En qué momentos toman? ¿Se desplazan a tomar agua al baño o a la cocina? ¿Utilizan recipientes como botellas para tomar agua durante el día?

- 6- ¿Acostumbran a tomar otro tipo de líquido durante el día? Si lo hacen, ¿Qué líquido es? ¿En qué momentos lo toman?

7- Otras observaciones al respecto:

Ingesta de Alimentos:

8- ¿Cuántas veces comen al día durante su asistencia al Centro Diurno?

9- Necesita de ayuda para comer?

10- ¿Tienen algún problema en la boca, garganta o manos que les dificulten comer?
NO ___ SI ___ Indicar

11- ¿Tienen algún problema con las prótesis dentales que les dificulten comer? NO ___
SI ___ Indique

12- ¿Consumen sustitutos de azúcar o sal?

13- ¿Alguno (a) debe alimentarse con alguna dieta especial? Si es así ¿Por qué y en que
consiste la dieta?

14- Otras observaciones al respecto:

Eliminación urinaria e intestinal:

15- ¿Requieren la ayuda o asistencia de alguien para realizar sus evacuaciones mientras
se encuentran en el Centro Diurno?

16- ¿Expresan espontáneamente presentar algún problema o dificultad en sus eliminaciones?

17- Otras observaciones al respecto:

Actividad Física y Descanso:

18- ¿Realizan alguna actividad física durante el día en el Centro Diurno? Si es así, mencionar: ¿Cuál actividades y con qué frecuencia? O si no lo realiza, mencionar ¿por qué?

19- ¿Participan de las actividades de ejercicios que organizan en el Centro Diurno?

20- ¿Alguno (a) posee alguna limitación para realizar actividad física?

21- ¿Acostumbran a realizar siestas o reposos durante el día en el Centro Diurno?

22- Otras observaciones al respecto:

Soledad e Interacción Social:

23- ¿Acostumbran integrarse a las actividades de recreación que se organizan en el Centro Diurno?

24- ¿Acostumbran a conversar con otras personas durante su asistencia al Centro Diurno?

25- ¿Algunos (as) permanecen solos (as) y retirados del grupo la mayor parte del día?

26- ¿Se presentan problemas, discusiones y molestias entre las personas adultas mayores?

27- ¿Se disgustan fácilmente ante la presencia de alguna persona?

28- Otras observaciones al respecto:

Prevención de Peligros contra la Vida, funcionamiento y bienestar:

29- ¿Qué tipo de calzado acostumbran a utilizar?

30- ¿Las uñas de manos y pies se ven cortas y limpias?

31- ¿Utilizan lentes para ver? ¿Los usa todo el tiempo?

32- ¿Necesitan usar alguna ayuda técnica para su movilización (silla de ruedas, bastón, barandas)? ¿Lo usa siempre?

33- ¿Necesitan ayuda para caminar y moverse?

34- ¿Se presentó alguna caída durante la observación en el Centro Diurno?

35- Otras observaciones al respecto:

Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de grupos sociales:

36- ¿Cómo se manifiestan a la llegada y salida Centro Diurno?

37- ¿Cómo se muestran durante el día al estar en el Centro Diurno? ¿Alegres, triste, u otro?

38- ¿Comportamiento ante actividades para trabajar en equipo con otras personas?

39- ¿Su reacción ante la presencias de personas que lleguen a participar en sus conversaciones (o iniciar una conversación) y actividades recreativas?

40- Otras observaciones al respecto:

**Anexo 8: Entrevista Semiestructurada Realizada al Personal que Labora y es
Voluntario en el Centro Diurno**

Universidad de Costa Rica
Facultad de Medicina
Escuela de Enfermería

**Tesis: Conocimientos, Prácticas y Percepciones sobre Autocuidado
en las Personas Adultas Mayores que asisten a la Asociación Centro
Diurno de Ancianos, San Vicente de Paul, San Juan de Tibás.**

Estudiante: Joscelyn Álvarez Moraga

**ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA PARA IDENTIFICAR
LOS CONOCIMIENTOS, LAS PRÁCTICAS Y LAS PERCEPCIONES SOBRE
AUTOCUIDADO EN LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES**

El presente instrumento tiene por objetivo obtener información relacionada los conocimientos, prácticas y percepciones que usted posee como trabajador (a) o voluntario (a) y como considera que realizan las prácticas de autocuidado en las personas adultas mayores que asisten a la Asociación Centro Diurno de Ancianos San Vicente de Paul en relación al autocuidado.

