

**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE ENFERMERÍA**



**CALIDAD DE ATENCION AL ANCIANO RESIDENTE EN EL CENTRO  
"SAN ONOFRE" DE LOS TEQUES ESTADO MIRANDA  
PRIMER TRIMESTRE 2011**

**(Trabajo Especial de Grado presentado como requisito parcial para optar al título de  
Licenciado en Enfermería)**

**Autora: TSU García Ayaney**

**C.I. 12.617.842**

**Tutora: MSc. Doris Méndez**

**Caracas, Junio 2011**

**CALIDAD DE ATENCION AL ANCIANO RESIDENTE EN EL CENTRO  
"SAN ONOFRE" DE LOS TEQUES ESTADO MIRANDA  
PRIMER TRIMESTRE 2011**

## AGRADECIMIENTOS

**Dios** gracias muchas gracias.

**Papá** gracias este título es tuyo te amo, estas en mi corazón.

**Mamá** gracias por tu apoyo y ayuda con mis hijos te quiero gracias a tu esfuerzo y dedicación como madre lo logre mamá.

A mis **Hijos** gracias mis consentidos los quiero gracias a ustedes lo logre.

A mi **Hermana** y sobrinas que me apoyan y soy su orgullo.

A mi **Profesora** Doris Alfaro que siempre confió en mis empeños para lograr mi meta y me regalo tiempo, conocimiento y me apoyo en los momentos que necesité para lograr este éxito **dios** me la bendiga.

A mi **Vecinas** y verdaderas **Amigas** Chepa, Nata y Yorda que siempre estuvieron apoyándome.

A mis **Tías** que están en Yaracuy gracias por preguntar por mis estudios.

A las **Fuerza Aérea** y sus integrantes que permitieron que yo me ausentara para estudiar.

A la **Universidad Central de Venezuela** por darme la oportunidad de estudiar en esta prestigiosa Escuela.

A la **Profesora** Aidé Morazán, me dijo tú lo lograras.

**La Autora**

## TABLA DE CONTENIDO

	pp.
APROBACION DEL TUTOR.....	iii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
LISTA DE CUADROS.....	ix
LISTA DE GRAFICOS.....	x
RESUMEN.....	xi
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPITULO I EL PROBLEMA	
Planteamiento del Problema.....	3
Objetivos de la Investigación.....	11
Justificación.....	12
CAPITULO II MARCO TEÓRICO	
Antecedentes de la Investigación.....	15
Bases Teóricas.....	19

Sistema de Variable.....	47
Operacionalizacion de la Variable.....	48
Definición de Términos Básicos.....	49
CAPITULO III MARCO METODOLÓGICO	
Tipo y Diseño de Investigación.....	51
Población y Muestra.....	53
Métodos e Instrumentos de Recolección de Datos.....	54
Procedimiento para la Validez del Instrumento.....	56
Plan de Tabulación y Análisis de Datos.....	57
CAPITULO IV RESULTADOS	
Presentación y análisis .....	58
CAPITULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
Conclusiones.....	72
Recomendaciones.....	73
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	74

ANEXOS.....	77
-------------	----

Instrumentos de Recolección de Datos

1.1- Matriz de Análisis

1.2- Lista de Cotejo

1.3- Entrevista

1.4- Matriz Resumen de Datos: Lista de Cotejo.

## LISTA DE CUADROS

N°	Pp.
1. Calidad de Atención del Anciano Residente Información sobre las Instalaciones como elemento del componente estructural. “Centro San Onofre” – Los Teques Estado Miranda 1er Trimestre 2011.....	59
2. Calidad de Atención del Anciano Residente Información sobre las Normativas Institucionales como elemento del componente estructural. “Centro San Onofre” – Los Teques Estado Miranda 1er Trimestre 2011.....	60
3. Calidad de Atención del Anciano Residente Información sobre el Recurso Humano como elemento del componente técnico. “Centro San Onofre” – Los Teques Estado Miranda 1er Trimestre 2011.....	61
4. Distribución absoluta y porcentual de las respuestas de los cuidadores sobre las actividades cumplidas. “Centro San Onofre” – Los Teques Estado Miranda 1er Trimestre 2011.....	62
5. Distribución absoluta y porcentual de las respuestas de los ancianos sobre la satisfacción por el cuidado que reciben “Centro San Onofre” – Los Teques Estado Miranda 1er Trimestre 2011.....	66

