

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**

**AREA DE LA SALUD HUMANA**

**CARRERA DE MEDICINA**

**"CALIDAD DE ATENCIÓN POR PARTE DEL PERSONAL  
MÉDICO Y DE ENFERMERIA A PACIENTES  
GERIATRICOS HOSPITALIZADOS EN LOS SERVICIOS  
DE MEDICINA INTERNA Y CIRUGÍA DEL HOSPITAL  
REGIONAL ISIDRO AYORA DE LOJA"**

Tesis previa a la obtención  
del Título de Médico General

**AUTORA:**

**KATIUSKA IVANOVA MONTOYA PASACA**

**DIRECTOR:**

**DR. TITO CARRIÓN DÁVILA**

**LOJA – ECUADOR**

**2013**

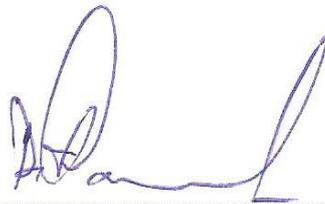
# CERTIFICACIÓN

**Dr. Tito Carrión**

**DIRECTOR DE TESIS**

**Certifica:**

Haber dirigido, asesorado, revisado y corregido el presente trabajo de tesis denominado "CALIDAD DE ATENCIÓN POR PARTE DEL PERSONAL MÉDICO Y DE ENFERMERIA A PACIENTES GERIATRICOS HOSPITALIZADOS EN LOS SERVICIOS DE MEDICINA INTERNA Y CIRUGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA DE LOJA" previa a la obtención del título de Médico General, realizado por Katuska Ivanova Montoya Pasaca, el mismo que cumple con la reglamentación y políticas de investigación, por lo que autorizo su presentación y posterior sustentación y defensa.



**Dr. Tito Carrión**

**DIRECTOR DE TESIS**

# AUTORÍA

Yo, Katuska Ivanova Montoya Pasaca, declaro ser autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional-Biblioteca Virtual.

**Autora:** Katuska Ivanova Montoya Pasaca

**Firma:**  \_\_\_\_\_

**Cédula:** 1104892789

**Fecha:** Octubre 2013

# CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS

Yo, Katuska Ivanova Montoya Pasaca, declaro ser autora de la tesis titulada **“CALIDAD DE ATENCIÓN POR PARTE DEL PERSONAL MÉDICO Y DE ENFERMERIA A PACIENTES GERIATRICOS HOSPITALIZADOS EN LOS SERVICIOS DE MEDICINA INTERNA Y CIRUGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA DE LOJA”**, como requisito para optar al grado de Medico General: autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional:

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tengan convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los cuatro días del mes de noviembre del dos mil trece, firma la autora.

**Firma**



-----  
**Autora:** Katuska Ivanova Montoya Pasaca

**Cédula:** 1104892789

**Dirección:** Calle Isla Isabela y Mancheno

**Teléfono:** 0982240472

**E-mail:** ktiva02@hotmail.com

**Director de tesis:** Dr. Tito Carrión Dávila

**Tribunal de Grado:** Dra. Miroslava Correa.

Dr. Marlon Reyes

Dra. Angélica Gordillo

# DEDICATORIA

A Dios por mostrarme día a día que con humildad, paciencia y sabiduría, todo es posible.

A mis padres, que han hecho todo en la vida para que yo pudiera lograr mis metas, por motivarme y darme la mano cuando sentía que el camino se terminaba, a ustedes por siempre mi corazón y respeto.

A mi esposo, por su paciencia y comprensión, por haber preferido sacrificar su tiempo para que yo pudiera cumplir mi sueño. Por su bondad y sacrificio que me inspiró a ser mejor, y por estar siempre a mi lado.

A mi hijo, por ser lo más grande y valioso que Dios me ha regalado, quien es mi fuente de inspiración, mi fuerza y la razón que me impulsa a seguir adelante.

A mis hermanos, sobrinos y amigos, gracias por sus palabras de aliento y fe en mí. Por su apoyo moral y ayuda constante.

Katiuska Ivanova

# AGRADECIMIENTO

A Dios por permitir culminar satisfactoriamente los estudios y poder así poner los conocimientos al servicio de los más necesitados.

A la Universidad Nacional de Loja por darme la oportunidad de prepararme y ser una profesional. A mis maestros que durante toda mi carrera han aportado con un granito de arena a mi formación

A mi director de tesis, Dr. Tito Carrión por su dedicación, quien con sus conocimientos, su experiencia, su paciencia y su motivación supo guiar y asesorar este trabajo de investigación.

A mis familiares y amigos, por su ayuda y apoyo incondicional, por ser los pilares fundamentales de mi existencia.

A las personas que han formado parte de mi vida, a las que les agradezco por su amistad, consejos, apoyo, tiempo y compañía en aquellos instantes llenos de oscuridad. Algunas están presentes y otras en mis recuerdos y en mi corazón. Gracias por todo lo que me han brindado y por todas sus bendiciones.

La Autora

# I. TÍTULO

**“CALIDAD DE ATENCIÓN POR PARTE DEL  
PERSONAL MÉDICO Y DE ENFERMERIA A  
PACIENTES GERIATRICOS  
HOSPITALIZADOS EN LOS SERVICIOS DE  
MEDICINA INTERNA Y CIRUGÍA DEL  
HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA DE  
LOJA”**

## **II. RESUMEN**

El envejecimiento del ser humano es un proceso natural, que se produce a través de todo el ciclo de vida. Reflexionar sobre los prejuicios que podemos tener y mejorar nuestra formación sobre el mismo nos ayudara a cuestionar nuestros hábitos y a mejorar el trato de las personas mayores que atendemos. La obligación de cuidar compete a todos los profesionales capacitados de las casas de salud; este cuidado implica brindar atención humana y científicamente adecuada, ponerse en la piel del otro, explorar sus emociones, escucharle, conocer qué piensa, cubrir sus necesidades y mejorar su problema de salud.

Esta investigación hace referencia: “CALIDAD DE ATENCIÓN POR PARTE DEL PERSONAL MÉDICO Y DE ENFERMERIA A PACIENTES GERIÁTRICOS HOSPITALIZADOS EN LOS SERVICIOS DE MEDICINA INTERNA Y CIRUGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA DE LOJA”. Siendo su objetivo principal el determinar que percepción de calidad de atención brindada por parte del personal médico y de enfermería, tienen los pacientes geriátricos hospitalizados en dichos servicios.

Para cumplir con esto, se implementó una investigación prospectiva y transversal, llevada a cabo en 58 pacientes adultos mayores hospitalizados en los Servicios de Medicina Interna y Cirugía del Hospital Regional Isidro Ayora, mediante la aplicación de una encuesta para recopilación de información.

Se llegó a concluir que: el 41% de usuarios tienen una percepción buena de la calidad de atención a pesar del déficit de personal y recursos existentes. Refiriéndose a la calidez en el servicio, el 38% indicó que ésta siempre se proporcionaba y el 14% notó que no se efectuaba. En cuanto a la satisfacción de la calidad y calidez recibidas en la atención, se obtuvo que el 35% se sintió muy satisfecho, y el 36% mostró una leve satisfacción.

**Palabras clave:** Calidad de atención, Adultos Mayores, Envejecimiento.

# SUMMARY

The human aging is a natural process that occurs throughout the life cycle. Reflect upon the prejudices we may have and improve our training on it will help us question our habits and improve the treatment of older people we serve. The duty of care responsibility of all trained professionals in nursing homes, this care means providing humane care and scientifically accurate, step into the shoes of the other, explore their emotions, listen, knowing your thoughts, meet their needs and improve their problem health.

This research makes reference: "QUALITY OF CARE FROM THE STAFF DOCTOR AND OF NURSING TO PATIENTS GERIATRIC HOSPITALIZED IN THE SERVICES OF MEDICINE INTERNAL AND SURGERY OF THE HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA OF LOJA". Being its main objective determine that perception of quality of care provided by medical staff and nurses, have geriatric inpatients in such services.

To expire with this, a prospective investigation was implemented and trasversal, carried out in 58 major adult patients hospitalized in the Services of Internal Medicine and Surgery of the regional Hospital Isidro Ayora, by means of the application a survey for information compilation.

Is he came to the conclusion that: 41% of users have a good perception of the quality of attention despite the shortfall of existing staff and resources. Referring to the warmth in the service, the 38% indicated that this is always provided and the 14% noted that was not effected. In regard to the satisfaction of the warmth and quality received in the attention, it was found that 35% felt very satisfied, and 36% showed a slight satisfaction.

**Key words:** Quality of care, Older adults, Aging.

# **III. INTRODUCCIÓN**

El envejecimiento del ser humano es un proceso natural, que se produce a través de todo el ciclo de vida. Sin embargo, no todas las personas envejecen de la misma forma. La gran mayoría de personas de la tercera edad se sienten activas, llevan una vida independiente, y son capaces de tomar decisiones, sobre todo en aquello que afecta a sus vidas. Tratar bien, con calidad y calidez, implica antes que nada considerar su dignidad, respetar sus derechos y su libertad para elegir como quieren vivir y ser cuidados.

El envejecimiento de la población es uno de los mayores logros de la humanidad, sin embargo el envejecimiento y las enfermedades relacionadas con la edad suponen también un desafío creciente para las personas, para los sistemas de asistencia sanitaria y para las ciencias de salud pública, biológicas, psicosociales, epidemiológica y médicas; con múltiples líneas de investigación alrededor de la comprensión del envejecimiento y los retos que se deberán afrontar.

El llegar a la tercera edad constituye en un proceso multidimensional que tiene incidencia en la persona, la familia y la comunidad, implica la puesta en marcha de acciones integrales, solidarias, que contribuyan a revalorizar el rol de las personas adultas mayores en la sociedad. El envejecimiento es un proceso que no sólo afecta a las personas, sino que lo hace a las poblaciones, y es lo que se llama el envejecimiento demográfico. Se produce por el aumento en la importancia relativa del grupo de adultos mayores y la disminución en la importancia porcentual de los menores, como consecuencia de la caída de la natalidad.

El Ecuador se muestra como un país en plena fase de transición demográfica, este fenómeno demuestra que los adultos/as mayores al 2010 representan el 7% de la población del Ecuador y al 2050 representarán el 18% de la población. Actualmente, la proporción de ancianos en el mundo es del 10% y se proyecta que para el 2050, será del 21%.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC (2010). Estimaciones de población. "Base de datos". Disponible en Dirección electrónica: <http://www.inec.gob.ec/cpv/>.

Cuanto más se incrementa la edad de los individuos, más se incrementan los episodios de cuidados en los hospitales, lo que implica una alta ocupación por día de camas hospitalarias y mayor demanda de personal para brindar atención médica y cuidados de enfermería que el paciente geriátrico solicita.

Considerando lo expuesto, tenemos que la sociedad tiene que aceptar y comprender las necesidades de los adultos mayores, de otra manera, difícilmente podrá haber equidad en el acceso a los servicios de salud. La ética es importante, pues sabemos que existe discriminación hacia los adultos mayores, especialmente cuando requieren de cuidados que pueden ser costosos y de largo tiempo.

Los ancianos constituyen el grupo más grande de personas beneficiarias de la asistencia social en el mundo entero. Las necesidades asistenciales que presenta esta población son complejas y de diferentes orígenes. Esencialmente se trata de un grupo con aislamiento social, de limitados recursos económicos y con bajo nivel cultural. El abordaje de esta problemática hace imperativo el establecimiento de programas que garanticen y brinden una atención integral de calidad por parte de los servidores de la salud, ya que frecuentemente requieren de cuidados prolongados administrados por personal experimentado.

La OMS definió la atención de salud de alta calidad como “la que identifica las necesidades de salud (educativas, preventivas, curativas y de mantenimiento) de los individuos o de la población de una forma total y precisa y destina los recursos necesarios (humanos y otros) a estas necesidades, de forma oportuna y efectiva”. Este concepto tiene que ver con la satisfacción o insatisfacción del usuario.

No cabe duda, de que los protocolos existentes que rigen en los sistemas de cuidados médicos y sociales, establecen que una de las prácticas exigibles al profesional es la de brindar una apropiada atención y cuidado. Proporcionar un trato y atención adecuada dignifica la vejez, enriquece nuestra sociedad, favorece la autonomía, evitando situaciones de dependencia innecesarias, y muchos más el malestar y la frustración que presentan los mayores ante situaciones importantes.

Mediante este estudio se pretende conocer la realidad local frente a este creciente problema sanitario, teniendo como objetivo principal el determinar que percepción de la calidad de atención brindada por el personal médico y de enfermería, tienen los pacientes geriátricos hospitalizados en los Servicios de Medicina Interna y Cirugía del Hospital Regional Isidro Ayora de Loja, con ello proporcionar información sobre el nivel de vigilancia y cuidado que el personal de salud provee a este grupo vulnerable de la sociedad.

Además, se debe contemplar que en la formación de los alumnos en escuelas de medicina y enfermería, tendrán que adoptar cambios importantes en su modelo de estudios para garantizar una formación adecuada y pertinente en la atención del paciente de la tercera edad, que avale su bienestar y por la importancia de promover un trato más humano en el cuidado diario y el servicio a las personas mayores.

Por lo tanto, se pudo conocer la calidad de atención brindada por el personal médico y de enfermería a pacientes adultos mayores, así mismo se logró determinar la calidez en la atención a los pacientes geriátricos brindada por parte del personal médico y de enfermería, además se propone estrategias de apoyo para la atención y cuidado del paciente adulto mayor en su estadía hospitalaria. Con esto, se determinó su nivel de satisfacción en el servicio recibido e identificó errores en el mismo.

Para obtener la información que vendrá a llenar el vacío existente en la literatura nacional e institucional sobre esta temática y cumplir el propósito de esta investigación, se implementó un estudio prospectivo-transversal, con el objetivo de describir los principales aspectos de la calidad de atención en salud como son eficiencia, efectividad, accesibilidad, conocimiento, calidez, cortesía, humanismo y equidad, aplicados al servicio del paciente geriátrico atendido en el Servicio de Medicina Interna y Cirugía del Hospital Regional Isidro Ayora, y de esta manera iniciar una línea de exploración que permita mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

Los principales resultados fueron, en cuanto a la calidad en atención por parte del personal médico y de enfermería a los pacientes geriátricos, el 41% de

usuarios tienen una percepción buena y el 29% la cataloga como excelente. La calidez en la atención que se brindó a los pacientes geriátricos fue evaluada por el 38% como que ésta siempre se proporcionaba, el 48% expresó que ésta se daba a veces y el 14% notó que la misma no se efectuaba. En lo que se refiere a la satisfacción con la calidad y calidez recibida en la atención, se obtuvo que el 35% de pacientes geriátricos se sintieron muy satisfechos y el 36% levemente satisfechos.

Por lo tanto para las autoridades, el personal de salud e instituciones formadoras de talentos humanos para la atención del paciente geriátrico debe ser importante tomar en cuenta esta problemática y así implementar mejoras en los recursos incrementando personal calificado, instrumentos e insumos y crear programas de atención integral del adulto mayor. Mantener siempre un adecuado nivel de empatía con los pacientes geriátricos e incluir mediante una participación activa a sus familiares. Tener en cuenta que el campo de la Geriatria va ganando territorio con ello es importante que este sea mejor comprendido y estudiado por los futuros Médicos y Enfermeras, así mismo ver la necesidad de realizar otros estudios sobre cuidado y atención que se brinda a este grupo poblacional y lograr una mejor calidad de vida o un manejo más adecuado de su problema de salud.

# **IV. REVISIÓN DE LA LITERATURA**

# ADULTOS MAYORES

## SITUACIÓN DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR

El envejecimiento es un proceso universal, continuo e irreversible en el que hay una pérdida progresiva de la capacidad de adaptación. Las personas adultas mayores sanas conservan su funcionalidad, pero al presentarse un desgaste gradual en su capacidad y sus funciones físicas, se vuelven más vulnerables a las enfermedades y condiciones propias de la edad que pueden llevarlo a la fragilidad y la dependencia.<sup>2</sup>

Es de suma importancia distinguir las condiciones de salud del adulto mayor, por ejemplo: entre un adulto mayor enfermo, y el paciente geriátrico; el primero, es un individuo de más de 60 años de edad con algún problema de salud que no afecta su funcionalidad o que en él no se produce discapacidad o aumento de riesgos; estos pacientes son y serán vistos por todos los médicos independientemente de su orientación profesional (familiares, ginecólogos, ortopedistas, reumatólogos, etc.), todos los trabajadores de la salud seguirán atendiendo adultos mayores. En tanto el paciente geriátrico es aquel que exhibe una gran fragilidad, con la presencia de numerosas patologías, riesgos y dependencia de otros, consumiendo una gran cantidad de recursos económicos, sociales y morales. Es éste paciente, el que habrá de atenderse en forma interdisciplinaria y con un enfoque funcional.<sup>3</sup>

## TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA

La transición demográfica se manifiesta por la disminución de la tasa de fecundidad, la reducción sostenida de la mortalidad, el aumento de la esperanza de vida al nacer, la migración y los avances científicos que han influido en la longevidad. De acuerdo con los criterios de las Naciones Unidas, una

---

<sup>2</sup> Bayarre Vea HD, Pérez Piñero J, Menéndez Jiménez J. Las transiciones demográfica y epidemiológica y la calidad de vida objetiva en la tercera edad. Rev GerolInfo. 2006; 1(3). Disponible en: [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/las\\_transiciones\\_demografica\\_y\\_epidemiologica\\_y\\_la\\_calidad\\_de\\_vida\\_objetiva\\_en\\_la\\_tercera\\_edad.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/las_transiciones_demografica_y_epidemiologica_y_la_calidad_de_vida_objetiva_en_la_tercera_edad.pdf)

<sup>3</sup> Fernández M. Hospitalización a domicilio del anciano con enfermedad aguda. Revista Española de Geriatria y Gerontología 2009.

población puede considerarse envejecida, si más del 5% de sus miembros tienen más de 65 años, o si más del 10% tiene 60 años o más.<sup>4</sup>

Los cambios demográficos en la población, comienzan a requerir mayor atención de los diferentes gobiernos en el mundo. En 1975 en el planeta había 350 millones de personas mayores, pasando a 600 millones en el 2000 y 1100 millones en el 2025, que será casi un sexto de la población esperada para ese momento, lo que deja clara la necesidad de progresión y adopción de los sistemas de salud.<sup>5</sup> En los estados Unidos de América se espera que el 20% de la población total en el año 2030 tengan más de 65 años, lo que incrementará la necesidad de personal sanitario en 35% para ese año.<sup>6</sup>

Latinoamérica y el Caribe están presentando un "fenómeno de envejecimiento" que tendrá un gran impacto en el perfil de salud de la región. Los expertos señalan que mientras en el 2000 sólo una de cada 12 personas en la región tenía más de 60 años, para el año 2025 esta proporción cambiará a una de cada siete, lo que significa que la población de adultos mayores en las Américas pasará de 42 a 100 millones.<sup>7</sup>

En efecto, en nuestro país de acuerdo a la información del INEC, se obtiene que la tasa global de fecundidad (TGF) descendió en el país, de 6,7 hijos por mujer a comienzos de la década de 1960, a 2,1 en el quinquenio 2000-2005. El país, en el período 1995 al 2000, llegó a 3,1 hijos por mujer, en el quinquenio 2020 – 2025 llegaría 2.1 hijos por mujer.<sup>8</sup>

La reducción de la mortalidad general es un factor determinante en el fenómeno de la transición demográfica. En 1.995 tenemos una tasa de mortalidad general de 4,46 para incrementarse en el 2000 a 4,59, y presentar variaciones de 4,26 en 2007 y 4,35 en 2008. En relación a la esperanza de vida al nacer veremos que es el número promedio de años de vida para un grupo de personas nacidas en el mismo año, la esperanza de vida al nacer cambió de

---

<sup>4</sup> Naciones Unidas (2002). Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el envejecimiento. Disponible en la dirección: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/gerontologia/pdfops/Informe%20II%20Asamblea%20Mundial%20del%20>

<sup>5</sup> Romero A. Perspectivas Actuales en la asistencia Sanitaria en el Adulto Mayor, Revista Panamericana de Salud Pública 2008.