Instrucciones: El presente instrumento consiste en una guía de entrevista, la cual se divide en cuatro partes y será aplicada por la estudiante de enfermería encargada del proyecto y será contestado por las personas que deseen voluntariamente participar.

Se solicita amablemente su cooperación contestando lo que se le solicita y se le comunica que la información que brinde será confidencial.

I PARTE: Información general

87- Edad: _____

88- Sexo:

Masculino ()

Femenino ()

89- Estado Civil:

() Soltero (a)

() Unión Libre

() Casado (a)

() Divorciado (a)

() Viudo (a)

90- Nacionalidad: _____

91- Lugar de procedencia: _____

92- A donde vive actualmente: _____

93- Con quien (es) vive en su hogar: _____

94- Religión: _____

II PARTE: Formación académica

95- Último grado académico alcanzado:

Sin escolaridad---- Lee y escribe: SI___ NO___

Primaria () Incompleta () Completa

Secundaria () Incompleta () Completa

Universitaria () Incompleta () Completa

96- Profesión u Oficio Actual: _____

III PARTE: Conocimientos y Percepciones

Conocimientos:

1- ¿Defina que es para usted autocuidado?

2- ¿Qué actividades realiza usted para cuidarse a sí mismo (a)?

3- ¿Qué es para usted no cuidarse bien?

4- ¿Que puede causar/que sucede al no cuidarse bien?

Percepciones:

5- ¿Qué significa para usted realizarse su propio autocuidado?

6- ¿Comente a través de un ejemplo una experiencia de autocuidado?

IV PARTE: Prácticas de autocuidado que realizan las personas adultas mayores desde la perspectiva de los o las trabajadoras del centro diurno

A- Ingesta de Aire

- 7- ¿Cómo considera que se encuentra la salud respiratoria en general de las personas adultas mayores? _____ ¿Algunos (as) necesitan tomar medicamentos para poder respirar bien? _____
- 8- ¿Algunos o algunas fuman o han fumado? _____
- 9- ¿Conoce si dónde viven las personas adultas mayores son lugares muy transitados por vehículos o no? _____
- 10- ¿Conoce si dónde viven las personas adultas mayores existen parques, plazas o áreas verdes? _____

B- Ingesta de Agua:

- 11- ¿Qué cantidad de agua toman las personas adultas mayores en el centro diurno? _____ ¿Toman algún otro líquido, cuánto? _____

C- Ingesta de Alimentos:

- 12- ¿Cuántas veces come las personas adultas mayores en el centro diurno? _____
- 13- ¿Tiene algún problema en la boca, garganta o manos que le dificulten comer? NO___ SI___
- 14- ¿Alguno o alguna necesita asistencia para comer? _____
- 15- ¿Tienen problemas con las prótesis dentales que le dificulten comer? NO___ SI___
- 16- En relación a los siguientes alimentos, cuales se consume en el centro diurno:

Alimento	Lo consumen		Frecuencia semanal
	Si	No	
Leche/ yogurt			
Vegetales (ensaladas, picadillos)			
Frutas			
Cereales y verduras harinosas			

Proteínas (carnes, queso, huevos, embutidos)			
Grasas (margarina, mayonesa, queso crema)			
Azúcares (postres, repostería, golosinas)			
Alimentos fritos (papas, carnes, plátanos)			
Comida rápida			
Refrescos envasados (gaseosas o de frutas)			
Alimentos de paquete (picaritas)			

17- ¿Si una persona adulta mayor no debe consumir algún alimento él o ella misma es capaz de no consumirlo sin que nadie se lo indique? _____

18- ¿Cuáles son los alimentos que dejan en el plato o rechazan comer las personas adultas mayores? _____ ¿por qué razón? _____

D- Eliminación urinaria e intestinal:

19- ¿Considera que en general las personas adultas mayores presentan o no dificultades para orinar o defecar? _____

20- ¿Alguno o alguna necesita de ayuda para ir al baño a realizar sus necesidades (orinar o defecar)? _____

E- Actividad Física y Descanso:

21- ¿Qué cantidad de personas realizan actividad física en el centro diurno? _____

22- ¿Algunas personas no realizan actividad física en el centro diurno? _____ ¿por qué no realizan?