## LISTA DE GRAFICOS

N°	Pp.
2. Distribución porcentual de las observaciones de las actividades realizadas por los cuidadores a los ancianos. Centro San Onofre Los Teques Estado Miranda. 1er Trimestre 2011.....	63
3. Distribución porcentual de las respuestas de los ancianos sobre la satisfacción por el cuidado que reciben. Centro San Onofre Los Teques Estado Miranda. 1er Trimestre 2001 .....	67

**Universidad central de Venezuela  
Facultad de Medicina  
Escuela de Enfermería**

**Calidad de Atención al Anciano Residente en el Centro  
"San Onofre" de los Teques Estado Miranda  
Primer Trimestre 2011**

**Autora:** TSU García Ayaney  
C.I. 12.617.842  
**Tutora:** MSc. Doris Méndez  
**Año:** 2011

**RESUMEN**

El presente estudio tiene como objetivo determinar, la Calidad de Atención al Anciano Residente en el Centro "San Onofre" de los Teques Estado Miranda". En sus componentes: Estructura; Técnico y Humano. El diseño metodológico es no experimental, puntual, de campo, fuente viva y univariable. El tipo es descriptivo. La población estuvo constituida por: población A; Documentos de registros administrativos. Población B; personal cuidador, 5 cuidadores. Y población C; 32 ancianos. Con las poblaciones A y B, se trabajo con todas las unidades y para la población C, se trabajo con 26 (81%) ancianos, que cumplían con los criterios de inclusión. Para la recolección de la información se aplicó la técnica de la observación y la entrevista, y como instrumentos: Matriz de análisis, lista de cotejo y la entrevista. A los instrumentos se le aplicaron las pruebas de validez por juicio de expertos. Los datos se procesaron aplicando la estadística descriptiva. Los resultados evidencian que la calidad de atención del anciano en base al componente estructural es de mediana calidad, en función a que la mayoría de las áreas se encuentran en regulares condiciones así como la inexistencia de áreas recreacionales para el anciano además de la ausencia de condiciones de seguridad y confort pues la mayoría de los equipos (camas, camillas y sillas de rueda) se encuentran dañados. Existen debilidades y fortalezas en cuanto al componente técnico, a pesar del déficit de recurso humano especializado en el área geriátrica (Médicos y Enfermeras profesionales) las personas que hacen el papel de cuidadoras cumplen con la mayoría de los cuidados establecidos, sobre todo cuando se midió la variable de cuidadas especiales y al desplazamiento con normas de seguridad. Hay ausencia de recursos para el mantenimiento y equipamiento tanto de recurso humano como de equipos tecnológicos y de recreación para el bienestar del anciano residente donde se logre un equilibrio motivacional en el personal, además de la inclusión del mismo al Sistema Nacional de Salud para que sea tomado en cuenta en las planificaciones y proyectos nacional.

**Descriptor:** Calidad de atención. Anciano residente. Cuidador. Satisfacción del anciano.

## INTRODUCCION

A lo largo de la vida la familia siempre está basada en valores y tradiciones, pero a medida que pasa el tiempo esos valores y tradiciones se han ido perdiendo

El ciclo de vida de los seres humanos es nacer desarrollarse y reproducirse pero en esta última el ser humano adquiere responsabilidades con su familia primero los padres con los hijos hasta que puedan valerse por sí mismo es obligación de los hijos de velar por estos pero debido al mismo deterioro de los valores y tradiciones bien sea por tiempo o calidad de vida se han ido formando centros de atención para adultos mayores o ancianos para colaborar con las familias que no tienen tiempo para sus adultos mayores, así como los adultos mayores no tienen familia y necesitan de alguien que los cuide estos centros son costeados por el estado, la familia o por los mismos ancianos.

Esta investigación fue realizada en una de las casas destinadas al cuidado de adultos mayores, en el cual se demostró que en algunos casos estos centros de cuidados que no son costeados por los familiares o por los mismos adultos mayores, sino que depende del financiamiento del estado, esta carece de posibilidades para satisfacer necesidades básicas como lo son personal especializado así como mejores condiciones en la calidad de vida de los ancianos.

La investigación se realizó en respuesta a una necesidad que posee esta casa de reposo así como muchas que el control de la mismas no son tan rigurosos como deberían ser y muchas veces no poseen el personal capaz ni reúnen las condiciones para desempeñar dichas actividades, así que a lo largo de la investigación se dieron soluciones posibles a los

problemas presentados en esta instituciones que pueden servir para mejorar la calidad de atención así como el funcionamiento de las misma.

En este contexto el estudio está estructurado de la siguiente forma:

Capitulo I: El Problema, en el cual se describe el planteamiento del problema, los objetivos de investigación y la justificación del estudio.

Capitulo II: El Marco Teórico, en el cual se describe los antecedentes de la investigación bases teóricas, sistema de variables, operacionalización de las variables, definición de términos.