<sup>6</sup> Crocker S., Devereaux K. Caring for an aging population. Journal of Gerontological Nursing 2009.

<sup>7</sup> Perspectivas de salud. La revista de la Organización Panamericana de la Salud. Volumen 9, Número 1. 2004.

<sup>8</sup> Anuario de Estadísticas Vitales. 2007. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC (2010). "Base de datos". Disponible en Dirección electrónica: <http://www.inec.gov.ec/cpv/>.

57,4 años de vida en el quinquenio 1965 – 1970, a 75 años en el quinquenio 2005 – 2010, que permite que las personas vivan más años. En relación a la migración la provincia con el mayor porcentaje de emigrantes es Cañar ubicada en la Sierra sur y presenta un 10,7% de emigración provincial. Le siguen a continuación las provincias sureñas, de Azuay y Loja, con un porcentaje de emigración de 4,9% y 4,6%, respectivamente. En general, si no existiría esa migración externa, la población sería levemente más joven, con una mayor proporción de personas en edades económicamente activas.<sup>9</sup>

Visto así el proceso de envejecimiento por el que estamos atravesando, según la Comisión Económica para América Latina (CEPAL) para el 2030 se calcula que la población de personas mayores correspondan a la mitad de todos los niños y adolescentes, y que en el 2050 habrá menor número de adolescentes que personas adultas mayores, para lo cual debemos prepararnos con tiempo y lograr así la mejor calidad de vida para nuestros adultos mayores.<sup>10</sup>

## **TRANSICIÓN EPIDEMIOLÓGICA**

El perfil epidemiológico de una población cambia como resultado de dos fenómenos: el desplazamiento de la mortalidad de los niños hacia los adultos, y el cambio en las causas de muerte y de enfermedad.

Los factores que originan estos dos fenómenos son, por un lado, la reducción en la natalidad y la mortalidad general que se reflejan en una mayor esperanza de vida que, aunada a una reducción de la fecundidad, conducen a una modificación en la composición de la mortalidad por edades.

De acuerdo con datos de la Organización Mundial de la Salud, en el año 2004 se registraron cerca de 59 millones de fallecimientos en el mundo. Al considerar la distribución porcentual se observa que el 51% de estos decesos corresponden a personas de 60 años y más. Las principales causas de muerte en este caso fueron las cardiopatías isquémicas y las enfermedades cardiovasculares, luego se sitúa como la tercera causa de fallecimiento, la

---

<sup>9</sup> Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC Encuesta Nacional de Empleo Subempleo y Desempleo Urbana y Rural ENEMDU. Quito – Ecuador 2009.

<sup>10</sup> Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez. Quito – Ecuador 2012.

enfermedad pulmonar obstructiva crónica, seguida de las infecciones de las vías respiratorias inferiores y los cánceres de tráquea, bronquios y pulmón. Debe destacarse la presencia, dentro de las primeras causas de morbilidad, las patologías tales como el Alzheimer y otras demencias, y los trastornos de visión, especialmente las cataratas, que no son causa de muerte, pero sí de discapacidad.<sup>11</sup>

En España por ejemplo, actualmente el 17% de la población tiene más de 65 años, previéndose que para el 2020 será poco más del 19% de la población.<sup>12</sup>

Las cifras disponibles en América Latina, que proporciona la “Encuesta sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento” (SABE), realizada en siete países de la región (Argentina, Brasil, Barbados, Cuba; Chile, México Y Uruguay) por la Organización Panamericana de la Salud, dicen que en torno al 33% de las personas mayores de 60 años residentes en las ciudades latinoamericanas estudiadas, afirma tener al menos una enfermedad crónica, el 26% dos y un 18% tres enfermedades crónicas.<sup>13</sup>

En el Ecuador, las enfermedades carenciales y transmisibles comparten espacio con las crónico-degenerativas y los problemas de salud<sup>14</sup>.

La primera causa de muerte en personas mayores de 65 años es la neumonía, pero si agrupamos los 1802 casos de insuficiencia cardíaca con 1887 casos del infarto agudo de miocardio, con 1311 casos de hipertensión arterial, y 696 casos de enfermedad cardíaca hipertensiva, se concluye que las enfermedades crónicas no transmisibles ocupan el primer lugar de causas de mortalidad en los adultos mayores en el país, para el mismo año. Dentro de 10 primeras causas de morbilidad, según egresos hospitalarios, se registra la diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, con enfermedades crónicas.<sup>15</sup>

---

<sup>11</sup> La carga global de la enfermedad. Organización Mundial de la Salud. 2004.

<sup>12</sup> Fernández M. Hospitalización a domicilio del anciano con enfermedad aguda. Revista Española de Geriatria y Gerontología 2009.

<sup>13</sup> Albala C, Lebrão ML, León Díaz EM, Ham-Chande R, Hennis AJ, Palloni A, et al. Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE). metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada Revista Panamericana Salud Publica. 2005.

<sup>14</sup> Freire W. Et al. (2010). Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento 2009-2010 “SABE I”. Quito, Ecuador: Ministerio de Inclusión Económica y Social – Programa Aliméntate Ecuador.

<sup>15</sup> Anuario de Camas y Egresos Hospitalarios. INEC. 2007.

## CONDICIONES SOCIALES DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR

La vejez es vista generalmente como un período de declive físico y mental, a las personas se les califica como “viejas” al ser percibidas de manera estereotipada y considerando que ellas sufren de enfermedades, soledad, tristeza, abandono. Por dicho motivo algunos Adultos Mayores tienden a identificarse con el rol que la sociedad le asigna y/o impone en esta etapa de su vida con el objeto de ser aceptados e integrados socialmente.

En cuanto al análisis de indicadores sociales tenemos que en América Latina y el Caribe casi el 50 % de los mayores entrevistados en la encuesta SABE, dijeron no tener recursos económicos para satisfacer sus necesidades diarias, y un tercio no disponía de jubilación, pensiones o trabajo remunerado<sup>16</sup>. Los niveles de escolaridad son más bajos que la población general, con niveles de analfabetismo muy altos<sup>17</sup>. Por ejemplo en Chile, 13 de cada cien personas mayores no cuentan con estudios de ninguna clase.<sup>18</sup>

En América Latina, los estudios sobre la situación laboral de las personas mayores son escasos, aunque en general se puede deducir que a partir de los 50 años, aproximadamente, la participación económica desciende a medida que avanza la edad, y la aparición de discapacidades que inhabilitan para el trabajo.

En México, han demostrado que, durante la vida adulta, las etapas de menor incidencia de la pobreza alimentaria se presentan a partir de los 45 años de edad. En el caso de los hombres, la proporción de pobres se mantiene alrededor del 17% hasta los 65 años y, a partir de entonces, asociado a su creciente salida de la actividad económica, se inicia una tendencia ascendente

---

<sup>16</sup> Palloni, Alberto y M. Peláez. SABE – Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento, Washington D.C., Organización Panamericana de la Salud. (2005).

<sup>17</sup> Las personas mayores en América Latina y el Caribe: Diagnóstico sobre la situación y las políticas. CEPAL octubre 2003.

<sup>18</sup> Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) División de población de la CEPAL. Santiago de Chile, diciembre 2006.

en su empobrecimiento, hasta alcanzar el 31,3% entre los mayores de 75 años.<sup>19</sup>

En el Ecuador de acuerdo con el censo 2001 la población adulta mayor se encuentra distribuida en forma desigual en las distintas regiones del país, con un 7.9 % en la Sierra, 6.7 % en la Costa y en un porcentaje menor en las demás regiones. El 40% de las personas adultas mayores reside en las áreas rurales, situación que es desventajosa al limitar el acceso a los servicios básicos incluidos los de salud.

En cuanto al analfabetismo si se compara con otros grupos de edad, es evidente que el nivel de analfabetismo de la población adulta mayor en nuestro país es el reflejo de los cambios en la cobertura del sistema educativo en los últimos decenios. El porcentaje de analfabetismo total de adultos mayores es de 26,9% para ambos sexos. La incidencia de la pobreza en este grupo poblacional destaca el caso de Pichincha, con el porcentaje en la zona rural de (44,9 %) y un alto porcentaje urbano (71,8%). Sin embargo, la provincia de Guayas con el mayor porcentaje urbano de todas (81,8%), muestra también una alta incidencia de pobreza rural superior al promedio nacional (74,4%).<sup>20</sup>

## **ENVEJECIMIENTO, FUNCIONALIDAD Y AUTONOMÍA**

La ancianidad se presenta como un fenómeno social que avanza en forma silenciosa, constante e irreversible, invadiendo todos los campos de la estructura global de la sociedad. El ciudadano Adulto Mayor es un actor social, al igual que las personas de otros grupos etarios, con capacidades para aportar y con necesidades propias.<sup>21</sup>

A pesar de que gran parte de las teorías sociológicas o psicosociales que tradicionalmente han abordado la vejez y el envejecimiento se han centrado en el proceso de desvinculación, postulando que esta etapa vital se caracteriza

---

<sup>19</sup> Estudios del Consejo Nacional de Población, (CONAPO), México 2003. Disponible en: [http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Publicaciones\\_de\\_consulta\\_en\\_linea](http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Publicaciones_de_consulta_en_linea).

<sup>20</sup> Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC (2010). "Base de datos". Disponible en Dirección electrónica: <http://www.inec.gov.ec/cpv/>.

<sup>21</sup> Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Dirección de Normatización del SNS, Normas y Protocolos de Atención Integral de Salud de las y los Adultos Mayores, Quito, Ecuador, mayo, 2010.

fundamentalmente por la retirada de la persona mayor de la vida activa preparándola así para el momento ineludible de la muerte.

Gran cantidad de estudios científicos ya han demostrado que mantener unos adecuados hábitos de vida, practicar ejercicio, cuidar la nutrición, mantener la mente activa, seguir aprendiendo, relacionándose, en definitiva, tener un proyecto personal de vida, contribuye a alargar la vida no solo cuantitativamente, sino lo que es más importante, haciéndola más útil y placentera.

Ya instalada la vejez la consideración de los aspectos físicos, psíquicos y sociales, es decir la mirada integral, se hace inevitable para cualquier intervención desde el área de salud. Y es precisamente el estado de la funcionalidad física, psíquica y social, el concepto clave de la calidad de vida en la vejez. El reto es entonces prevenir. Prevenir la presencia de enfermedades crónicas que pueden ser potencialmente invalidantes y que una vez instaladas deterioran fuertemente la calidad de vida de la población mayor.

Por lo anterior expuesto es necesario tener en cuenta dos conceptos básicos: Funcionalidad es la independencia entendida como la capacidad de desempeñar las funciones relacionadas con la vida diaria, es decir vivir en la comunidad recibiendo poca o ninguna ayuda de los demás<sup>22</sup>. Autonomía entendida como la capacidad de tomar decisiones por si solos y afrontar las consecuencias de ello de acuerdo a preferencias propias y los requerimientos del entorno.

El concepto de salud en el anciano se define fundamentalmente en términos de mantención de la funcionalidad y de la autonomía cuyos componentes principales son movilidad y función neuro cognitiva adecuadas. El deterioro funcional es un indicador pronóstico de discapacidad y de dependencia de servicios de salud, por lo cual su evaluación adquiere especial relevancia. La discapacidad constituye un proceso gradual que pasa por etapas. Este se inicia con una situación estresante que puede causar impedimentos, los que dificultan el funcionamiento físico, mental o social, pasando luego a producir

---

<sup>22</sup> OMS, "Envejecimiento activo: un marco político", en: Revista Española de Geriatria y Gerontología, Agosto 2002.

limitaciones funcionales que equivalen a restricciones para ejecutar acciones de la vida diaria.

La dependencia es el resultado de la combinación de cambios fisiológicos relacionados con la edad, las enfermedades crónicas y los procesos agudos o intercurrentes. Todo ello además, influido por el entorno psicosocial, ambiental y sanitario<sup>23</sup>. Por tanto, es la enfermedad y no la edad la principal causa de dependencia en la vejez. En este sentido, se puede decir que los determinantes de un envejecimiento saludable serían:

- ❖ Determinantes relacionados con los sistemas sanitarios y servicios sociales (rehabilitación, prevención, salud mental).
- ❖ Determinantes conductuales (tabaquismo, actividad física, alimentación).
- ❖ Factores personales (capacidad cognitiva, percepción de control).
- ❖ Entorno físico (comunidad, vivienda).
- ❖ Entorno social (apoyo social, educación).
- ❖ Determinantes económicos (ingresos, protección social).

Si bien es necesario reforzar los dispositivos asistenciales para las personas gravemente dependientes, no se deben dejar en segundo plano los esfuerzos para evitar la dependencia o para la recuperación cuando la dependencia es reversible.

## **PROCESO CONTINUO ASISTENCIAL Y PROGRESIVO**

Es una modalidad de atención basada en evidencias científicas, en la cual el sistema debe adaptarse a las necesidades de la población adulta mayor, y no el adulto mayor al sistema, caracterizado por un seguimiento continuo, desde la dimensión del envejecimiento natural (independiente), donde las actividades de promoción como el auto cuidado son importantes. El concepto de salud de los adultos mayores más que en otros grupos de edad, implica subjetividad, ya que depende de la conjunción de los efectos de las condiciones fisiológicas, habilidades funcionales, bienestar psicológico y soporte social. Hay que tener

---

<sup>23</sup> Primera Conferencia Nacional de Prevención y Promoción de la Salud. Prevención de la Dependencia en las Personas Mayores. Madrid, 15-16 de junio de 2007.

en cuenta dos conceptos básicos: la Geriatría que estudia los procesos patológicos, tratamientos y repercusiones que puedan tener los adultos mayores. La Gerontología, por su parte, estudia el proceso de envejecimiento: biológico, social y psicosocial.<sup>24</sup>

La rehabilitación geriátrica tiene como finalidad conseguir el máximo grado de capacidad funcional e independencia del anciano.

Por tanto, los objetivos de cualquier programa de rehabilitación geriátrica son:

- ❖ Conseguir la independencia en las actividades de la vida diaria.
- ❖ Desarrollar el interés para la práctica de las distintas actividades.

Una definición general de la rehabilitación indica que tiene por objeto la restauración funcional óptima del individuo bajo tratamiento, y su reintegración a la familia, la comunidad y la sociedad por medio de la máxima independencia en las actividades de la vida diaria y la consecución de un papel social estimable mediante la vuelta al trabajo o actividad equivalente.

Podría afirmarse que la edad y las enfermedades agregadas no son factores absolutos, debiendo evaluarse en cada caso individual el perfil y el horizonte temporal en cuanto a estabilidad de los hallazgos clínico-funcionales para definir si hay real posibilidad de mejoría.

## **NECESIDADES Y TIPOLOGÍAS DE ADULTOS MAYORES.**

Las personas mayores tienen necesidades multidimensionales: biológicas, psicológicas, sociales y funcionales (son independientes y auto válidos o requieren diversos grados de asistencia en la vida cotidiana).

Los ciudadanos adultos mayores son personas que deben valorarse como recurso para la comunidad, sea por su capacidad para aportar activamente, por el rol que desempeñan en las familias o porque sus propias necesidades se

---

<sup>24</sup> Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Guías Clínicas Geronto Geriátricas de atención primaria de salud para el adulto mayor, Quito, septiembre, 2008.

transforman en un instrumento de transferencia económica intergeneracional y hasta en fuentes de trabajo.

Los adultos mayores tienen derechos, dentro de cuales los derechos sociales son fundamentales. Estos derechos incluyen la seguridad y apoyo social, la justicia, equidad y solidaridad, la dignidad, el derecho a la independencia y ejercicio de su autonomía y el derecho a la participación en asuntos y políticas que les afectan.

La calidad de vida de los adultos mayores es el grado de bienestar físico, psicológico, social y funcional que los adultos mayores tienen objetivamente y perciben y se expresa en autorrealización para ellos en términos individuales o como colectivo. La calidad de vida tiene componentes subjetivos, personales y socio – ambientales. Inciden en ella el estado de salud, sus habilidades, el grado de integración social, sus posibilidades de participación, goce del tiempo libre y ocio, el acceso a bienes culturales, la calidad de la vivienda o institución donde vive, la calidad y cantidad de apoyo social formal, la disponibilidad y accesibilidad a sistemas socio sanitarios diferenciados para mayores, así como el respeto por sus preferencias, valores, creencias religiosas o convicciones políticas, filosóficas, etc.

“Envejecer en casa y en la comunidad” supone desarrollar sistemas formales que posibiliten que aquellos que son relativamente sanos e independientes continúen siéndolo y que aquellos que tienen entorno familiar permanezcan todo lo posible en la comunidad, mediante una tipología de servicios comunitarios diferenciada y unos apoyos que permitan que las familias sigan cumpliendo un rol tan valioso como necesario.<sup>25</sup>

## **CUIDADOS PARA EL ADULTO MAYOR**

La adaptación al envejecimiento no es tarea fácil para los adultos mayores y requiere que los profesionales que participan en su cuidado se caractericen por una muy especial vocación y amor al trabajo con este grupo etéreo, lo que se traduce en una actitud que trasunta valores como: el respeto por el otro, la

---

<sup>25</sup> Programa Nacional del Adulto Mayor. Ministerio de Salud Pública, Dirección General de la Salud División Salud de la Población. Uruguay 2005 – 2010.

autonomía y la compasión para brindar cuidados humanizados al adulto mayor y que se extiende también a su grupo directo de cuidadores.

## **VALORACIÓN FÍSICA**

Un aspecto de extraordinaria importancia en los ancianos es la disminución de la capacidad física conforme avanza la edad. Muchos ancianos, debido a sus estilos de vida sedentarios, están peligrosamente cerca de su nivel de capacidad máxima durante actividades normales de la vida diaria. Una pequeña disminución del nivel de actividad física en estas personas podría provocar el paso de un estado de independencia a un estado de discapacidad, que se caracterizará por la necesidad de asistencia para la realización de las actividades cotidianas. Por lo tanto, la prevención de la dependencia adquiere una dimensión especial para evitar el deterioro de la calidad de vida y la dependencia de los mayores.

La condición física funcional es de vital importancia para la calidad de vida de las personas; el nivel de condición física funcional determina la medida en que las personas pueden manejarse con autonomía dentro de la sociedad, participar en distintos acontecimientos, visitar a otros amigos o familiares, utilizar los servicios y facilidades que se les ofrecen y, en general, enriquecer sus propias vidas y las de las personas más próximas a ellas.

## **VALORACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA**

Los adultos mayores generalmente prefieren vivir separados de sus hijos, sin embargo las enfermedades y el grado de autovalencia de ellos hacen necesario la ayuda con las actividades de la vida diaria.

Se consideran actividades de la vida diaria:

- ❖ Actividades Básicas: como alimentarse, bañarse, vestirse, deambular, comunicación y el control de esfuerzos.
- ❖ Actividades Instrumentales: limpiar, cocinar, lavar la ropa, usar el teléfono, ir de compras, control del dinero, usar el transporte público,

trabajo casero (jardinería), control de la medicación, subir las escaleras, entre otras actividades.

Es importante valorar estos aspectos en los adultos mayores ya que influye directamente en la calidad de vida de ellos y sus cuidadores. Para ellos existen distintas escalas de valoración de las actividades de la vida diaria.