23- ¿Algunas personas poseen alguna limitación para realizar actividad física? _____ ¿cuál? _____

24- ¿Realizan las personas adultas mayores algunos reposos durante el día en el centro diurno? _____ ¿de qué forma, que hacen? _____

F- Soledad e Interacción Social:

- 25- ¿Acostumbran las personas adultas mayores a integrarse a las actividades que se realizan en el centro diurno? _____
- 26- ¿Algunas personas prefieren no participar de actividades? _____ ¿por qué no? _____
- 27- ¿Algunas personas adultas mayores disfrutan más estando solo o acompañados? _____

G- Prevención de Peligros contra la Vida, funcionamiento y bienestar:

- 28- ¿Considera en general que el calzado que utilizan las personas adultas mayores que asisten _____ es _____ adecuado _____ para _____ evitar caídas? _____
- 29- ¿Las personas adultas mayores que utilizan bastón, andadera o silla de ruedas procuran utilizarla _____ o _____ no _____ les gusta usar? _____
- 30- ¿Las personas adultas mayores acostumbran a utilizar las barandas si las requieren? _____
- 31- ¿Algún adulto mayor ha sufrido alguna caída en el centro diurno? _____

H- Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de grupos sociales:

- 32- ¿Por cuales razones considera usted que las personas adultas mayores asisten al centro diurno? _____
- 33- ¿Siente asistir a este centro diurno le ha permitido a las personas adultas mayores a desarrollarse como persona? Mencione en que cosas le ha ayudado _____

Requisitos de Autocuidado del Desarrollo

- 34- ¿Considera que las personas adultas mayores posee hábitos de vida saludable? Si es así menciones que cosas realizan _____
- 35- ¿Conoce usted cada cuanto asisten las personas adultas mayores a la revisión médica y revisión con el dentista? _____

36- ¿Considera usted que las personas adultas mayores conocen los medicamento que deben consumir y cómo tomarlos? _____ ¿Requieren de ayuda para tomarlos? _____

37- ¿Cuáles enfermedades o padecimientos presentan las personas adultas mayores que asisten al centro diurno?

Anexo 9: Preguntas Generadoras para el Grupo Focal

**Universidad de Costa Rica
Facultad de Medicina
Escuela de Enfermería**

**Universidad de Costa Rica
Facultad de Medicina
Escuela de Enfermería**

**Tesis: Conocimientos, Prácticas y Percepciones sobre Autocuidado
en las Personas Adultas Mayores que asisten a la Asociación Centro
Diurno de Ancianos, San Vicente de Paul, San Juan de Tibás.**

Estudiante: Joscelyn Álvarez Moraga

Guía de Preguntas del Grupo Focal

El presente instrumento tiene por objetivo obtener información relacionada los conocimientos, prácticas y percepciones que tienen las personas adultas mayores que asisten a la Asociación Centro Diurno de Ancianos San Vicente de Paul en relación al autocuidado.

Instrucciones: El presente instrumento consiste en una guía de preguntas, donde se reunirán de 10 a 14 personas que participarán en un grupo de discusión de dichas preguntas, será aplicada y guiada por la estudiante de Enfermería encargada del proyecto donde lanzará un pregunta a la vez para que sea contestado de forma voluntaria y será contestado por las personas que deseen voluntariamente participar.

Se solicita amablemente su cooperación contestando lo que se le solicita y se le comunica que la información que brinde será confidencial.

- 1- ¿Definanme que es para ustedes autocuidado?
- 2- ¿Qué actividades realizan ustedes para cuidarse a sí mismos (as)?
- 3- ¿Cómo aprendieron a cuidarse a ustedes mismos? ¿quién les enseñó?
- 4- ¿Qué es para ustedes no cuidarse bien?
- 5- ¿Qué consecuencias se producen por no cuidarse bien?
- 6- ¿Qué significa para ustedes realizarse su propio autocuidado?

- 7- ¿Cree que es importante realizarse su propio autocuidado? ¿Por qué?
- 8- ¿Qué le motiva a realizarse su propio autocuidado?
- 9- ¿Qué le desmotiva a realizarse su propio autocuidado?
- 10- ¿Comenten a través de un ejemplo una experiencia donde realiza autocuidado?