Capitulo III: Marco Metodológico, en el cual se especifica, tipo y diseño de investigación, población y muestra, métodos e instrumento la recolección de datos, procedimiento para la valides del instrumento, plan de tabulación y análisis de datos.

Capitulo IV: Resultados, en el cual se especifica presentación y análisis.

Capitulo V: Aquí se especifica conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y los anexos.

## **CAPITULO I**

### **EL PROBLEMA**

#### **Planteamiento del Problema**

El hombre es un ser social, por ello es imposible desvincularlo del contingente humano y en especial de la vida social. Al pensar en la etapa de la vejez, algunas personas sienten que ello implica un deterioro catastrófico de la vida, debido a las experiencias que les rodea en el diario devenir; por el contrario, es una etapa valiosa e importante, ya que se puede disfrutar de una rica experiencia al evidenciar la solidaridad familiar y muchos otros valores que enriquecen al ser humano.

En este sentido, el envejecimiento es un proceso universal, así lo establece, Urbana de Pozuelo, Milla (1999), quien señala:

Desde el punto de vista objetivo, el envejecimiento comienza con el nacimiento, pero se asocia más con la edad adulta y sobre todo con la ancianidad. Cronológica y legalmente, se considera vieja a la persona de 65 años o más. La edad subjetiva puede estar relacionada con sentimientos personales, edad personal, edad cognitiva, edad social, edad de fenotipo, la edad comparativa y edad percibida o auto percibida (pág. 381).

Esto conlleva a pensar que la vejez siempre ha sido considerada más como una condición que como un proceso, sin embargo es un proceso lento y gradual que se manifiesta de manera diferente según la persona; es la continuación del ciclo biológico humano.

Es por eso que también se podría definir el envejecimiento como la evolución morfológica y funcional que afecta a la mayoría de los órganos y

conduce a la declinación de las capacidades del individuo, haciéndose la persona susceptible a enfermedades crónicas.

Cuando se llega a este periodo es importante mantener medidas de prevención primaria de la salud, abocado a una atención biopsicosocial, es decir, de carácter integral; por un equipo multidisciplinario especializado en el cuidado de los ancianos.

En tal sentido, Meza Fleitas, Yanira (1996), refiere que:

Medir salud en términos de capacidad funcional proporciona diversas ventajas, una de ellas es permitir una razonable planificación de los servicios de la salud a partir del conocimiento de necesidades de esta población y constituye las bases de sus demandas de servicios sociales y de salud, se escogió la función como indicador de salud y se dice que un anciano es saludable en la medida, que sea capaz de funcionar en un contexto dado. (pág. 23).

Al respecto es importante destacar que un conjunto organizado, coherente e integrado de actividades y servicios realizados simultánea y sucesivamente, con los recursos necesarios y con la finalidad de alcanzar unos objetivos determinados, en relación con los problemas y necesidades de salud detectados en una población anciana, debe promocionarse con la finalidad de desarrollar actitudes positivas ante la salud y la ancianidad, proporcionar conocimientos básicos para la promoción y protección de la salud de los mismo, así como el mentarreforzar hábitos de autocuidado encaminados a una longevidad sana.

La atención al anciano requiere de mayores conocimientos y de múltiples habilidades por parte de quienes otorgan dicha atención, incluyendo en la administración de ese cuidado a la familia en primer lugar y a los profesionales de la salud en segundo lugar; sin dejar de un lado a la sociedad en general. El proceso de envejecimiento tiene implicaciones fisiológicas, psicológicas y sociales para el individuo y es a través de la gerontología que se logra comprender ese proceso, y con ello ofrecer una

mejor perspectiva y entendimiento del envejecimiento como proceso normal e integral.

Entendiendo que el envejecimiento es una etapa crucial en la vida de todo ser humano, se hace necesario disponer de programas de salud que aborden las circunstancias de salud - enfermedad, característica de esta etapa vital.

La Organización Panamericana de la Salud (1995) Promueve la atención del anciano, de allí, que “los países latinoamericanos están asumiendo el reto de reformar sus sistemas de salud. Para hacerlo más equitativo, eficaces y accesible”. (pág. s/n) Para ello se plantea no solo mejorar la eficiencia y cobertura, sino también aumentar la calidad del cuidado. En Venezuela, desde la creación del ministerio de sanidad y asistencia social en 1936 siempre ha existido el interés de mejorar la salud de la población y desde entonces se ha implementado una serie de programas y proyectos orientados hacia mejorar la calidad de vida, sin embargo, los avances científico y tecnológicos no han logrado satisfacer las necesidades de la comunidad en su totalidad.