## **VALORACIÓN DEL ESTADO MENTAL**

El estado mental es la total expresión de las respuestas emocionales de la persona, del ánimo, la función cognitiva y la personalidad. Está absolutamente ligado al funcionamiento del individuo lo que comprende la motivación e iniciativa; la formación de expectativas o metas, el planeamiento y desarrollo de tareas y actividades; el autocontrol y la integración de la retroalimentación de las múltiples fuentes de energía. El foco de la valoración está en la identificación de las fortalezas del adulto mayor y sus capacidades para interactuar con el medio. El estado mental del adulto mayor no presenta una declinación en su inteligencia a menos que exista un desorden neurológico o se desarrolle alguna alteración sistémica.

En cuanto a las tareas cognoscitivas del adulto mayor incluyen llegar a la aceptación de su propia muerte y la de sus seres cercanos; aprender a tener una vida feliz aceptando sus enfermedades y limitaciones físicas. En resumen, los dos aspectos que se deben valorar son: a) Cambios en las funciones mentales: cognitivas, proceso de pensamiento, memoria y confusión; y b) Depresión. Para examinar el estado mental se recomienda valorar una serie de aspectos tales como: apariencia y comportamiento, habilidades cognitivas, estabilidad emocional, lenguaje y expresión oral.

## **VALORACIÓN PSICOAFECTIVA**

La valoración de la situación psicoafectiva y del desarrollo se focaliza principalmente en una esfera subjetiva, en donde adquiere vital importancia la autovaloración del estado de salud y del grado de apoyo social que posee de sí

mismo el adulto mayor y, por otro lado, la valoración objetiva del profesional que apunta a la detección de la psicopatología y de los déficit de autocuidado.<sup>26</sup>

Una de las principales tareas afectivas del adulto mayor es revisar los logros de la vida. Ellos logran una sensación de satisfacción e integridad del ego cuando sienten que los sucesos vitales de su vida han sido positivos. La sexualidad en esta edad está llena de mitos y creencias y a su vez se le da menos importancia que a otros aspectos de la salud de los adultos mayores. Es importante destacar que la expresión de sexualidad de ellos gira en torno a la expresión de ternura, afectividad, cariño, respeto, comprensión, expresiones verbales y no verbales y la ayuda mutua. Sin lugar a dudas que en la expresión de la sexualidad influyen los aspectos físicos, psicológicos, socioemocionales y el manejo que hayan tenido de su sexualidad durante toda su vida.

## **SOCIAL Y FAMILIAR**

El significado que el adulto mayor y la sociedad le da a esta etapa dependerá en gran medida de la cultura en que se encuentren. Por ejemplo, para la cultura oriental el adulto mayor es el ser más sabio y respetado, lo cual refleja un concepto de vejez muy distinto al de la cultura occidental.

Los adultos mayores no sólo deben enfrentarse a los cambios físicos e intelectuales propios de su ciclo evolutivo, sino que también al cambio en su estilo de vida, de roles y de responsabilidades sociales. Sin lugar a dudas que la adaptación a esta serie de cambios requiere de una capacidad individual y del apoyo externo. De esta manera es posible indagar más sobre la dinámica familiar y es posible hacer un diagnóstico de las potencialidades y carencias de la familia con el objetivo de fijar los lineamientos de la intervención.<sup>27</sup>

## **PLAN DE CUIDADOS PARA EL ADULTO MAYOR**

“Cuidar es una acción individual que la persona ejerce sobre sí misma, pero es también un acto de reciprocidad que se tiende a ofrecer a cualquier persona

---

<sup>26</sup> Larson, Patricia. Satisfacción Del Paciente Con El Cuidado De Las Enfermeras Durante La Hospitalización. Western Journal of Nursing Research. 2001.

<sup>27</sup> Rangel Y. Atención de Enfermería al Adulto Sano y Enfermo. Universidad Autónoma de San Luis Potosí. Unidad Académica Multidisciplinaria Zona Media. San Luis Potosí. Septiembre del 2007.

hasta que pueda valerse por sí misma (autonomía) o a quienes temporal o definitivamente, requieren ayuda para asumir sus necesidades vitales” (Colliere, 1993). La relación que establece cuidador – persona adulta mayor exige una preparación física, mental, emocional, espiritual y social del cuidador, ya que son personas que realizan un trabajo a veces agotador, pues mantienen un estado de alerta constante, comunicación permanente y agilidad para resolver las diversas situaciones que preocupan a la persona adulta mayor.

Por lo mencionado, el cuidador debe aprender a reconocer las manifestaciones de desgaste físico, mental, emocional y social que puede padecer, a fin de tomar medidas correctas de prevención.

## **CALIDAD DE ATENCIÓN Y BUEN TRATO EN ADULTOS MAYORES**

### **GENERALIDADES DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN**

Calidad, es una palabra que se deriva del latín *Qualitatem*, lo cual significa tributo o propiedad que distingue a las personas, a los bienes y a los servicios; esta distinción significa nivel de excelencia, es decir algo adecuado para su uso. Sin embargo cualquier conceptualización de la calidad incluye componentes objetivos y subjetivos; por lo que el término calidad es complejo y multidimensional, en el cual se incluye efectividad, eficiencia, calidad científico – técnica, gestión, percepción, expectativas, comunicación, adecuación, coordinación, accesibilidad, disponibilidad, distribución, satisfacción, privacidad, credibilidad, competencia profesional, apoyo estructural o seguridad.

La Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, definen la calidad según Deming “como el resultado integral ligado a determinados procesos de trabajo, en el marco de la producción de servicios sociales” es decir, que la calidad es una condición compleja, en donde los diferentes componentes y agentes productores de servicios de salud brindan su aporte significativo aun resultado que se está por obtener y que se puede perfeccionar, para dar mayor satisfacción a los que necesitan de esos servicios.

Una salud pública con calidad implica tener en cuenta las desigualdades en el acceso a actividades preventivas por parte de los ciudadanos; además conlleva tener en cuenta la ética como principio valedero de las actuaciones profesionales. Así como el respeto a la voluntad de los pacientes, la no discriminación de las personas y el utilizar modelos motivacionales.

## **ANTECEDENTES EN CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD**

Desde hace mucho tiempo la mayoría de los esfuerzos están encaminados en mejorar la calidad de atención médica. Sin embargo, fue el médico Avedis Donabedian quien es conocido fundador del estudio de la calidad de atención a la salud. El establece que "la calidad no debe estar limitada a las competencias técnicas y a la atención superficial del proceso interpersonal", si no que implica el involucramiento del paciente en su atención general y el trabajo diligente del proveedor de servicios a fin de llegar a una solución que sea aceptable para el paciente.<sup>28</sup>

Las bases conceptuales y metodológicas sobre la calidad de la atención, publicadas en los ámbitos nacional e internacional durante los últimos 10 años, se han venido justificando en el modelo desarrollado por Donabedian; en donde el análisis de la calidad se hace a partir de las tres dimensiones propuestas (estructura, proceso y resultado) lo cual ha sido una contribución importante, pues permite medir ordenadamente las variables ligadas a la calidad de los servicios de salud.

Con base en lo anterior, se desprende el análisis de la satisfacción de los usuarios, vista como un indicador de la dimensión de resultado, a partir del cual se puede obtener la opinión acerca de los aspectos de la estructura (comodidades, instalaciones físicas, organización), el proceso (procedimientos y acciones realizadas en la consulta) y el resultado (cambios en el estado de salud y la percepción general de la atención recibida).

---

<sup>28</sup> Donabedian A. (2000), Garantía y Monitoria de la Calidad de la Atención Médica: un texto introductorio Avedis Donabedian. Perspectiva en salud. 1ra. edición, México, DF. Instituto de Salud Pública.

## **FACTORES ASOCIADOS AL NIVEL DE SATISFACCIÓN**

Entre los factores asociados al nivel de satisfacción de los servicios de atención está el estudio del trabajo, es decir la técnica y métodos en función de la productividad, de forma sistemática para obtener una producción mayor a partir de una cantidad de recursos sin invertir más capital.

De ahí su gran utilidad, de tal manera que con capacidades medias un sistema puede alcanzar altos niveles de productividad, disminuyendo sistemáticamente el tiempo improductivo, mejorando directamente la calidad de atención.

En el nivel de satisfacción algunos factores se relacionan entre si tales como la calidad, el acceso a los servicios, la satisfacción del usuario y la sostenibilidad del servicio.

El acceso debe ser incluido junto con la calidad de atención como un factor asociado, porque tanto el acceso como la calidad afectan en gran medida la satisfacción del usuario.

Pero la satisfacción del usuario, y la eventual sostenibilidad del servicio, dependen tanto de la calidad como del acceso. Estos últimos factores generalmente se evalúan como “productos de servicio” de los programas, en tanto que la satisfacción del usuario es clave para que estos usen o continúen usando el servicio, y es esencial para la sostenibilidad a largo plazo. Entre los factores que más influyen en el nivel de satisfacción del usuario están:

- ❖ Calidad del producto, servicio o prestación.
- ❖ Honorario justo.
- ❖ Servicio en menor tiempo.
- ❖ Seguridad.
- ❖ Mejora continua.

Es importante diferenciar la calidad de un producto y la de un servicio; la de un producto responde a las características externas del mismo y a su efectividad aislada para un fin determinado; por el contrario la calidad de un servicio reúne una gran cantidad de factores que no pueden disociarse.

## **GARANTÍA DE LA CALIDAD**

La garantía de la calidad en salud, es un enfoque de gerencia ordenada y planeada, orientada a satisfacer las necesidades y requerimientos del/a usuario/a, superando sus expectativas, para esto, organiza los procesos de atención en los servicios de salud, e identifica deficiencias a lo largo de todos sus aspectos, para tomar las medidas necesarias para mejorar los mismos.

La garantía de calidad tiene algunos principios básicos:

- ❖ Centra la atención en el usuario o su comunidad.
- ❖ Comprende los procesos y sistemas de atención que se dan en los servicios de salud.
- ❖ Usa datos para medir los efectos de los cambios y monitorea el desempeño.
- ❖ Aborda participativamente, orientando al trabajo en equipo.

Los mecanismos para garantizar la calidad pueden ser externos o internos. Entre los externos se encuentran: la acreditación, el licenciamiento y la certificación. Los mecanismos internos constituyen los esfuerzos que se realizan dentro de los servicios y/o del sistema de salud para mejorar la calidad, entre estos tenemos: la definición, el monitoreo y el mejoramiento continuo de la calidad.

## **ESTÁNDAR DE CALIDAD**

Es una declaración explícita del nivel de calidad que se desea establecer. Según la OMS el estándar es un nivel de desempeño acordado, que especifica qué acción se debe emprender. Sirve como un punto de referencia sobre el cual formarse una opinión. Tiene que ser alcanzable, observable, deseable y medible. Los estándares de atención en salud deben estar basados en la evidencia y apoyados por los conocimientos científicos actuales. Pueden desarrollarse estándares para las entradas, procesos y salidas.<sup>29</sup>

---

<sup>29</sup> Guía de Mejoramiento de la Calidad en la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores. Ministerio de Salud Pública, OPS-Ecuador. Quito – Ecuador. Septiembre 2011.

Los estándares de entradas, identifican el nivel de calidad esperado en los recursos necesarios para brindar la atención, los estándares de proceso, identifican las mejores técnicas, guías de manejo y procedimiento para brindar la atención y los de salida, constituyen los resultados esperados en la atención.

- ❖ Admisión en el establecimiento: los pacientes se admiten para recibir atención conforme a sus necesidades, reciben información, y el establecimiento busca reducir las barreras de acceso a los servicios.
- ❖ Continuidad de la atención: el establecimiento diseña y ejecuta procesos para brindar servicios de atención médica coordinados y continuos.
- ❖ Derechos de los pacientes y su familia:
  - ✓ El establecimiento es responsable de proporcionar procesos que respalden los derechos de los pacientes y de las familias durante la atención.
  - ✓ La atención médica respeta la necesidad de privacidad del paciente. La información del paciente es confidencial.
  - ✓ Se protege a los pacientes contra agresiones físicas.
  - ✓ El establecimiento informa a los pacientes y sus familiares acerca del proceso de cómo les comunicarán el estado de salud, diagnóstico de certeza y el tratamiento planeado, así como de la manera en que pueden participar en las decisiones sobre su atención, en la medida que deseen participar.
  - ✓ El establecimiento respalda el derecho del paciente a recibir una atención respetuosa y compasiva hacia el final de su vida.
- ❖ Evaluación de pacientes:
  - ✓ Las necesidades médicas y de enfermería del paciente se identifican a partir de la evaluación inicial. Las evaluaciones y revaloraciones son realizadas por personal calificado.
  - ✓ El personal médico, de enfermería y demás personal responsable de la atención del paciente colaboran para analizar e integrar las evaluaciones de los pacientes.
- ❖ Servicio de laboratorio, radiología y diagnóstico por imagen.

- ✓ Los servicios de laboratorio, radiología y diagnóstico por imagen están disponibles para atender las necesidades de los pacientes, cumplen con los estándares, leyes y reglamentaciones locales y nacionales.
- ✓ Los resultados de los análisis de los Servicios de Laboratorio se informan por escrito o de manera verbal correctamente.
- ❖ Alimentación y nutrición:
  - ✓ Los alimentos se brindan a los pacientes acorde con su atención clínica y son adecuados a su edad, preferencias culturales y alimenticias.
- ❖ Manejo y uso de medicamentos:
  - ✓ El manejo y uso de medicamentos en el establecimiento cumple con las leyes y reglamentaciones correspondientes, está organizado, y es supervisado por personal calificado.
  - ✓ Se cuenta con una selección adecuada y suficiente de medicamentos en existencias o inmediatamente disponibles para su prescripción.
- ❖ Mejora de la calidad y seguridad del paciente:
  - ✓ Los directivos y responsables de las áreas priorizan qué procesos deben controlarse y qué actividades de mejora de la calidad y seguridad del paciente deben llevarse a cabo.
  - ✓ La mejora de la calidad con enfoque clínico incluye al menos un indicador relacionado con la prevención y el control de eventos que ponen en riesgo la seguridad de los pacientes y de sus familiares, la evaluación del paciente, los procedimientos quirúrgicos, el uso de medicamentos.
  - ✓ La mejora de la calidad con enfoque de gestión incluye al menos un indicador relacionado con el abasto de insumos y medicamentos esenciales para atender las necesidades del paciente, las expectativas y la satisfacción del paciente y de su familia.
- ❖ Gestión y seguridad de las instalaciones:

- ✓ El establecimiento cumple con las leyes, reglamentaciones y requisitos de inspección de la instalación. Además proporciona un entorno físico seguro y protegido.
- ❖ Alta y seguimiento:
  - ✓ El establecimiento coopera con los profesionales de la salud y con otros establecimientos para garantizar referencias oportunas y adecuadas.<sup>30</sup>

## **MONITOREO DE LA CALIDAD**

El monitoreo de la calidad o medición de la calidad, consiste en un proceso periódico de recopilación y análisis de indicadores diseñados para identificar el rendimiento de un proceso y el grado de calidad que se está brindando. Proporciona datos que pueden usarse para tomar decisiones, evaluar problemas y mejorar el proceso de atención.<sup>31</sup>

Es importante medir la calidad, para detectar aspectos del proceso de atención que requieren mejorarse, a su vez, para medir si las intervenciones para mejorar son eficaces. Por otra parte la medición de la calidad permite que los prestadores de servicios tomen conciencia y le den mayor importancia a la calidad (si se evalúa se vuelve importante).

- ❖ Indicadores: Los indicadores, son la expresión objetiva, que permite medir la calidad que ha sido declarada, al definir los estándares. Al igual que los estándares, los indicadores pueden desarrollarse para medir la calidad de estándares de las entradas, los procesos y las salidas. El dato nos permite medir, si lo que se hace, se lo hace bien, regular o mal y en qué medida se lo hace así.
- ❖ Mejoramiento de la Calidad: Consiste en realizar cambios en una organización para vencer deficiencias en los procesos, lograr un empleo eficiente de los recursos y un mejor desempeño. El mejoramiento de la calidad debe abordarse en conjunto, tanto en los recursos (insumos),

---

<sup>30</sup> Estándares para la Certificación de Hospitales. Consejo de Salubridad General. México 2012.

<sup>31</sup> Bouchet Bruno, Proyecto de Garantía de Calidad, guía para el administrador de salud, Vigilancia de la calidad de la atención primaria.

como en las actividades realizadas (procesos), no consiste solamente en añadir nuevos recursos a un sistema, sino además realizar cambios en la organización, con el fin de dar el mejor uso a los recursos.

## **EVALUACIÓN DEL NIVEL DE SATISFACCIÓN**

La evaluación y el mejoramiento de los servicios de salud implican un proceso de identificación y satisfacción de las expectativas de los usuarios.

El usuario determina si el servicio es aceptable de manera que el diseño, desarrollo y nivel del servicio deben partir de un claro entendimiento y conocimiento de las necesidades, preferencias, valores y criterios de la salud de los usuarios.

Identificar como percibe el usuario la calidad de atención recibida depende fundamentalmente de la diferencia entre lo que espera (expectativas) y lo que percibe (percepción de resultados reales); es por ello que la satisfacción dependerá sobre todo, de la información o expectativas que tenga el usuario acerca de la prestación del servicio; puede darse el caso de que la realidad de la atención en salud sea excelente, pero el usuario no la percibe así; de ahí que solo cuando se da una información clara, real y veraz, y se trate de igualar las expectativas a la realidad se puede conseguir que la realidad percibida sea igual a la calidad real.<sup>32</sup>

Para la evaluación de la calidad de los servicios de salud se deben considerar las siguientes dimensiones:

- ❖ **Rendimiento:** Es una dimensión que señala el número de actividades o acciones realizadas en un período de tiempo, esta dimensión es utilizada como base para definir la efectividad y la eficiencia.
- ❖ **Efectividad:** Se refiere a la medida que relaciona el resultado de una práctica en condiciones reales (rendimiento) y una expectativa pre-establecida para dicho resultado. Es la medida en que una determinada práctica o atención sanitaria mejora el estado de salud de la población

---

<sup>32</sup> Campos-Navarro, R., Afganis-Juárez, E. N., Torrez, D. Calidad de los servicios de medicina familiar según adultos mayores del sureste de la ciudad de México Archivos en Medicina Familiar [en línea] 2006, 8 (mayo-agosto): Disponible en: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=50780210>>.

concreta que la recibe. Su concepto puede entremezclarse con el de eficacia, si bien son distintos. Eficacia se refiere al beneficio ocasionado en condiciones ideales y efectividad en condiciones reales.

- ❖ **Eficiencia.** Se define en términos de la relación entre el coste y el producto. Es efectividad determinada por un determinado coste o un mínimo coste dadas unas determinadas exigencias de efectividad. Es el logro de objetivos y metas haciendo uso racional de recursos.
- ❖ **Satisfacción:** Es la medida en que la atención sanitaria y el estado de salud resultante cumplen con las expectativas del usuario y del proveedor.
- ❖ **Participación:** Representa la medida en que el usuario o proveedor del servicio interviene activamente en las decisiones que tienen que ver con los intereses habituales del servicio.
- ❖ **Calidad científico-técnica:** Es la dimensión central de la calidad. Hace referencia a la capacidad de los proveedores de utilizar el más avanzado nivel de conocimientos existentes, para abordar los problemas de salud.
- ❖ **Accesibilidad:** Hace referencia a la facilidad con la que la atención sanitaria puede obtenerse en relación con las barreras organizacionales, económicas, culturales y emocionales.
- ❖ **Adecuación:** Es la medida en que la atención se corresponde con las necesidades del paciente.
- ❖ **Continuidad:** Es la medida en que la atención sanitaria se provee de una forma ininterrumpida y coordinada.<sup>33</sup>

Todas estas dimensiones pueden ser reducidas a tres: calidad científico-técnica, satisfacción y accesibilidad. Si consideramos eficiencia y efectividad, estas dimensiones son atributos de las acciones diagnósticas y terapéuticas, que a su vez son determinadas por aquellos profesionales más competentes, o lo que es lo mismo con un mayor nivel de calidad científico-técnica. Al medir eficiencia y efectividad, medimos calidad científico-técnica para actuar de forma adecuada. La adecuación va íntimamente ligada a la calidad científico-técnica.

---

<sup>33</sup> OPS / MSP, Vaca Luis, Estándares, indicadores e instrumentos para medir la calidad de la atención integral de salud al adulto mayor, Quito, Ecuador, 2009.

La continuidad, en sus diferentes partes refleja lo definido por las dimensiones principales a las que hacemos referencia.

Calidad y eficiencia son dos conceptos estrechamente relacionados, al punto que algunos consideran la eficiencia como parte de la calidad. Es obvio que un servicio cualquiera puede brindarse dentro de límites aceptables de calidad con más o menos eficiencia pero también es posible que una búsqueda desmedida de eficiencia vaya en perjuicio de la calidad. Si bien en el ámbito de la salud el servicio central es el bien humano máspreciado y parecería injusto y hasta indeseable “cambiar” calidad por eficiencia, la natural escasez de recursos debe conducirnos a una posición más realista.

Una posición que refleje la necesidad de alcanzar la mayor calidad en la prestación de servicios con el mínimo de recursos, o, quizás mejor, una posición que favorezca el uso más eficiente de los recursos disponibles dentro de límites aceptables de calidad. Por lo tanto, la búsqueda de la calidad, debe ser siempre más bien la búsqueda del mejor balance entre calidad y eficiencia.

## **ASPECTOS A EVALUAR DEL USUARIO DEL SERVICIO**

- ❖ Percepción general respecto a la calidad de la atención: se concentran los juicios de los usuarios, asociados a los aspectos positivos y negativos de la atención y la caracterización de los conceptos asociados a la calidad de la atención como “dominio conceptual”; así también cobran importancia los aspectos relativos a la dimensión que caracteriza el proceso de atención, el que a su vez se refiere a las respuestas sobre trato personal, a las acciones de revisión y diagnóstico y a la información recibida durante la consulta.
- ❖ Percepción de buena calidad y motivos que la definen: Están asociados al trato personal, a la mejoría de la salud, y a la preparación técnica del personal.
- ❖ Percepción de mala calidad: Entre los usuarios de los servicios de atención en salud, se percibe la calidad de la atención, asociándose la mala calidad a los largos tiempos de espera, cortos tiempos de consulta,

altos costos de atención y la falta de acciones de revisión por parte del personal que brinda la atención.

Con base en lo anterior, es importante considerar la relación médico-paciente como elemento central para brindar una atención de calidad.

## **IMPLEMENTACIÓN DE SERVICIOS CON UNA MEJOR CALIDAD DE ATENCIÓN**

La calidad de atención independientemente del sistema sanitario es proporcional a la eficiencia del sistema, lo que permite dar respuesta a la problemática e introducción de cambios para responder a ésta en base a eficiencia, eficacia, equidad y nuevos criterios organizacionales orientados a la calidad, satisfacción del personal y servicio al cliente.

Sin embargo, la implementación de un modelo de atención en salud que responda a las necesidades de la población, requiere entre otros componentes el incremento de la calidad en la prestación de los servicios, la satisfacción de los intereses del personal y del usuario.

La conciencia de los sistemas y el diseño de los mismos son importantes para los profesionales de la salud, pero no bastan; sólo son mecanismos potenciadores; lo esencial para el éxito de un sistema es la dimensión ética de los individuos; uno debe amar a sus pacientes; amar su profesión; si se logra hacer esto, entonces se puede volver la mirada para monitorear y mejorar el sistema.

El primer paso es la búsqueda de incrementos en la calidad de atención es el de definir qué es un proceso y qué son los consumidores. Entre las medidas propuestas más comunes y más innovadoras para mejorar la satisfacción están:

- ❖ Reducir el tiempo en la sala de espera.
- ❖ Mejorar el horario de atención.
- ❖ La fijación de honorarios.

Es importante reconocer que el mejoramiento de los servicios de salud no se pueden fomentar sin la participación de los usuarios, quienes reciben la acción que genera el servicio.

Por lo cual resulta necesaria la incorporación de las comunidades en la planificación, ejecución y evaluación del servicio de atención, para impulsar un modelo de gestión en salud orientado a la solución de los principales problemas que afectan a la población, asumiendo la salud colectiva como una responsabilidad compartida entre el equipo de salud y las comunidades; tomando en cuenta un proceso que debe estar orientado al desarrollo del concepto de atención en salud integral en el que se le dé respuesta a las necesidades clínico curativas y se articule con las actividades de fomento de la salud y prevención específica con la participación organizada de la comunidad, estableciéndose mecanismos de corresponsabilidad entre la prestación del servicio, la comunidad, la familia y el individuo.

## **¿CÓMO QUIEREN SER TRATADAS LAS PERSONAS MAYORES?**

**Ser tratado como persona, con respeto:** la mayoría de personas parecen considerar que a las individuos mayores se las trata de manera distinta que a las otras edades y no precisamente, de la vida adulta, sino que perciben ser tratados como niños. Por lo tanto la persona mayor debe ser tratada como persona adulta, sin hacer diferencias en el trato y no por razón de su edad. Además no recibir un trato con “infantilismo” como “bebés”.

**Ser tratado con afecto, comprensión y tomado en cuenta:** Esto implica la dimensión de calidez, es decir una relación humana vehemente, una relación que conlleve conocimiento, buen hacer, además de buena relación empática con el sujeto de cuidados.

También involucra el ser tomado en cuenta para asumir decisiones, recibir información adecuada y directa respecto a su situación.

## **EN RELACIÓN CON LA FAMILIA**

El primer paso es iniciar valorándote a ti mismo, valorar todo el conjunto de su vida, los retos y objetivos que haya cumplido, la familia que ha formado, los acontecimientos que ha vivido y transmitirlo.

Tenga en cuenta que lleva las riendas de su vida y por lo tanto ha de tomar las decisiones que considere adecuadas; respeta, valora y acepta consejos pero tenga en cuenta que la decisión es suya. En toda familia existen acuerdos y desacuerdos, arreglar esas diferencias es fundamental para favorecer el buen clima en las relaciones familiares y por lo tanto el buen trato a recibir.

### **Que hacer para obtener un buen trato en la familia**

Participar en la sociedad, esto le permitirá tener un reconocimiento social y una mejora en las relaciones familiares. Mantener siempre el control sobre los bienes, sin ceder esa responsabilidad a familiares o personas cercanas. Protestar y utilizar la autoridad moral que le confiere ser el o la cabeza de familia.

Exija respeto, que no le den la razón por que sí, exija que no le prometan cosas que no van a cumplir. Elija las tareas que le apetezcan y no las que le impongan como el cuidado obligado de los nietos. Reclame sus derechos y no consienta nunca una humillación o un maltrato ya sea físico, psicológico, social o económico.

## **CUANDO ASISTEN A CENTROS DE SALUD**

La mayoría de los recursos hospitalarios no están adaptados a las características de los pacientes ancianos.

Para el manejo de estos pacientes debemos sobrepasar el concepto de la "individualización". Pretender que un paciente anciano pluripatológico y con frecuencia con uno o varios síndromes geriátricos se adapte al sistema sanitario en lugar de adaptarnos nosotros a ellos es definible, como ausencia de buen trato.

- ❖ Trato con respeto, igual que a cualquier persona, sin tener en cuenta la edad.
- ❖ Que les permitan expresarse y se tengan en consideración sus opiniones y sus preferencias.
- ❖ Información de forma clara y detallada de sus enfermedades y sobre las posibilidades diagnósticas, terapéuticas o de cuidado existentes.
- ❖ Que no se atribuyan todos sus males a la edad y no se atiendan sus necesidades reales.
- ❖ No hacerles sentir como una carga cuando son pacientes desplazados o porque tengan varios problemas de salud, tomen muchos medicamentos o haya que ir a visitarles al domicilio.
- ❖ Paciencia de los profesionales.
- ❖ Trato con amabilidad, con afecto y cariño.

### **Los profesionales y el buen trato**

Los pacientes ingresados en un servicio de hospitalización, tienen mayor deterioro cognitivo con aumento del riesgo de síndrome confusional, mayor comorbilidad, peor situación funcional con mayor dependencia para la realización de actividades básicas de la vida diaria y menor porcentaje de marcha independiente. También presentan, además, mayores índices de severidad de la enfermedad.

Por todo esto, en un paciente anciano, además del manejo de la patología aguda que ha provocado el ingreso, deben tenerse en cuenta otras consideraciones que apenas se ven en pacientes más jóvenes.

Reflexionar sobre los prejuicios que podamos tener ante el envejecimiento y mejorar nuestra formación sobre el mismo nos ayudará a cuestionarnos hábitos y a mejorar el trato de las personas mayores que atendemos.

La realización de actividades de prevención y promoción de la salud son parte esencial de la atención y resultan fundamentales para establecer los dos pilares sobre los que asentar el buen trato: la promoción de la autonomía y la prevención de la dependencia. El buen trato tiene que ver, por tanto, con la

realización de acciones que promuevan, no sólo la autonomía física y social de los mayores, sino también su autonomía moral y prevengan la dependencia funcional, ayudándoles a lograr que alcancen la mayor calidad de vida posible.

## **SEÑALES PARA EMPEZAR A ACTUAR**

Todos y cada uno de nosotros deseamos y tenemos derecho a ser tratados bien, y en general suele ser así. No obstante, en determinados momentos y situaciones somos tratados de forma inadecuada. Esta misma situación pueden experimentarla las personas mayores tanto en el ámbito comunitario como institucional.

### **Señales físicas**

Éstas son el resultado de una acción u omisión cuya consecuencia es un daño o lesión física como laceraciones, abrasiones, fracturas y quemaduras sin explicación, repetidas, no tratadas en varios estados de cicatrización o tratadas de forma inadecuada. También pueden presentar signos de haber sufrido restricciones físicas como marcas de ataduras o manifestar dolor al ser tocados.

Otra señal física importante es que la persona mayor carezca de la atención sanitaria que necesita provocando la presencia de úlceras, pérdida de peso inusual, deshidratación, malnutrición o hipotermia, niveles anormales de fármacos (por exceso o por defecto), incumplimiento del tratamiento prescrito, carencia de ayudas físicas como gafas, audífonos o dentaduras postizas, problemas de higiene (suciedad, olor a orina o heces o cualquier otro riesgo o peligro para la salud o seguridad en el ambiente en el que vive la persona mayor), ingresos repetidos en hospitales o que no acuda a citas médicas previstas.

Otros indicadores relevantes a destacar serían que la persona mayor sea encerrada o aislada, que presente ropas inadecuadas para la estación del año correspondiente y manifieste estar sufriendo daño físico. Finalmente, la presencia de factores de riesgo como la fragilidad de la persona mayor, el

consumo de cuatro o más medicamentos (polifarmacia), una mala salud y ser dependiente físicamente son señales a tener en cuenta.

### **Señales psicológicas y/o emocionales**

Surgen como consecuencia de acciones u omisiones que causan angustia o malestar en la persona mayor como el hecho de recibir gritos, amenazas, humillaciones, ridiculizaciones o que la persona mayor señale que está sufriendo daño psicológico o emocional. También son señales relevantes que la persona mayor muestre impotencia o desamparo, furia sin causa aparente, ansiedad, depresión, baja autoestima, introversión excesiva y falta de comunicación.

Es importante estar atento a situaciones en la que la persona mayor es tratada como si fuese un niño, es ignorada ("trato de silencio") o aislada de su entorno, amigos, vecinos y familiares o no se respeta su intimidad. Sentimientos como la culpa y la vergüenza o las dificultades de concentración, atención y memoria son relevantes como señales psicológicas.

Finalmente, la presencia de deterioro cognitivo en la persona mayor o los cambios de humor inusuales son también aspectos a tener en cuenta.

### **Señales sociales**

Estas señales han sido remarcadas como las más importantes por las propias personas mayores en un estudio realizado ("Missing Voices"). Éstas son consecuencia de la presencia de estereotipos negativos asociados al envejecimiento, asociando a las personas mayores los siguientes calificativos: dependientes, pasivos, improductivos, intolerantes, conservadores, etc.

Estos estereotipos dan lugar a la imagen negativa que la sociedad tiene hacia el envejecimiento. Y esto se traduce en una desvalorización de las personas mayores, falta de respeto hacia las mismas y que no se respete por ejemplo, su capacidad de toma de decisiones y su autonomía.

También alude al uso de determinados términos como la palabra anciano, abuelo/a o el utilizar diminutivos; a la explotación de la capacidad de trabajo en

el hogar o en el cuidado de otros familiares como los nietos; la destitución familiar; el desarraigo, es decir, rotación por los domicilios de los hijos o institucionalización forzosa.

Entre las conductas a observar en la persona mayor se podrían incluir, que muestre miedo o temor hacia alguien, temblores, falta de contacto visual, evasividad o hipervigilancia; que esté ansiosa, deprimida, tenga ideas suicidas o pensamientos negativos recurrentes, que se niegue a responder cuando se le pregunte, o que antes de responder mire a la persona que se encuentra con ella para saber cómo responder o muestre indecisión para hablar abiertamente.

También sería conveniente estar alerta si expresa sentimientos de soledad o manifiesta carecer de amigos, familia, dinero, de forma de transporte, etc.; si expresa frases que denotan baja autoestima como "no sirvo para nada", "aquí estoy molestando", etc. o si se refiere a alguna persona cercana a ella como una persona "con genio" o frecuentemente "enfadada", muestra respeto continuo hacia la misma o sentimientos ambivalentes.<sup>34</sup>

---

<sup>34</sup> Bermejo L, Bohórquez A, Díaz L, Domínguez C, Fernández R, Gómez M, Nevado M, Martínez T, Moya A, Pérez G, Rodríguez J. Guía práctica para favorecer el buen trato a las personas mayores. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Madrid, septiembre 2011.

# **V. MATERIALES Y MÉTODOS**

## TIPO DE ESTUDIO

- ❖ **Prospectivo:** ya que se registraron los hechos según fueron ocurriendo.
- ❖ **Transversal:** Porque se estudió las variables simultáneamente en determinado momento haciendo un corte en el tiempo, en este caso el tiempo no es importante en relación con la forma en que se dieron los fenómenos.

## AREA DE ESTUDIO

- ❖ **Lugar:** La presente investigación se realizó en el Hospital Regional Isidro Ayora, el mismo que se encuentra ubicado en Av. Manuel Agustín Aguirre entre calles Manuel Ignacio Monteros y Juan José Samaniego.

## UNIVERSO Y MUESTRA

- ❖ **Universo:** Estuvo compuesto por 70 pacientes ingresados en el Hospital Regional Isidro Ayora en los servicios de Medicina Interna y Cirugía.
- ❖ **Muestra:** Está constituida por 58 Pacientes adultos mayores hospitalizados en los servicios de Medicina Interna y Cirugía del Hospital Regional Isidro Ayora.

## CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

### Inclusión:

- ❖ Adultos mayores que gocen de un adecuado estado mental que hayan autorizado libre y voluntariamente su participación en este estudio.

### Exclusión:

- ❖ Paciente con estado mental/cognitivo anormal.
- ❖ Adulto mayor que no autorice su participación en el estudio.
- ❖ Paciente en estado grave.

# MÉTODOS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

## MÉTODO

Se identificaron a los usuarios adultos mayores mediante el recorrido diario cama por cama de los servicios de Medicina Interna y Cirugía que conforman la unidad hospitalaria, corroborando el registro de ingresos de hospitalización de cada una de las especialidades incluidas en el estudio.

Se acudió a las camas de cada uno de los usuarios adultos mayores y se les invitó a participar en el estudio de forma voluntaria (consentimiento informado).

Se emplearon las siguientes técnicas:

- ❖ **Técnica Documental:** a partir de recolección de datos obtenidos de manera directa de pacientes geriátricos ingresados del Hospital Regional Isidro Ayora.
- ❖ **Técnica Teórica:** Mediante la investigación bibliográfica se obtuvo los conocimientos teóricos que permitieron la comprensión de la problemática a investigar.

## INSTRUMENTO

La recolección de los datos se realizó mediante una encuesta (cuestionario), el cual comprende de varias interrogantes, con una única opción de respuesta.

Para medir la calidad se empleó una escala de valoración de acuerdo a lo siguiente:

- ❖ Excelente: tomando en cuenta el total cumplimiento de los indicadores establecidos.
- ❖ Buena: cuando la atención de acuerdo a los indicadores se ha cumplido parcialmente.
- ❖ Regular: si la atención que han recibido los adultos mayores ha sido medio-baja, es decir menor a un 50% de cumplimiento de los indicadores.

- ❖ Mala: valorada como atención deficiente, que no cumple los parámetros indicados.

Para la evaluación de la calidez se emplearon parámetros como:

- ❖ Siempre: si la atención ha cumplido en su totalidad los parámetros predeterminados.
- ❖ A veces: cuando el servicio recibido se ha llevado a cabo en un nivel intermedio de acuerdo a los indicadores.
- ❖ Nunca: si la atención no se llevó a cabo adecuadamente o no es considerada correcta, teniendo en cuenta los indicadores mencionados.

Para medir la satisfacción se recurrió a la siguiente escala:

- ❖ Muy satisfecho: si el paciente siente agrado o se siente complacido, contento o conforme con el servicio prestado.
- ❖ Levemente satisfecho: si el usuario adulto mayor se ha sentido conforme de manera incompleta debido a la percepción de alguna falencia en el servicio.
- ❖ Indiferente o levemente insatisfecho: cuando el servicio recibido ha sido catalogado dentro de un nivel medio-bajo o ha causado un efecto negativo en el paciente.
- ❖ Muy insatisfecho: si al paciente no le agradó la atención y califica esta como débil, no adecuada, se encuentra en desacuerdo con la misma o ha causado molestias.

## **PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS**

Los resultados obtenidos fueron ordenados y analizados de forma manual para luego ser procesados en el programa de cálculo de Microsoft Excel donde se analizaron a través de la estadística descriptiva, distribución de frecuencias y porcentaje, para la realización de tablas y gráficos estadísticos, con su posterior interpretación y elaboración de análisis.

# **VI. RESULTADOS**

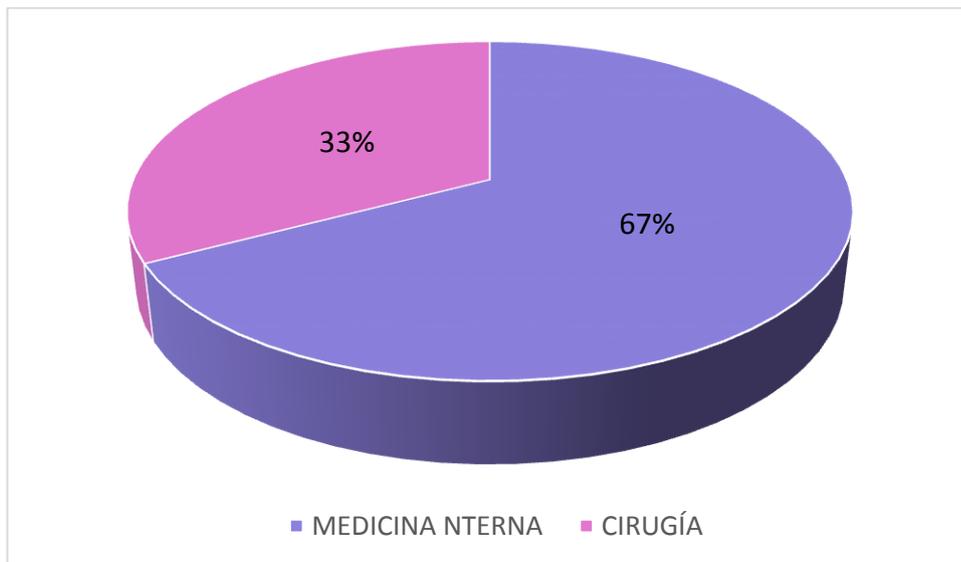
**TABLA N° 1**

**TOTAL DE PACIENTES GERIATRICOS ATENDIDOS EN LOS  
SERVICIOS DE MEDICINA INTERNA Y CIRUGÍA DEL HOSPITAL  
ISIDRO AYORA DE LOJA**

SERVICIO	F	%
MEDICINA INTERNA	39	67
CIRUGÍA	19	33
<b>TOTAL</b>	<b>58</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Encuesta aplicada a pacientes Geriátricos  
**Elaborado por:** Katuska Montoya

**GRAFICO N° 1 TOTAL DE PACIENTES GERIATRICOS ATENDIDOS EN LOS  
SERVICIOS DE MEDICINA INTERNA Y CIRUGIA**



**Fuente:** Tabla N°1  
**Elaborado por:** Katuska Montoya

De un total de 58 pacientes adultos mayores encuestados, la mayor parte pertenece al grupo hospitalizado en el servicio de Medicina Interna 67%, siendo 39 adultos mayores; y en el departamento de Cirugía 19 de ellos, representando el 33%.

# CALIDAD

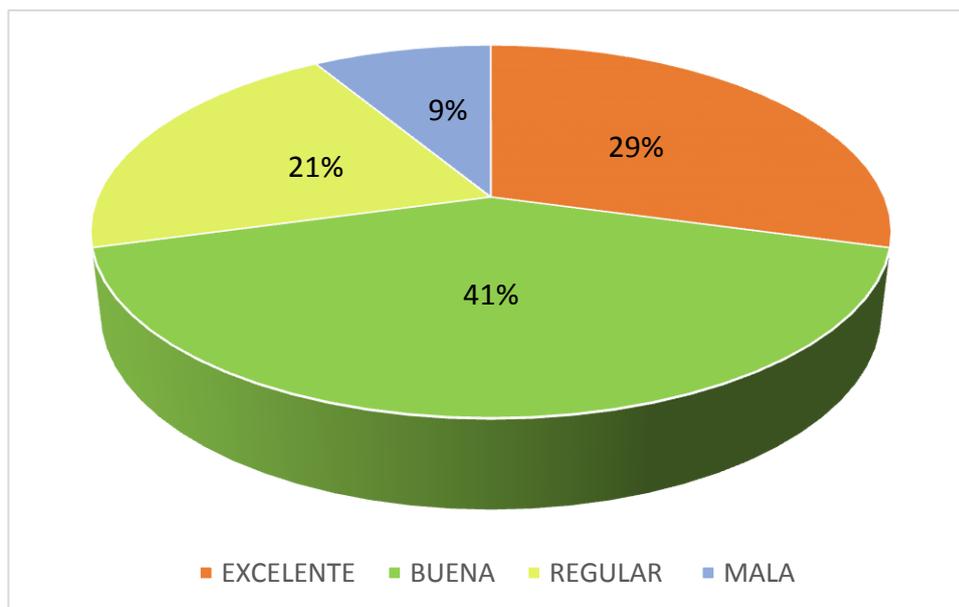
La que identifica las necesidades de salud (educativas, preventivas, curativas y de mantenimiento) de los individuos o de la población de una forma total y precisa y destina los recursos necesarios (humanos y otros) a estas necesidades, de forma oportuna y efectiva

**TABLA N° 2**  
**CALIDAD DEL SERVICIO RECIBIDO DURANTE LA**  
**HOSPITALIZACIÓN**

	<b>F</b>	<b>%</b>
EXCELENTE	17	29
BUENA	24	41
REGULAR	12	21
MALA	5	9
<b>TOTAL</b>	<b>58</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes Geriátricos  
 Elaborado por: Katuska Montoya

**GRAFICO N° 2 CALIDAD DE SERVICIO RECIBIDO DURANTE LA**  
**HOSPITALIZACIÓN**



Fuente: Tabla N°2  
 Elaborado por: Katuska Montoya

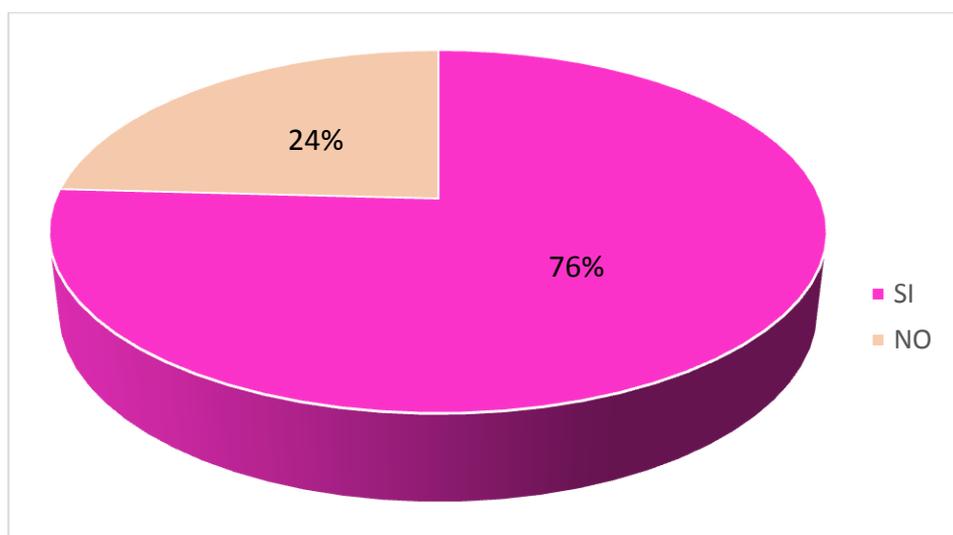
La percepción del paciente geriátrico en lo referente a la calidad de atención en la estancia hospitalaria, es calificada por la mayoría de usuarios (24) como buena lo que corresponde al 41%, y sólo 5 entes la califican como mala, representando el 9%.

**TABLA N° 3**  
**CUMPLIMIENTO DE PARAMETROS DE CALIDAD EN LA**  
**ATENCIÓN BRINDADA A PACIENTES GERIÁTRICOS**  
**HOSPITALIZADOS**

	<b>F</b>	<b>%</b>
SI	44	76
NO	14	24
<b>TOTAL</b>	<b>58</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Encuesta aplicada a pacientes Geriátricos  
**Elaborado por:** Katuska Montoya

**GRAFICO N° 3 CUMPLIMIENTO DE PARAMETROS DE CALIDAD EN LA**  
**ATENCIÓN BRINDADA A PACIENTES GERIÁTRICOS HOSPITALIZADOS**



**Fuente:** Tabla N°3  
**Elaborado por:** Katuska Montoya

En el gráfico se puede apreciar que de acuerdo a la percepción de los pacientes geriátricos en lo que respecta al cumplimiento de los parámetros de calidad, la mayoría de ellos (44 usuarios) que representan el 76% consideran que estos si se cumplen a cabalidad; por lo contrario 14 pacientes atendidos, que equivalen al 24%, opinan que los mismos no se practican.

# CALIDEZ

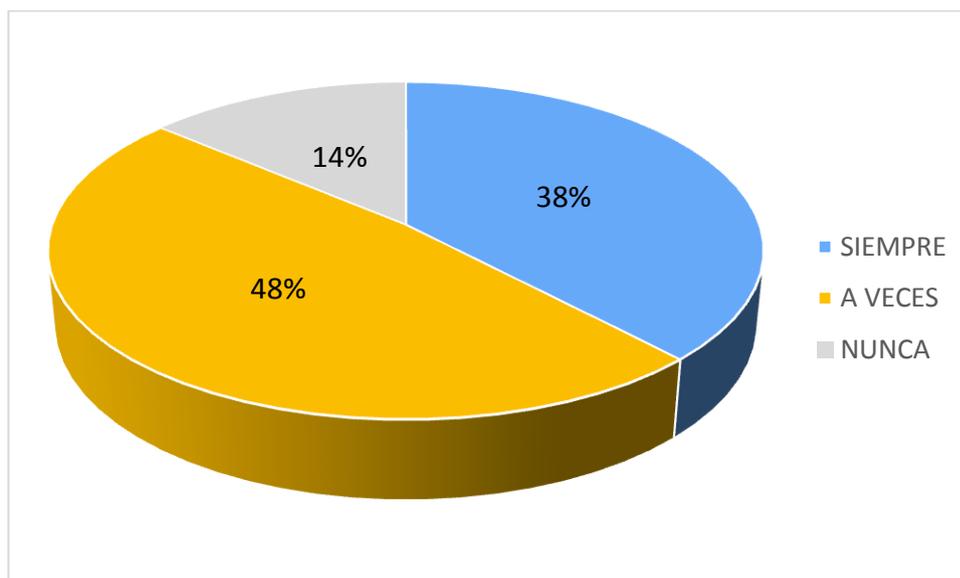
Apela a la búsqueda de una relación afectiva verbal y no verbal. Se experimenta como una expresión de afecto y preocupación: se percibe cercano, empático. Humaniza la atención de salud, este atributo ocupa un lugar en el inconsciente y en el corazón de los usuarios.

**TABLA N° 4**  
**CALIDEZ EN EL SERVICIO RECIBIDO DURANTE LA**  
**HOSPITALIZACIÓN**

	<b>F</b>	<b>%</b>
SIEMPRE	22	38
A VECES	28	48
NUNCA	8	14
<b>TOTAL</b>	<b>58</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Encuesta aplicada a pacientes Geriátricos  
**Elaborado por:** Katuska Montoya

**GRAFICO N° 4 CALIDEZ EN EL SERVICIO RECIBIDO DURANTE LA**  
**HOSPITALIZACIÓN**



**Fuente:** Tabla N°4  
**Elaborado por:** Katuska Montoya

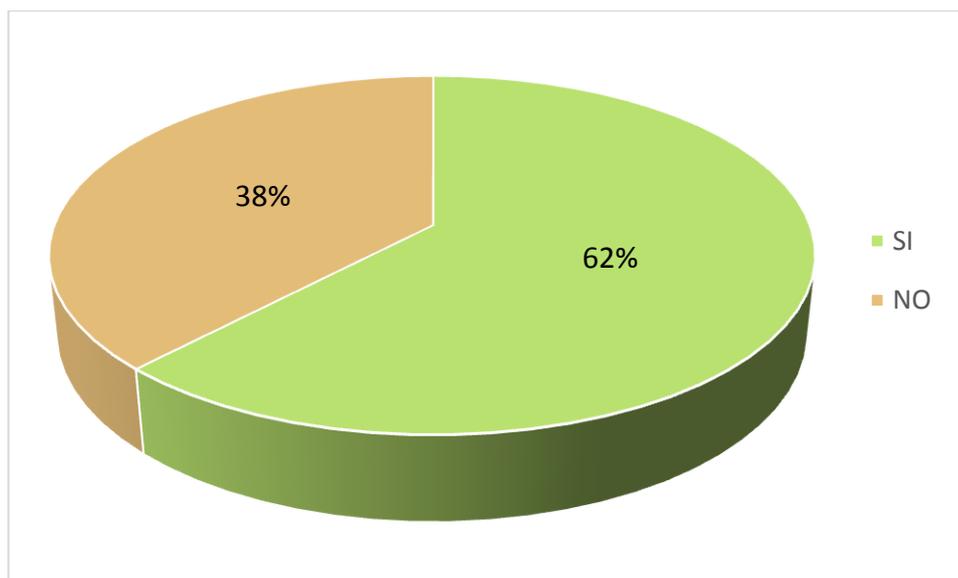
Se puede verificar en la gráfica, que 28 de los 58 usuarios encuestados, es decir el 48%, señalan recibir a veces atención con calidez durante su estancia hospitalaria; una minoría representada por 8 pacientes, que equivale al 14% indican que la calidez en la atención nunca se procura.

**TABLA N° 5**  
**CUMPLIMIENTO DE LOS PARÁMETROS DE CALIDEZ EN LA**  
**ATENCIÓN OTORGADA A PACIENTES ADULTOS MAYORES**  
**HOSPITALIZADOS**

	<b>F</b>	<b>%</b>
SI	36	62
NO	22	38
<b>TOTAL</b>	<b>58</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Encuesta aplicada a pacientes Geriátricos  
**Elaborado por:** Katuska Montoya

**GRAFICO N° 5 CUMPLIMIENTO DE LOS PARAMETROS DE CALIDEZ EN LA**  
**ATENCIÓN OTORGADA A PACIENTES ADULTOS MAYORES HOSPITALIZADOS**



**Fuente:** Tabla N°5  
**Elaborado por:** Katuska Montoya

Como se observa, 36 adultos mayores que corresponden al 62%, consideran que los parámetros de calidez si se toman en cuenta al momento de brindar atención. El resto, es decir 22 pacientes encuestados que representan el 38%, revelan que los mismos no se cumplen.

# SATISFACCIÓN

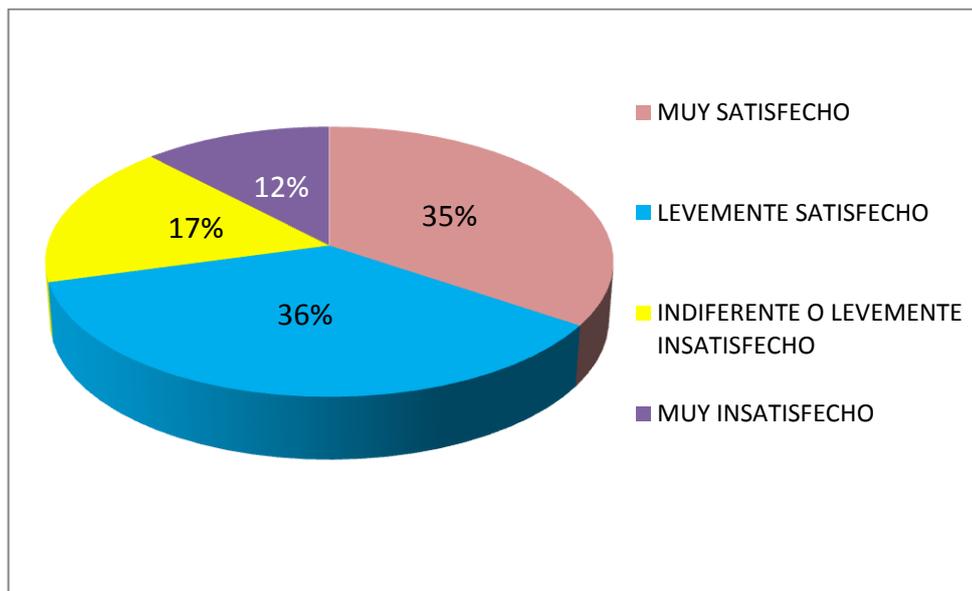
Complacencia del usuario (en función de sus expectativas) por el servicio recibido y la del trabajador de salud por las condiciones en las cuales brinda el servicio.

**TABLA N° 6**  
**SATISFACCIÓN DEL PACIENTE GERIATRICO CON LA**  
**CALIDAD Y CALIDEZ RECIBIDA EN LA ATENCIÓN**

	<b>F</b>	<b>%</b>
MUY SATISFECHO	20	35
LEVEMENTE SATISFECHO	21	36
INDIFERENTE O LEVEMENTE INSATISFECHO	10	17
MUY INSATISFECHO	7	12
<b>TOTAL</b>	<b>58</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Encuesta aplicada a pacientes Geriátricos  
**Elaborado por:** Katuska Montoya

**GRAFICO N° 6 SATISFACCIÓN DEL PACIENTE GERIATRICO CON LA CALIDAD Y**  
**CALIDEZ RECIBIDA EN LA ATENCIÓN**



**Fuente:** Tabla N°6  
**Elaborado por:** Katuska Montoya

El presente gráfico nos muestra que, 21 pacientes geriátricos que equivalen al 36% se sienten levemente satisfechos con la calidad y calidez recibida en la atención. Solo 7 usuarios encuestados, siendo el 12%, manifestaron encontrarse muy insatisfechos.

# PROPUESTA

# PLAN DE ATENCIÓN Y CUIDADO DEL PACIENTE ADULTO MAYOR

## INTRODUCCIÓN

En la actualidad son muchas las personas en el mundo que dedican su esfuerzo y estudio a lo que podría denominarse como la nueva cultura de la longevidad. Esa nueva cultura se estructura alrededor del objetivo de ampliar el horizonte de vida en mejores condiciones físicas, sociales y mentales, producto del avance social orientado hacia esa dirección, buscando un modelo de envejecimiento competente en sentido útil y productivo, capaz de fortalecer desde un punto de vista genérico de la salud la calidad de vida.

Los sistemas de salud están sufriendo cambios importantes en América Latina y en otras partes del mundo, en un intento por disminuir el ritmo del alza de los costos a medida que se amplía la cobertura. Esto implica subrayar la eficiencia económica, pero junto con la eficiencia es importante considerar también la equidad.

El sistema de salud de una nación puede ser de la mejor calidad y eficiencia económica, pero si a las personas que necesitan sus servicios se les priva de los mismos o se les desalienta a utilizarlos, entonces ese sistema no está respetando los derechos fundamentales de la población, en especial de los grupos más vulnerables como los adultos mayores.

El envejecimiento usual o primario se refiere al de las personas que llevan habitualmente una vida activa en la comunidad, sin sufrir enfermedades o procesos patológicos diagnosticados, como demencias, depresiones u otros. Está caracterizado por un deterioro orgánico gradual, fruto del efecto combinado de la enfermedad y del estilo de vida sobre el proceso de envejecimiento intrínseco, coincidente con el decremento común del estado de salud que usualmente se asocia con la vejez.

El envejecimiento secundario o patológico se situaría en el extremo opuesto, mostrando la presencia de enfermedades usualmente relacionadas con la vejez

y un deterioro marcado del estado general de salud que acompaña al envejecimiento intrínseco. Se incluye en este grupo, por ejemplo, a las personas que padecen enfermedades crónicas degenerativas y cardiovasculares, secuelas neurovasculares, fracturas (por ejemplo, de cadera) o demencias tradicionalmente consideradas seniles.

Es necesario destacar en este punto que si bien la vejez patológica está definitivamente relacionada con la edad cronológica, ya que a medida que se tiene mayor edad hay mayor incidencia registrada de numerosas enfermedades, no es inevitablemente dependiente de ella. Esto significa que la mayor edad no está etiológicamente ligada a la presencia de enfermedad.

De esta manera, las personas de la tercera edad con enfermedades crónicas demandan una comunicación más efectiva, hablan de la necesidad de sentirse escuchados y comprendidos por el personal de salud, piensan que la indiferencia con que muchos médicos y enfermeros los tratan no les permite un adecuado tratamiento y mejoría. Es decir, una mejor atención y cuidados que resguarden su integridad física, emocional y biológica.

Los estilos de vida, geografía y la exposición a factores de riesgo, las posibilidades de acceso a la educación, a la promoción de la salud en el transcurso de la vida, constituyen aspectos importantes al momento de evaluar la calidad de vida y funcionalidad del adulto mayor para ello se ha elaborado el presente plan de atención y cuidado del adulto mayor, cuyo fin es aportar información que ayudara en la formación y capacitación a diferentes personas interesadas en esta temática. Así también proporcionar material relacionado a un mejor cuidado y servicio de este grupo social.

Para esto, mediante la investigación bibliográfica, que sirve de apoyo, se buscaron los conocimientos de los cuales se obtuvo pautas para la clasificación de la información y apoyo en la realización del resumen acerca de la problemática estudiada.

Y de esta forma aplicar el conocimiento obtenido en la ejecución de trípticos otorgados al personal médico y de enfermería, a los pacientes adultos mayores hospitalizados, así como a sus familiares y colectividad en general.

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

- ❖ Brindar información mediante diferentes estrategias, acerca del cuidado y atención del paciente adulto mayor hospitalizado, que apoye a garantizar un mejor servicio en salud.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- ❖ Proporcionar información acerca del cuidado de los adultos mayores que se encuentran hospitalizados.
- ❖ Aportar con temáticas relacionadas a la atención adecuada que debe recibir el paciente adulto mayor.
- ❖ Brindar información periódica mediante material de apoyo (tríptico) al personal médico, de enfermería, y a la comunidad en general sobre el cuidado y la atención del adulto mayor.

## **METODOLOGIA**

### **TIPO DE ESTUDIO**

- ❖ **Descriptivo:** Porque toma en cuenta un evento educacional, el mismo que servirá de base para otros estudios.

### **AREA DE ESTUDIO**

- ❖ **Lugar:** se realizará en el Hospital Regional Isidro Ayora, el mismo que se encuentra ubicado en Av. Manuel Agustín Aguirre entre calles Manuel Ignacio Monteros y Juan José Samaniego.

### **UNIVERSO Y MUESTRA**

- ❖ Personal de salud, adultos mayores y familiares de pacientes de la tercera edad hospitalizados.

## **MÉTODOS Y TÉCNICAS**

Se realizará un resumen que contiene información valiosa acerca del cuidado y atención a las personas de la tercera edad, dirigida principalmente al personal de salud, a los adultos mayores que han sido la causa del presente estudio, a familiares y colectividad en general que desee instruirse y capacitarse sobre este tema.

Se acudió a la casa de salud, sitio de esta investigación, y se brindará los trípticos al personal médico y de enfermería, a los pacientes adultos mayores que se encuentran hospitalizados, así como a sus familiares y personas que mostraron interés.

Se emplearon las siguientes técnicas:

- ❖ **Técnica Teórica:** Mediante la investigación bibliográfica se obtuvo pautas para la clasificación de la información, ratificación de conocimientos y apoyo en la realización del resumen acerca de la problemática tratada.

## **MATERIALES Y RECURSOS**

Los recursos Materiales y Humanos indispensables para el desarrollo de la presente son:

### **RECURSOS HUMANOS**

- ❖ Autora: Katuska Montoya
- ❖ Personal de salud, adultos mayores y familiares de pacientes de la tercera edad hospitalizados.

### **RECURSOS MATERIALES**

- ❖ **Equipos:**
  - ✓ Computadora
  - ✓ Impresora
- ❖ **Materiales:**
  - ✓ Libros e internet
  - ✓ Flash memory
  - ✓ Papel Bond tamaño A4

- ✓ Trípticos
- ✓ Transporte

## **ESTRATEGIAS**

### **PLAN DE ATENCIÓN Y CUIDADO DEL PACIENTE ADULTO MAYOR**

La palabra cuidar proviene del latín cogitare, pensar; su etimología también la relaciona con “sentir una inclinación, preferencia o preocupación por” es decir, para cuidar no solo se requiere hacer cosas; se hace necesario, antes que eso, pensar, discurrir. Es un acto tanto intelectual y teórico, como práctico”.

Cuidar es una interacción humana de carácter interpersonal, intencional, único, que se sucede en un contexto sociocultural, tiene un fin determinado y que refuerza o reafirma la dignidad humana. Es decir; es un proceso intersubjetivo y simétrico, en el cual ambos, quien es cuidado y su cuidador, establecen una relación de doble vía que parte del reconocimiento del otro como ser humano pero diferente, e implica 'estar con' la persona a quien se cuida. Es esto lo que hace del cuidado una experiencia energizante y de mutuo beneficio.

#### **Principios de la atención:**

- ❖ **Universalidad:** la atención en las personas adultas mayores debe ser universal en cuanto se busca asegurar, una cobertura real para la atención, promoción y recuperación de la salud de esta población, en la medida que es un derecho fundamental de todas las personas adultas mayores.
- ❖ **Integralidad de la persona y de la atención:** La persona adulta mayor, en el marco de la integralidad de la atención se concibe como un sujeto biopsicosocial, inmerso en un complejo sistema de relaciones políticas, sociales, culturales y eco-biológicas. Por tanto la atención aborda las diversas necesidades de salud integrando los aspectos preventivos promocionales con los asistenciales-curativos y reconoce a la persona como el centro del cuidado de la salud.
- ❖ **Calidad de atención:** implica contar con recursos humanos con aptitudes, actitudes y habilidades específicas, además del desarrollo de

tecnologías diferenciadas, para el trato adecuado a las diferencias culturales propias de este grupo poblacional, con respeto y responsabilidad.

- ❖ **Equidad:** Invertir e intervenir con equidad implica ampliar la cobertura de las necesidades de salud de las personas adultas mayores, focalizando la inversión en aquellos que viven en mayor exclusión, vulnerabilidad y riesgo.
- ❖ **Solidaridad:** Es deber del Estado promover la solidaridad de la sociedad en su conjunto, asumir la responsabilidad de cubrir las necesidades y facilitar el acceso de la población adulta mayor de escasos recursos a los servicios de salud, alentando todas aquellas acciones que contemplen el beneficio colectivo del mayor número de personas, procurando que el individuo promueva el bienestar de sus semejantes.
- ❖ **Participación:** Los adultos mayores son ciudadanos y como tales, tienen el derecho a la promoción, prevención, atención y rehabilitación de su salud con calidad, respeto y calidez; también tienen deberes en el mantenimiento y cuidado de su salud, familia y de su comunidad. Por ello, la promoción de salud entre las personas adultas mayores, implica también que el Estado facilite el acceso y promueva el conocimiento de los servicios, manteniendo una actitud permanente de escucha para la adecuación de las políticas e intervenciones al perfil epidemiológico-social y a las expectativas de atención de este grupo poblacional.

#### **Lineamientos:**

1. Proponer e impulsar la implementación de acciones dirigidas a la atención y cobertura de las necesidades de salud, contemplando un entorno saludable y el pleno respeto de los derechos fundamentales. Así mismo, de manera proactiva, participar en la generación y difusión de las políticas de estado para la creación e integración de organismos de protección legal, entidades de atención y defensorías del adulto mayor. Con la atención de estos aspectos, se promueve un clima favorable para

la incorporación de los adultos mayores a los proyectos de desarrollo productivo, tanto individual, familiar, comunal y regional.

2. Garantizar el marco legal y normativo que permita el ejercicio del derecho a la salud de las personas adultas mayores, e implementar y fortalecer la atención integral y diferenciada, que incluya prestaciones que respondan a las necesidades de salud con enfoque biopsicosocial, gerontológico y geriátrico.
3. Fomentar y garantizar los mecanismos que eliminen cualquier forma de discriminación por edad, raza, credo y situación sociocultural.
4. Asignar recursos humanos, financieros y de infraestructura en todos los niveles del gobierno: nacional, regional y local; necesarios para el desarrollo y salud integral de las personas adultas mayores.
5. Los establecimientos de salud, además de apoyar a las acciones de promoción y prevención, realizarán atención integral ambulatoria y hospitalaria diferenciada, con énfasis en la recuperación y rehabilitación de acuerdo a su categoría.
6. Los servicios tienen que ser adecuados a la realidad funcional y psicosocial de las personas adultas mayores, con la implementación de espacios diferenciados, horarios específicos, atención preferencial, privacidad, confidencialidad de la consulta y respeto a la persona.
7. Lograr una comunicación adecuada con los adultos mayores y su entorno familiar y social.
8. Propiciar, conformar y trabajar en equipo interdisciplinario el abordaje de los cuidados de salud de los adultos mayores.
9. La comunicación y educación para la salud debe estar dirigida a la persona adulta mayor, familia y comunidad para lograr ciudadanos informados que propicien una percepción positiva del adulto mayor a partir del reconocimiento de sus derechos y respeto a la vida.

### **Cuidados del adulto mayor:**

El cuidado de los adultos mayores no es tarea fácil pues requiere de una mirada interdisciplinaria y de profesionales comprometidos con su cuidado e instruidos en el trabajo en equipo.

Los aspectos a tener en cuenta para brindar cuidados adecuados son:

- ❖ Mostrar una actitud amistosa y cercana
- ❖ Adoptar una actitud de escucha atenta y facilitar su expresión dándole tiempo.
- ❖ Abordar situaciones percibidas por la persona mayor.
- ❖ Hablar mirando a la cara del receptor con voz clara y lenta.
- ❖ Dar mensajes claros breves y sencillos.
- ❖ Remarcar los beneficios de los consejos de salud recomendados.
- ❖ Repetir varias veces y siempre que sea necesario.
- ❖ Comprobar si los mensajes han sido entendidos.
- ❖ **PARA LOS FAMILIARES:**
  - ✓ Brindarle amor y cuidados al adulto mayor.
  - ✓ Acompañar al adulto mayor en caso de necesidad.
  - ✓ Respetar la privacidad del resto de pacientes hospitalizados.
  - ✓ Participar activamente de los cuidados y servicios que brinda el personal de salud al adulto mayor, interesarse en su diagnóstico, tratamiento, formas de administrar medicación, requerimientos del paciente en cuanto a su nivel de dependencia o no.
  - ✓ Efectuar actividades que sean permitidas por el personal de salud del servicio, como: baño e higiene, alimentación, cambio de ropa de cama y colaborando en los procedimientos que se soliciten, siempre que se sienta capacitado para hacerlo.
  - ✓ Respetar las normas de aislamiento estricto cuando se requiera, para evitar infecciones.
  - ✓ Mantener una permanente actitud de respeto, hablando en tono bajo y evitando ruidos innecesarios que interfieran con la tranquilidad ambiental del hospital. Además respetar al equipo de salud en sus labores e indicaciones.
- ❖ **PARA EL PERSONAL DE SALUD**
  - ✓ Realizar una valoración clínica integral: que se manifieste en sus pilares fundamentales que son la historia clínica y la exploración física, que aportan información sobre el estado nutricional, la pluripatología, la comorbilidad, la polifarmacia, las presentaciones

atípicas de la sintomatología, las complicaciones clínicas, los síndromes geriátricos y la tendencia a la cronicidad e incapacidad, gravedad y muerte; factores que influyen en el curso clínico del bienestar o la enfermedad del anciano.

#### ❖ **EN GENERAL:**

##### **En cuanto a lo físico:**

- ✓ Administración de la medicación o llevar su control.
- ✓ Vigilar cualquier alteración en su piel, uñas, ojos, etc.
- ✓ Prestar ayuda en su movilidad, tanto en desplazamientos como en transferencias o cambios posturales.
- ✓ Llevar a cabo todo esto, siempre teniendo en cuenta que hay que dar al adulto mayor la mejor autonomía posible.

##### **Psíquico:**

- ✓ Vigilar los cambios que pueda sufrir, en cuanto a su nivel de conciencia.
- ✓ Estar pendientes del estado de ánimo.
- ✓ Observar las alteraciones del sueño.

##### **Social:**

- ✓ Incentivar para que realice sus actividades diarias.
- ✓ Intentar que el anciano esté orientado en el tiempo, que sepa la fecha: día que es, estación del año y festividades.
- ✓ Hacer que ejercite su memoria, sobre todo la memoria reciente.

##### **Higiene corporal:**

- ✓ Informar al anciano sobre el procedimiento del aseo, ya que esto mejora su colaboración y disminuye su ansiedad. Le mantendremos destapado el menor tiempo posible.
- ✓ Si se realiza el aseo en la cama, lo hacerlo por zonas corporales, en este orden: cuello, tronco, brazos, axilas, piernas, espalda, pies, genitales y región perianal. Ir secando al anciano de forma inmediata, para evitar que éste sienta frío, y prestar especial

atención en el secado de las zonas de los pliegues y zona interdigital, secando sin frotar.

- ✓ Intentar no utilizar alcoholes ni derivados de forma rutinaria, pues resecan la piel y, en caso de hacerlo, aplicar después cremas hidratantes.
- ✓ Si tuvieran apósitos cubriendo las heridas, evitar mojarlos durante el aseo.
- ✓ Ducha: Debemos asegurarnos de la temperatura del agua para evitar quemaduras o frío excesivo, el agua estará templada o según la preferencia del anciano. El agua no debe estar excesivamente caliente, ni la ducha debe durar más de 15 minutos, ya que puede provocar bajadas de tensión. Comenzar la ducha desde los pies e ir subiendo poco a poco. Colocar en la ducha una alfombrilla, tanto dentro como fuera, para evitar caídas. Se recomienda la ducha con asiento. Después de la ducha, realizar un buen secado corporal y aplicar una crema hidratante.
- ✓ Baño en la cama: Realizar el lavado por zonas corporales, como se ha mencionado con anterioridad. Utilizar jabones neutros y agua templada. Durante el aseo, examinar con especial atención la piel, sobre todo donde hay prominencias óseas, en busca de zonas enrojecidas, ampollas o erosiones. Prestar especial cuidado en los pliegues y en los espacios interdigitales, tanto en el lavado como en el secado. En las ancianas, el aseo de la zona genital se debe realizar desde adelante hacia atrás para evitar infecciones del tracto urinario. En los ancianos, limpiar y secar bien el pliegue del prepucio, ya que es una zona muy sensible a infecciones. aceite de almendras
- ✓ Aseo del cabello: Se debe realizar, como mínimo, una vez a la semana, y dependerá de la actividad del anciano. El cuidado del cabello requiere: el peinado, cepillado (que mejora la circulación capilar) y el lavado.

- ✓ Afeitado y depilación: El afeitado se debe realizar a diario, si es necesario. En ancianos con piel sensible o con temblores, si se afeitan, utilizar maquinillas eléctricas. Aplicar lociones después del afeitado.
- ✓ Cuidados de los pies: Lavarlos con agua y jabón, secar con cuidado, sobre todo en la zona interdigital. Hidratarlos con crema hidratante. Vigilar su coloración y aparición de lesiones cutáneas. Cuidar las uñas: se deben cortar rectas o limar y, mejor, hacerlo después del baño.
- ✓ Cuidados de las manos: Los ancianos llevarán las manos siempre limpias, lavarlas con agua y jabón, y secar bien, sobre todo, entre los dedos. Cortar las uñas de forma recta.
- ✓ Cuidados de la boca: Estos cuidados deben realizarse después de cada comida o siempre que sea necesario. Los ancianos independientes, que realicen solos la higiene bucal, deben utilizar cepillos suaves y pasta dental con flúor, que previene las caries. A los ancianos dependientes, mezclar en un vaso antiséptico bucal y agua, a partes iguales, y lo aplicar con una gasa sobre la lengua de un lado a otro, para no provocar náuseas; limpiar el paladar, los laterales de la boca y las encías. Si el anciano es portador de prótesis dental, retirarla durante el sueño, limpiarla con agua y solución antiséptica, tantas veces como sea necesario.
- ✓ Cuidados de los ojos: Limpiar los ojos con una gasa estéril, impregnada con suero fisiológico, comenzando desde el lagrimal al ángulo externo retirando secreciones.
- ✓ Cuidados de los oídos: Limpiar el pabellón auditivo. No introducir bastoncillos en el oído. Si el anciano es portador de audífono, lo retirarlo durante la noche y limpiar los restos de cerumen.
- ✓ Cuidados de la nariz: Mantener siempre sin mucosidad las fosas nasales; podemos emplear suero fisiológico para deshacer la mucosidad sólida. Recortar el vello que suele crecer en las fosas nasales, sobre todo en los ancianos.

- ✓ Dentro del cuidado de la piel, hay que evitar la presión constante ciertas zonas, realizando cambios posturales en el anciano cada 2 o 3 horas (decúbito supino, decúbito lateral y decúbito prono).

#### **En lo referente a la alimentación:**

- ✓ Otorgar alientos variados, con dietas sencillas de fácil masticación y digestión. Fraccionar la dieta a lo largo del día; llevar una alimentación pobre en grasas pero con abundancia de fibra vegetal. Aumentar el consumo de leche y derivados lácteos; utilizar los azúcares y la sal con moderación, mantener un aporte suficiente de líquidos. En lo posible no consumir bebidas alcohólicas.

#### **Prevención de caídas:**

- ✓ Adaptar el cuarto de baño, colocando alfombrillas antideslizantes dentro y fuera de la ducha o bañera, colocando agarraderas para entrar y salir de la bañera y para sentarse y levantarse del inodoro.
- ✓ Mantener los suelos secos cuando se desplace el anciano para evitar resbalones. Que el anciano utilice un calzado adecuado, que sea cerrado para que le sujete el pie y con suela de goma o antideslizante. Cuando baje o suba escaleras, que vaya agarrado al pasamanos.
- ✓ Mantener una iluminación suficiente para que vea si tiene que ir al baño.

#### **Incontinencias:**

- ✓ En caso de incontinencias urinarias o fecales, evitar la humedad excesiva, cambiando la prenda o pañal las veces que sea necesario, resguardando una adecuada limpieza.

# VII. DISCUSIÓN

El presente estudio realizado acerca de la “Calidad de Atención por parte del Personal Médico y de Enfermería a Pacientes Geriátricos Hospitalizados en los Servicios de Medicina Interna y Cirugía del Hospital Regional Isidro Ayora de Loja”, tuvo como propósito principal determinar que percepción de calidad de atención brindada por parte del personal médico y de enfermería, tienen los pacientes geriátricos hospitalizados. Según este estudio, la satisfacción de los usuarios está fuertemente asociada con ciertos parámetros que determinan calidad y calidez, es decir, con las condiciones que podrían definirse como eficiencia y efectividad en la atención, suficiente nivel científico – técnico, accesibilidad, disponibilidad de recursos, adecuado nivel de comunicación entre el personal de salud y el paciente, un trato cortés, honesto, respetuoso, humano, confiable y responsable. Son, por otra parte, componentes relevantes en un escenario óptimo entre proveedores y usuarios de los servicios de salud.

La evaluación de la calidad de la atención medida a través del paciente es una herramienta valiosa que permite optimizar la distribución de personal, equipamiento, el nivel de información que se proporciona al paciente, tomando en cuenta la preparación y características del personal y el apoyo de recursos con los que cuentan.

Los resultados de esta investigación al aplicar la encuesta a los pacientes hospitalizados, fueron que el 41% de adultos mayores tienen una buena percepción de la calidad de atención. En el estudio denominado “Calidad de Atención Domiciliaria en Salud del Adulto Mayor”<sup>35</sup>, señalan que más del 96.4% de pacientes incluidos consideran que la atención que se les brinda es adecuada. Por lo tanto, es evidente que en nuestro servicio de salud hay errores, por la amplia brecha encontrada entre ambos trabajos.

En el trabajo denominado “Calidad de la Atención en Salud al Adulto Mayor”, realizado en Playa, La Habana – Cuba<sup>36</sup>, aplicando una encuesta a 3543 personas de 60 años y más, se estableció que la calidad de atención es

---

<sup>35</sup> Castellanos Ochoa Ofelia. “Calidad de Atención Domiciliaria en Salud del Adulto Mayor en el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS). Centro de Atención Integral del Adulto Mayor (CAIAM) Enero-Marzo 2010. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud. Escuela de Salud Pública. Nicaragua, C.A. enero 2011.

<sup>36</sup> Miranda A, Hernández L, Rodríguez A. Calidad de la Atención en Salud al Adulto Mayor. Revista Cubana de Medicina General Integral, 2009.

inaceptable, esto teniendo en cuenta la falta de recursos, un ambiente físico inadecuado, así como un insuficiente cuerpo laboral. Con lo cual se evidencia que a pesar de las falencias en nuestro sistema de salud, que se relacionan con las expresadas por los adultos mayores de Cuba, hay una aceptación mayor por los usuarios en cuanto a la atención que se otorga en la casa de salud lugar de realización de este trabajo.

Haciendo relación con el estudio “Uso de Servicios de Salud por Adultos Mayores y Calidad de la Atención de Enfermería”<sup>37</sup> realizado a 420 adultos mayores, se obtuvo, en cuanto a la calidad de atención en Enfermería, que el 29.1% la percibió como “Muy buena”, 59.7% como “Buena”, el 10.1% “Regular” y solamente el 1.1% como “Mala”. Los resultados obtenidos arrojan datos similares a los recolectados en este trabajo, ya que el 29% de pacientes consideran la atención recibida como excelente, el 41% buena, el 21% regular y el 9% como mala.

Es importante tomar en cuenta que existen aspectos que dificultan la comparación de resultados, ya que se utilizan diferentes instrumentos que de alguna manera particularizan los aspectos a evaluar. De la misma forma en la publicación realizada en Bolivia<sup>38</sup>, el 51% de usuarios refieren que la atención es buena, el 27% la catalogan como regular a mala y el restante 22% como pésima. Resultados que guardan cierta correspondencia con los de este trabajo.

Al hacer referencia al cumplimiento de los parámetros considerados dentro de una atención de calidad, más de la mitad de encuestados, es decir el 76% de pacientes geriátricos indican que estos sí se cumplen, verificando que se brinda un servicio efectivo y eficaz, el cual ha sido accesible, otorgado con un nivel adecuado de capacidad científico – técnico, proporcionando además una información veraz y oportuna sobre diagnósticos y procedimientos realizados en los usuarios hospitalizados. Por lo contrario, en el estudio antes mencionado ejecutado en Nicaragua<sup>35</sup>, 83.6% de pacientes coinciden en que no hay una

---

<sup>37</sup> Salcedo R, Alba A, Zarza M. Sugerencias de los adultos mayores para mejorar la calidad de la atención en enfermería. Revista CONAMED, Vol. 14, abril - junio 2009. México D. F.

<sup>38</sup> Zambrana J, Villarroel W, Copana R. Calidad de Atención del Adulto Mayor en la Caja Nacional de Salud Cochabamba. Bolivia.

cobertura total de los indicadores que expresan calidad. Por lo que se deduce que la atención que ofrecen nuestros profesionales de salud se encuentra en un nivel medio-alto.

Relacionando otros resultados tenemos que en Perú<sup>39</sup> en un estudio realizado se constata, en lo que tiene que ver con el cumplimiento de parámetros de calidad, los mismos se califican en un nivel regular, a partir del 66% de encuestados, debido a fallas en el tiempo de espera en el hospital y dificultades en la accesibilidad a los servicios. Esto nos muestra que siendo Perú un país con mayor relación a nuestra realidad, no goza de un adecuado sistema sanitario y que en nuestro país los profesionales de la salud tratan de ejecutar su trabajo adecuadamente a pesar de cierta privación en los recursos o disponibilidad de tiempo para la atención de pacientes, pero han logrado una mayor aceptabilidad por parte de los usuarios.

Para la evaluación de la calidez del servicio se tomó en cuenta varios aspectos contenidos dentro de este parámetro, por ejemplo el trato que recibe el paciente y la actitud del personal en los requerimientos de los adultos mayores. Obteniendo que el 38% siempre percibió la atención otorgada con calidez, 48% de los usuarios consultados señalan haberla recibido algunas veces (“a veces”), y el 14% indica no haber recibido este tipo de atención.

En el trabajo desarrollado en Centro América (Nicaragua)<sup>35</sup> tuvo como resultado que el 96.4% de la muestra estudiada fue bien tratada por el personal del programa de atención, por lo que casi todos los pacientes incluidos, perciben la actitud del personal que los atiende como positiva, demostrando capacidad y confiabilidad, lo que es equivalente a un alto grado de calidez brindada al paciente. Lo que nos muestra una discordancia de resultados entre este estudio y el realizado en dicho país, en donde se demuestra un mayor nivel de calidez en la atención.

En estudios ya mencionados realizados en América Latina (Perú)<sup>39</sup>, se revela que el trato del médico al paciente es suficientemente adecuado. Demostrando

---

<sup>39</sup> Acuña P, Adriazén S, Almeyda K. Evaluación del nivel de satisfacción del adulto mayor entre 60 a 90 años en la consulta ambulatoria del Hospital Edgardo Rebagliati Martins. Perú. Rev. Horiz. Med. Volumen 12, Julio - Setiembre 2012.

que al 72% de los encuestados se les permitió expresarse libremente durante la consulta. Además, un 79% de los pacientes se sintieron escuchados por el médico. Estableciendo un notable nivel de calidez en el servicio de salud que el alcanzado en el presente trabajo.

En la investigación ejecutada en Centro América (Costa Rica)<sup>40</sup> se muestran datos en torno al 71.2% que dicen haber recibido un trato bueno, un 16.9% excelente y el resto regular, ninguno lo señaló como malo. Notándose una diferencia amplia y mayor en relación con el servicio cálido otorgado a los pacientes objetos de este estudio.

En la actual indagación, se evaluó también el cumplimiento de parámetros de calidez, entre ellos: no haber sido víctima de algún tipo de maltrato, el respeto, amabilidad, humanismo, responsabilidad, confianza, predisposición para resolver inquietudes, privacidad, e interesarse por el estado emocional de los ancianos. Obteniéndose que el 62% hace referencia a que el personal de salud sí toma en cuenta estas medidas, el resto (38%) considera que no lo hace.

En la publicación antes mencionada, realizada en Costa Rica<sup>40</sup>, se demuestra que alrededor de un 7% de los pacientes consultados califican al personal de salud como malos y muy malos en estos aspectos, ya que señalaron su inconformidad con que algunos de estos indicadores de calidez no se cumplen, entre ellos la predisposición para resolver inquietudes, el respeto a la privacidad, el interés que muestran por su estado emocional. Se puede observar que es un porcentaje mínimo el que señala que la calidez no se da, por lo tanto, se diferencia el nivel elevado de atención cálida en este estudio en comparación con la presente indagación.

Finalmente en lo concerniente al nivel de satisfacción con la calidad y calidez recibida en la atención, en esta investigación se obtuvo como resultado que los pacientes geriátricos en un 35% indican sentirse muy satisfechos, el 36% se encuentran levemente satisfechos. A pesar de mostrar un nivel medio de satisfacción, expresaron inconformidad debida en su mayoría, a una

---

<sup>40</sup> Chavés O, León M. Accesibilidad y uso de los servicios de salud en la población Adulta Mayor de Costa Rica. Elaborado por la Dirección de Compra de Servicios de Salud/Gerencia de División Administrativa/Caja Costarricense de Seguro Social. Diciembre 2007.

desvalorización en el ambiente físico, los horarios, materiales e insumos. Pero también se identificaron aspectos positivos, entre ellos que han recibido la atención que aspiraban y que se encuentran conformes con el trato brindado.

En la investigación publicada en Perú<sup>39</sup> expuesta con anterioridad, los resultados obtenidos muestran un nivel de satisfacción en la atención entorno al 65,6% entre los pacientes consultados, a pesar de ser un valor medio-alto, las personas de la tercera edad indicaban trabas como que no obtuvieron la cita tan pronto la desearon, sino después de una espera promedio de 3 meses, en horarios y espacios físicos muy reducidos. Lo cual se relaciona parcialmente con esta indagación, teniendo en cuenta los vacíos existentes, pero con un promedio de satisfacción mayor.

En un estudio realizado en México<sup>41</sup>, se obtuvo un nivel de satisfacción alto en el 58%, el 40% resultó medianamente satisfecho y el 2% mostró satisfacción baja. Observándose de esta forma una mayor satisfacción de los usuarios en la atención en salud, en relación con la obtenida en nuestro trabajo, debido principalmente a que contaban con mejor infraestructura, cuerpo médico y de enfermería que cubría las demandas de los pacientes en su totalidad de forma rápida y oportuna, teniendo en cuenta también que es un país con una realidad diferente a la nuestra.

Otro estudio ya indicado, ejecutado en Bolivia<sup>38</sup> nos muestra que en la relación médico paciente, el 68% de usuarios están de acuerdo con la atención que se les brinda, mientras que el 32% no lo está; evaluando el nivel de satisfacción en la atención con calidez como medio-alto. Por lo que nuestro personal de salud debe tener en cuenta siempre una adecuada relación médico – paciente y/o enfermera – usuario.

A pesar del desarrollo de normas, protocolos y estrategias dirigidas a mejorar el nivel de atención en salud que reciben los adultos mayores, no se ha logrado obtener el objetivo propuesto. Por lo que el Estado, los mismos entes de la tercera edad, el personal de salud y la sociedad en general deben participar activamente y entender que el envejecimiento es un proceso natural, y que

---

<sup>41</sup> García Hernández M. Satisfacción del usuario adulto mayor con la calidad de la atención de enfermería en el hospital general Cunduacán Tabasco. Calidad y Gestión en Servicios de Salud. Tabasco-México 2008

depende de cada uno de nosotros de conducirlo a que se desarrolle y presente con los menores efectos y padecimientos posibles.

# **VIII. CONCLUSIONES**

1. En lo que respecta a la calidad de atención por parte del personal médico y de enfermería a los pacientes geriátricos, se puede decir que el 41% de usuarios tienen una percepción buena y el 29% la cataloga como excelente.
2. La atención con calidez que se dio a los pacientes geriátricos en su estancia hospitalaria es evaluada por el 38% como un cumplimiento infalible, es decir que este siempre se proporcionaba, por el 48% como que esta se daba a veces y el 14% notó que la misma no se efectuaba.
3. Haciendo referencia al nivel de satisfacción de los pacientes geriátricos en lo referente a la calidad y calidez en la atención, el 35% se sintió muy satisfecho y el 36% levemente satisfecho, lo cual muestra que han recibido la atención que anhelaban y que se encuentran conformes con el trato brindado. Logrando así una satisfacción media del paciente en relación a los servicios prestados en la entidad de salud.

# **IX. RECOMENDACIONES**

1. Implementar mejoras en los recursos, tanto incrementando personal calificado como el suministro de instrumentos e insumos que ayudarán a mejorar en forma notable la calidad de atención proporcionada al adulto mayor. Así mismo crear programas de atención integral del adulto mayor con el propósito de brindar asistencia médica y psicológica especializada que cubra problemas específicos en esas áreas.
2. Mantener siempre un adecuado nivel de empatía con los pacientes geriátricos, dentro de un marco de respeto, igualdad, responsabilidad, comprendiendo sus necesidades, principalmente en aquellos que solicitan mayor atención por ser dependientes de terceros para realizar diferentes actividades. Además el personal de salud debe incluir mediante una participación activa a los familiares de los adultos mayores, para fomentar en aquellos una real y verdadera comprensión de la etapa y saber cómo mejorar las relaciones interpersonales con estos miembros de la sociedad. Lo que lleve a reconocer las necesidades verdaderas de los adultos mayores, y aún más comprender el porqué de sus cambios físicos, psicológicos y sociales.
3. El campo de la Geriátrica va ganando territorio por la creciente transformación epidemiológica en la que se encuentra el mundo actual, con un mayor número de adultos mayores, por lo que este campo debe ser mejor comprendido y estudiado por los futuros Médicos y Enfermeras de la Ciudad, así como a nivel nacional; ante lo cual, las Instituciones y Universidades destinadas a la formación de talentos humanos podrían implementar medidas estratégicas en su planificación curricular que permita un mejor conocimiento del tema tratado.
4. Es necesario realizar estudios sobre el cuidado y atención que se brinda, en particular con en un grupo de población que mayor atención requiere: los adultos mayores y de esta formar mejorar aspectos relacionados con esta temática, logrando una mejor calidad de vida o un manejo más adecuado de su problema de salud.

# X. BIBLIOGRAFÍA

1. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC (2010). Estimaciones de población. "Base de datos". Disponible en Dirección electrónica: <http://www.inec.gob.ec/cpv/>.
2. Bayarre Veá HD, Pérez Piñero J, Menéndez Jiménez J. Las transiciones demográfica y epidemiológica y la calidad de vida objetiva en la tercera edad. Rev GerolInfo. 2006. Disponible en: [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/las\\_transiciones\\_demografica\\_y\\_epidemiologica\\_y\\_la\\_calidad\\_de\\_vida\\_objetiva\\_en\\_la\\_tercera\\_edad.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/las_transiciones_demografica_y_epidemiologica_y_la_calidad_de_vida_objetiva_en_la_tercera_edad.pdf)
3. Fernández M. Hospitalización a domicilio del anciano con enfermedad aguda. Revista Española de Geriátria y Gerontología 2009.
4. Naciones Unidas (2002). Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el envejecimiento. Disponible en la dirección: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/gerontologia/pdfops/Informe%20II%20Asamblea%20Mundial%20del%20>
5. Romero A. Perspectivas Actuales en la asistencia Sanitaria en el Adulto Mayor. Revista Panamericana de Salud Pública 2008.
6. Crocker S., Devereaux K. Caring for an aging population. Journal of Gerontological Nursing 2009.
7. Perspectivas de salud. La revista de la Organización Panamericana de la Salud. Volumen 9, Número 1. 2004.
8. Anuario de Estadísticas Vitales. 2007. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC (2010). "Base de datos". Disponible en Dirección electrónica: <http://www.inec.gov.ec/cpv/>.
9. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC. Encuesta Nacional de Empleo Subempleo y Desempleo Urbana y Rural ENEMDU. Quito – Ecuador 2009.
10. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez. Quito – Ecuador 2012.
11. La carga global de la enfermedad. Organización Mundial de la Salud. 2004.

12. Fernández M. Hospitalización a domicilio del anciano con enfermedad aguda. Revista Española de Geriátría y Gerontología 2009.
13. Albala C, Lebrão ML, León Díaz EM, Ham-Chande R, Hennis AJ, Palloni A, et al. Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE). metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada Revista Panamericana Salud Publica. 2005.
14. Freire W. Et al. (2010). Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento 2009-2010 “SABE I”. Quito, Ecuador: Ministerio de Inclusión Económica y Social – Programa Aliméntate Ecuador.
15. Anuario de Camas y Egresos Hospitalarios. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC 2007.
16. Palloni, Alberto y M. Peláez. SABE – Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento, Washington D.C., Organización Panamericana de la Salud. (2005).
17. Las personas mayores en América Latina y el Caribe: Diagnóstico sobre la situación y las políticas. CEPAL octubre 2003.
18. Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE). División de población de la CEPAL. Santiago de Chile, Diciembre 2006.
19. Estudios del Consejo Nacional de Población, (CONAPO), México 2003. Disponible en:  
[http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Publicaciones\\_de\\_consulta\\_en\\_linea](http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Publicaciones_de_consulta_en_linea)
20. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC (2010). “Base de datos”. Disponible en Dirección electrónica:  
<http://www.inec.gov.ec/cpv/>.
21. Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Dirección de Normatización del SNS, Normas y Protocolos de Atención Integral de Salud de las y los Adultos Mayores, Quito, Ecuador, mayo, 2010.
22. OMS, “Envejecimiento activo: un marco político”, en: Revista Española de Geriátría y Gerontología, Agosto 2002.

23. Primera Conferencia Nacional de Prevención y Promoción de la Salud. Prevención de la Dependencia en las Personas Mayores. Madrid, 15-16 de junio de 2007.
24. Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Guías Clínicas Geronto Geriátricas de atención primaria de salud para el adulto mayor, Quito, septiembre, 2008.
25. Programa Nacional del Adulto Mayor. Ministerio de Salud Pública, Dirección General de la Salud, División Salud de la Población. Uruguay 2005 – 2010.
26. Larson, Patricia. Satisfacción Del Paciente Con El Cuidado De Las Enfermeras Durante La Hospitalización. *Western Journal of Nursing Research*. 2001.
27. Rangel Y. Atención de Enfermería al Adulto Sano y Enfermo. Universidad Autónoma de San Luis Potosí. Unidad Académica Multidisciplinaria Zona Media. San Luis Potosí. Septiembre del 2007.
28. Donabedian A. (2000), Garantía y Monitoria de la Calidad de la Atención Médica: un texto introductorio Avedis Donabedian. *Perspectiva en salud*. 1ra. edición, México, DF. Instituto de Salud Pública.
29. Guía de Mejoramiento de la Calidad en la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores. Ministerio de Salud Pública, OPS-Ecuador. Quito – Ecuador. Septiembre 2011.
30. Estándares para la Certificación de Hospitales. Consejo de Salubridad General. México 2012.
31. Bouchet Bruno. Proyecto de Garantía de Calidad. Guía para el administrador de salud. Vigilancia de la calidad de la atención primaria.
32. Campos-Navarro, R., Afganis-Juárez, E. N., Torrez, D. Calidad de los servicios de medicina familiar según adultos mayores del sureste de la ciudad de México *Archivos en Medicina Familiar* [en línea] 2006, 8 (mayo-agosto): Disponible en:  
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=50780210>

33. OPS / MSP, Vaca Luis, Estándares, indicadores e instrumentos para medir la calidad de la atención integral de salud al adulto mayor, Quito, Ecuador, 2009.
34. Bermejo L, Bohórquez A, Díaz L, Domínguez C, Fernández R, Gómez M, Nevado M, Martínez T, Moya A, Pérez G, Rodríguez J. Guía práctica para favorecer el buen trato a las personas mayores. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Madrid, septiembre 2011.
35. Castellanos Ochoa Ofelia. "Calidad de Atención Domiciliaria en Salud del Adulto Mayor en el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS). Centro de Atención Integral del Adulto Mayor (CAIAM) Enero-Marzo 2010. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud. Escuela de Salud Pública. Nicaragua, C.A. enero 2011. Disponible en:  
<http://cedoc.cies.edu.ni/digitaliza/t531/doc-contenido.pdf>.
36. Miranda A, Hernández L, Rodríguez A. Calidad de la Atención en Salud al Adulto Mayor. Revista Cubana de Medicina General Integral, 2009. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252009000300003&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252009000300003&script=sci_arttext).
37. Salcedo R, Alba A, Zarza M. Sugerencias de los adultos mayores para mejorar la calidad de la atención en enfermería. Revista CONAMED, Vol. 14, abril - junio 2009. México D. F. Disponible en:  
[http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/pdf/REV\\_ABR-JUN\\_2009.pdf](http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/pdf/REV_ABR-JUN_2009.pdf).
38. Zambrana J, Villarroel W, Copana R. Calidad de Atención del Adulto Mayor en la Caja Nacional de Salud Cochabamba. Bolivia. Disponible en:  
<https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CCkQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.rev-ccm.umss.edu.bo%2Findex.php%2Frcm%2Farticle%2Fdownload%2F65%2F65&ei=yP9uUt75NcfC4APJ6oDwBA&usq=AFQjCNHrmdGm41JGi7viJqJQpF0lfvC6Sq&bvm=bv.55123115,d.dmg>.

39. Acuña P, Adrianzén S, Almeyda K. Evaluación del nivel de satisfacción del adulto mayor entre 60 a 90 años en la consulta ambulatoria del Hospital Edgardo Rebagliati Martins. Perú. Rev. Horiz. Med. Volumen 12, Julio - Setiembre 2012. Disponible en: [http://www.medicina.usmp.edu.pe/horizonte/2012\\_III/Art3\\_Vol12\\_N3.pdf](http://www.medicina.usmp.edu.pe/horizonte/2012_III/Art3_Vol12_N3.pdf).
40. Chavés O, León M. Accesibilidad y uso de los servicios de salud en la población Adulta Mayor de Costa Rica. Elaborado por la Dirección de Compra de Servicios de Salud/Gerencia de División Administrativa/Caja Costarricense de Seguro Social. Diciembre 2007. Disponible en: [http://portal.ccss.sa.cr/portal/page/portal/Gerencia\\_Administrativa/DireccionComprasServiciosdeSalud/EstudiosRealizados/Tab/Accesibilidad%20y%20uso%20de%20los%20servicios%20de%20salud%20en%20la%20poblaci%20F3](http://portal.ccss.sa.cr/portal/page/portal/Gerencia_Administrativa/DireccionComprasServiciosdeSalud/EstudiosRealizados/Tab/Accesibilidad%20y%20uso%20de%20los%20servicios%20de%20salud%20en%20la%20poblaci%20F3).
41. García Hernández M. Satisfacción del usuario adulto mayor con la calidad de la atención de enfermería en el hospital general Cunduacán Tabasco. Calidad y Gestión en Servicios de Salud. Tabasco-México 2008. Disponible en: [http://www.publicaciones.ujat.mx/publicaciones/horizonte\\_sanitario/ediciones/2008\\_sep-dic/03%20Ma%20DOLORES%20GARCIA%20HDEZ.pdf](http://www.publicaciones.ujat.mx/publicaciones/horizonte_sanitario/ediciones/2008_sep-dic/03%20Ma%20DOLORES%20GARCIA%20HDEZ.pdf).

# **XI. ANEXOS**

## ANEXO 1:

### HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

#### **“CALIDAD DE ATENCIÓN POR PARTE DEL PERSONAL MÉDICO Y DE ENFERMERIA A PACIENTES GERIÁTRICOS HOSPITALIZADOS EN LOS SERVICIOS DE MEDICINA INTERNA Y CIRUGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA DE LOJA”**

Por favor dígnese a contestar los siguientes interrogantes, los cuales constan de varias opciones, de las que deberá escoger una sola y marcar con una (X).

#### **DATOS GENERALES**

1. EDAD: \_\_\_\_\_
2. GÉNERO: Masculino \_\_\_\_\_ Femenino \_\_\_\_\_
3. ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_
4. INSTRUCCIÓN: \_\_\_\_\_
5. SERVICIO: Medicina Interna \_\_\_\_\_ Cirugía \_\_\_\_\_

#### **CALIDAD Y CALIDEZ EN LA ATENCIÓN**

##### **CALIDAD**

1. **¿Cómo evalúa la calidad del servicio recibido en su estancia hospitalaria?**

- ❖ Excelente: \_\_\_\_\_
- ❖ Buena: \_\_\_\_\_
- ❖ Regular: \_\_\_\_\_
- ❖ Mala: \_\_\_\_\_

**2. ¿Cree usted que el personal médico y de enfermería es el adecuado para brindar atención con eficiencia?**

❖ Si: \_\_\_\_\_

❖ No: \_\_\_\_\_

**3. ¿Cree usted que la atención proporcionada por el médico y la enfermera se realiza con efectividad?**

❖ Si: \_\_\_\_\_

❖ No: \_\_\_\_\_

**4. ¿Los servicios hospitalarios en general han sido accesibles para usted?**

❖ Si: \_\_\_\_\_

❖ No: \_\_\_\_\_

**5. ¿Cree usted que el personal de salud ha demostrado el suficiente nivel de formación científico - técnico en cuanto a la atención brindada?**

❖ Si: \_\_\_\_\_

❖ No: \_\_\_\_\_

**6. ¿Ha sido informado usted directamente acerca de su estado de salud, su diagnóstico, procedimientos realizados y sus resultados o intervenciones quirúrgicas a ejecutarse por parte del personal de salud que labora en esta institución?**

❖ Si: \_\_\_\_\_

❖ No: \_\_\_\_\_

**7. ¿Le recomendaría a otras personas que se atiendan en este hospital?**

❖ Si: \_\_\_\_\_

❖ No: \_\_\_\_\_

**8. ¿Usted volvería a este hospital?**

- ❖ Si: \_\_\_\_\_
- ❖ No: \_\_\_\_\_

## **CALIDEZ**

### **9. ¿Ha recibido un buen trato por parte del médico?**

- ❖ Siempre: \_\_\_\_\_
- ❖ A veces: \_\_\_\_\_
- ❖ Nunca: \_\_\_\_\_

### **10. ¿Ha recibido un trato adecuado por parte de la enfermera/o?**

- ❖ Siempre: \_\_\_\_\_
- ❖ A veces: \_\_\_\_\_
- ❖ Nunca: \_\_\_\_\_

### **11. ¿Ha recibido un trato correcto por parte de los auxiliares de enfermería?**

- ❖ Siempre: \_\_\_\_\_
- ❖ A veces: \_\_\_\_\_
- ❖ Nunca: \_\_\_\_\_

### **12. ¿Ha sido objeto de algún tipo de maltrato (físico, psicológico, verbal) por parte del personal de salud que labora en esta institución?**

- ❖ Si: \_\_\_\_\_
- ❖ No: \_\_\_\_\_

### **13. ¿El personal de salud ha mantenido una actitud adecuada en cuanto a las demandas requeridas en la atención?**

- ❖ Siempre: \_\_\_\_\_
- ❖ A veces: \_\_\_\_\_
- ❖ Nunca: \_\_\_\_\_

### **14. ¿Considera que la atención brindada por el personal se ha enmarcado dentro de un ámbito de respeto, amabilidad,**

**humanismo, responsabilidad, confianza, predisposición para resolver inquietudes y realizar correctamente su trabajo?**

❖ Si: \_\_\_\_\_

❖ No: \_\_\_\_\_

**15. ¿Le preguntó el médico sobre su estado emocional?**

❖ Si: \_\_\_\_\_

❖ No: \_\_\_\_\_

**16. ¿El profesional de salud respeta su privacidad?**

❖ Si: \_\_\_\_\_

❖ No: \_\_\_\_\_

## **SATISFACCIÓN**

**17. ¿Ha recibido el tipo de servicio que aspiraba?**

❖ Definitivamente sí: \_\_\_\_\_

❖ Sí, generalmente: \_\_\_\_\_

❖ No, no mucho: \_\_\_\_\_

❖ Definitivamente no: \_\_\_\_\_

**18. ¿Se encuentra satisfecho con la atención brindada por parte del personal médico y de enfermería?**

❖ Estoy muy satisfecho: \_\_\_\_\_

❖ Estoy levemente satisfecho: \_\_\_\_\_

❖ Me es indiferente o estoy levemente insatisfecho: \_\_\_\_\_

❖ Estoy muy insatisfecho: \_\_\_\_\_

**19. ¿Se encuentra satisfecho con el trato otorgado por parte del personal de salud?**

❖ Estoy muy satisfecho: \_\_\_\_\_

❖ Estoy levemente satisfecho: \_\_\_\_\_

❖ Me es indiferente o estoy levemente insatisfecho: \_\_\_\_\_

❖ Estoy muy insatisfecho: \_\_\_\_\_

**20. ¿Se encuentra satisfecho con los horarios de servicio del hospital?**

- ❖ Estoy muy satisfecho: \_\_\_\_\_
- ❖ Estoy levemente satisfecho: \_\_\_\_\_
- ❖ Me es indiferente o estoy levemente insatisfecho: \_\_\_\_\_
- ❖ Estoy muy insatisfecho: \_\_\_\_\_

**21. ¿Se encuentra satisfecho con el ambiente físico de esta casa de salud?**

- ❖ Estoy muy satisfecho: \_\_\_\_\_
- ❖ Estoy levemente satisfecho: \_\_\_\_\_
- ❖ Me es indiferente o estoy levemente insatisfecho: \_\_\_\_\_
- ❖ Estoy muy insatisfecho: \_\_\_\_\_

**22. ¿Se encuentra satisfecho con el número de personal de salud existente, que atiende sus demandas?**

- ❖ Estoy muy satisfecho: \_\_\_\_\_
- ❖ Estoy levemente satisfecho: \_\_\_\_\_
- ❖ Me es indiferente o estoy levemente insatisfecho: \_\_\_\_\_
- ❖ Estoy muy insatisfecho: \_\_\_\_\_

**23. ¿Cuál es su grado de satisfacción en cuanto a la capacidad demostrada por personal de salud para satisfacer sus exigencias y necesidades?**

- ❖ Estoy muy satisfecho: \_\_\_\_\_
- ❖ Estoy levemente satisfecho: \_\_\_\_\_
- ❖ Me es indiferente o estoy levemente insatisfecho: \_\_\_\_\_
- ❖ Estoy muy insatisfecho: \_\_\_\_\_

**24. ¿Se encuentra satisfecho con los recursos materiales disponibles en esta casa de salud?**

- ❖ Estoy muy satisfecho: \_\_\_\_\_
- ❖ Estoy levemente satisfecho: \_\_\_\_\_
- ❖ Me es indiferente o estoy levemente insatisfecho: \_\_\_\_\_

❖ Estoy muy insatisfecho: \_\_\_\_\_

**25. ¿Se encuentra satisfecho con los insumos otorgados por parte esta entidad?**

❖ Estoy muy satisfecho: \_\_\_\_\_

❖ Estoy levemente satisfecho: \_\_\_\_\_

❖ Me es indiferente o estoy levemente insatisfecho: \_\_\_\_\_

❖ Estoy muy insatisfecho: \_\_\_\_\_

**26. ¿Los servicios que ha recibido le han ayudado a mejorar y manejar más efectivamente su problema?**

❖ Sí me han ayudado mucho: \_\_\_\_\_

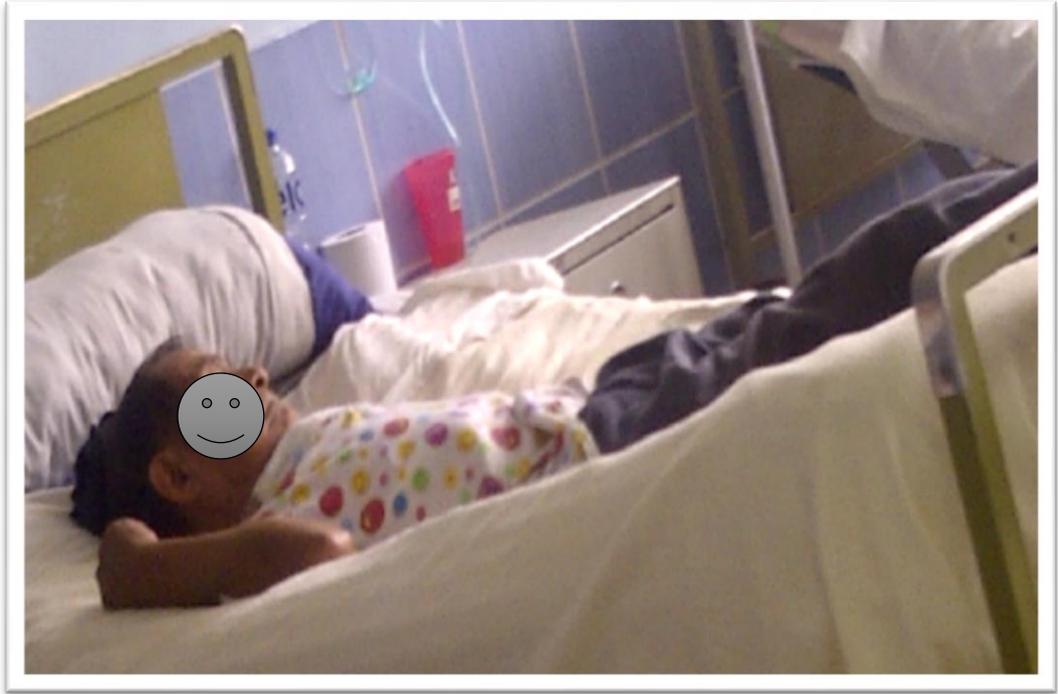
❖ Sí, me han ayudado más o menos: \_\_\_\_\_

❖ No, realmente no me han ayudado: \_\_\_\_\_

❖ No, han empeorado mi problema: \_\_\_\_\_

## ANEXO 2:





## ANEXO 3:



- Administrar su medicación o llevar su control.
- Vigilar cualquier alteración en su piel, uñas, ojos, etc.
- Prestar ayuda en su movilidad.
- Vigilar los cambios que pueda sufrir, en cuanto a su nivel de conciencia.
- Estar pendientes del estado de ánimo y las alteraciones del sueño.
- Incentivar para que realice sus actividades diarias.
- Intentar que el adulto mayor esté orientado.
- El baño diario es importante.
- Tener en cuenta aseo del cabello, como mínimo, una vez a la semana.
- El afeitado se debe ser diario.
- Llevar las manos siempre limpias.

- Cuidar los pies, lavarlos con agua y jabón, secar con cuidado, sobre todo en la zona interdigital.
- Cuidados de la boca, estos deben realizarse después de cada comida o cuando sea necesario.
- Limpiar los ojos con una gasa estéril, impregnada con suero fisiológico.
- Limpiar el pabellón auditivo. No introducir bastoncillos.
- Mantener siempre sin mucosidad las fosas nasales.
- Dentro del cuidado de la piel, hay que evitar la presión constante ciertas zonas, realizando cambios posturales.
- Otorgar alientos variados, con dietas sencillas de fácil masticación y digestión. Fraccionar la dieta a lo largo del día.
- Prevenir caídas y otros factores de riesgo para el adulto mayor.
- En caso de incontinencias urinarias o fecales, evitar la humedad excesiva, cambiando la prenda o pañal las veces que sea necesario, resguardando una adecuada limpieza.



# ATENCIÓN Y CUIDADOS EN ADULTOS MAYORES

BIENESTAR BIO-PSICO-SOCIAL PARA LA TERCERA EDAD



Creado por:

Katuska Montoya

Carrera de Medicina Humana



## PRINCIPIOS DE ATENCIÓN

- ◆ **Universalidad:** Cobertura real para la atención, promoción y recuperación de la salud.
- ◆ **Integralidad de la persona y de la atención:** concebir al adulto mayor un sujeto integral bio-psico-social.
- ◆ **Calidad de atención:** contar con recursos adecuados, para satisfacer las necesidades propias de la tercera edad.
- ◆ **Equidad:** tratar de brindar servicio a los entes más desfavorecidos.
- ◆ **Solidaridad:** implementando que el individuo promueva el bienestar de sus semejantes
- ◆ **Participación:** Los adultos mayores tienen el derecho a la promoción, prevención, atención y rehabilitación de su salud con calidad, respeto y calidez; también su deber es el mantenimiento y cuidado de su salud, familia y de su comunidad.

## Tener en cuenta que:

- Se debe fomentar y garantizar mecanismos que eliminen la discriminación.
- El Estado debe garantizar los recursos humanos, financieros y de infraestructura necesarios para el desarrollo y salud integral de los adultos mayores.
- Los establecimientos de salud, deben apoyar acciones de promoción y prevención, así como de recuperación y rehabilitación.
- Hay que Lograr una comunicación adecuada con los adultos mayores y su entorno familiar y social.
- Propiciar, conformar y trabajar en equipo para los cuidados de salud de los adultos mayores.



## CUIDADOS A NIVEL FAMILIAR

- Adoptar una actitud de escucha atenta y facilitar su expresión dándole tiempo.
- Brindar amor y cuidados.
- Participar activamente de los cuidados y servicios que brinda el personal de salud
- Acompañar al adulto mayor en caso de necesidad
- Mantener una actitud de respeto.



## PARA EL PERSONAL DE SALUD

Realizar una valoración clínica integral: que se manifieste en sus pilares fundamentales que son la historia clínica y la exploración física, reconociendo factores que influyen en el curso clínico del bienestar o la enfermedad del anciano.

# XII. ÍNDICE

<b>PORTADA</b> .....	I
<b>CERTIFICACIÓN</b> .....	II
<b>AUTORÍA</b> .....	III
<b>CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS</b> .....	IV
<b>DEDICATORIA</b> .....	V
<b>AGRADECIMIENTO</b> .....	VI
<b>I. TÍTULO</b> .....	7
<b>II. RESUMEN</b> .....	9
<b>SUMARY</b> .....	11
<b>III. INTRODUCCIÓN</b> .....	13
<b>IV. REVISIÓN DE LA LITERATURA</b> .....	18
<b>ADULTOS MAYORES</b> .....	19
<b>SITUACIÓN DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR</b> .....	19
TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA.....	19
TRANSICIÓN EPIDEMIOLÓGICA.....	21
CONDICIONES SOCIALES DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR.....	23
ENVEJECIMIENTO, FUNCIONALIDAD Y AUTONOMÍA.....	24
PROCESO CONTINUO ASISTENCIAL Y PROGRESIVO.....	26
<b>NECESIDADES Y TIPOLOGÍAS DE ADULTOS MAYORES</b> .....	27
<b>CUIDADOS PARA EL ADULTO MAYOR</b> .....	28
VALORACIÓN FÍSICA.....	29
VALORACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA .....	29
VALORACIÓN DEL ESTADO MENTAL .....	30
VALORACIÓN PSICOAFECTIVA.....	30
SOCIAL Y FAMILIAR.....	31
PLAN DE CUIDADOS PARA EL ADULTO MAYOR .....	31
<b>CALIDAD DE ATENCIÓN Y BUEN TRATO EN ADULTOS MAYORES</b> .....	32
<b>GENERALIDADES DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN</b> .....	32
ANTECEDENTES EN CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD .....	33

FACTORES ASOCIADOS AL NIVEL DE SATISFACCIÓN .....	34
GARANTÍA DE LA CALIDAD .....	35
ESTÁNDAR DE CALIDAD.....	35
MONITOREO DE LA CALIDAD .....	38
EVALUACIÓN DEL NIVEL DE SATISFACCIÓN .....	39
ASPECTOS A EVALUAR DEL USUARIO DEL SERVICIO.....	41
IMPLEMENTACIÓN DE SERVICIOS CON UNA MEJOR CALIDAD DE ATENCIÓN.....	42
<b>¿CÓMO QUIEREN SER TRATADAS LAS PERSONAS MAYORES?</b> .....	<b>43</b>
EN RELACIÓN CON LA FAMILIA .....	44
CUANDO ASISTEN A CENTROS DE SALUD .....	44
SEÑALES PARA EMPEZAR A ACTUAR.....	46
<b>V. MATERIALES Y MÉTODOS</b> .....	<b>49</b>
<b>TIPO DE ESTUDIO</b> .....	<b>50</b>
<b>AREA DE ESTUDIO</b> .....	<b>50</b>
<b>UNIVERSO Y MUESTRA</b> .....	<b>50</b>
<b>CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN</b> .....	<b>50</b>
<b>MÉTODOS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS</b> .....	<b>51</b>
<b>PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS</b> .....	<b>52</b>
<b>VI. RESULTADOS</b> .....	<b>53</b>
<b>PROPUESTA</b> .....	<b>63</b>
<b>PLAN DE ATENCIÓN Y CUIDADO DEL PACIENTE ADULTO MAYOR</b> .....	<b>64</b>
<b>VII. DISCUSIÓN</b> .....	<b>76</b>
<b>VIII. CONCLUSIONES</b> .....	<b>83</b>
<b>IX. RECOMENDACIONES</b> .....	<b>85</b>
<b>X. BIBLIOGRAFÍA</b> .....	<b>87</b>
<b>XI. ANEXOS</b> .....	<b>93</b>
<b>ANEXO 1:</b> .....	<b>94</b>
<b>HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS</b> .....	<b>94</b>
<b>ANEXO 2:</b> .....	<b>100</b>
<b>ANEXO 3:</b> .....	<b>102</b>
<b>XII. ÍNDICE</b> .....	<b>104</b>