Por lo que la calidad, es un proceso que compete a todos los trabajadores, especialmente los del área de la salud y se inicia con la definición de un compromiso establecido en la misión de la institución, así como un desarrollado sentido de pertenencia de la misma, por ello es imprescindible, tener una visión que permita dar direccionalidad al proceso de trabajo, en que cada uno de los trabajadores interiorice que lo que hace es importante para él y la sociedad.

En tal sentido, la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (2000), establece: “el derecho a la salud gratuita y de calidad por parte del

estado venezolano y la obligación de garantizar a toda la población una buena base para mejorar la práctica en salud y fortalecer el liderazgo de todos los miembros involucrados". (pág. 7)

El estado venezolano decreta como un derecho de los venezolanos, el disfrutar de una salud y además se hace garante de la calidad del cuidado a la salud, por medio de la práctica de acciones conducentes a fortalecer la salud y el liderazgo de todos los miembros del equipo inmerso en las situaciones de salud - enfermedad.

Destaca Sanabria, Gustavo (1995), que para poder cumplir con los objetivos de calidad, además de su concepto, se deben conocer también los aspectos que la afectan, tal como: "la necesidad del cliente y sus expectativas, los cuales son aspectos muy importantes debido a que el usuario debe obtener el mejor servicio" (pág. 45), y cuando ello no se logra el usuario siente el impacto por lo tanto, también se verá afectado el servicio, pues, si el enfermo no alcanza niveles de calidad es porque el servicio de salud no se lo está proporcionando.

El énfasis en la valoración de las necesidades biopsicosocial, culturales y espirituales del anciano, está en optimizar el nivel de independencia y autosuficiencia de la persona en cuanto a las actividades de diario vivir, en prevenir las enfermedades o invalidez, en promover, mantener la vida con dignidad, comodidad y bienestar durante toda su vida.

El enfoque de la asistencia a los problemas de la ancianidad debe dirigirse hacia la unificación de esfuerzos en vista a la configuración de equipos multidisciplinarios, cuyo objetivo sea el estudio de la problemática del envejecimiento y el planteamiento de programas dirigidos a la cobertura de las necesidades de los ancianos. Al cuidado de los ancianos se agrega

que la vida actual, ofrece pocas oportunidades para el cuidado en el hogar, ello constituye otra problemática para el anciano.

El hecho de que el anciano necesite cuidados en el área física, psicológica y social, genera más compromiso del estado venezolano debido en gran parte, a que la mayoría de las familias no cuentan con los recursos de toda naturaleza, para ofrecerle al anciano un cuidado de calidad en el hogar; por otro lado, -el elevado costo de la prestación asistencial en el sector privado a los ancianos; -el déficit de camas o de cupo en los hogares de prestación de cuidado a los ancianos, del sector oficial. Unido a ello, se tiene el problema de la calidad del servicio que ofrecen en los centros de atención al anciano.

La calidad, la equidad y la eficiencia son elementos todos ellos necesarios para determinar una estructura de administración de recursos que permita encontrar alternativas asistenciales que conjuguen dichos elementos, a fin de que realmente el anciano pueda recibir la atención que merece.

Dentro de este marco, los hogares de cuidados del anciano, como instituciones de servicio, muchas veces tienen dificultades para mostrar su desempeño, ya que su producto es una buena atención y eso es mucho más que orden y limpieza. Es por esto que una de las premisas del trabajo gerontológico es su abordaje multidimensional, la diversidad de facetas que presenta el envejecimiento, no puede ser comprendida o tratada en forma unilateral, la concurrencia de diversas disciplinas posibilita un tratamiento más rico del objeto de conocimiento y consecuentemente una mejor calidad en la atención. (González Aragón, J. 1998 pág. 44).

En esta perspectiva en los hogares de ancianos, es el trabajo en equipo, el que va a posibilitar el intercambio de opiniones, la elaboración de normas y estrategias tanto para la atención de residentes como para reflexionar sobre el modelo de comportamiento institucional. También es importante aclarar el modelo de trabajo en equipo, y la importancia que tiene el mismo en el desempeño laboral del profesional de enfermería así como el equipo de trabajo en centros de atención de ancianos a nivel nacional para lograr la calidad de atención en los mismos.

El equipo de trabajo para el cuidado del anciano, debe estar integrado por médicos, enfermeras y trabajadores sociales, como un bloque de primer orden, sin desestimar a los demás trabajadores de la salud que pueden aportar sus conocimientos y sus prácticas según necesidades presentes.

El cuidado del anciano, que por diversas razones debe vivir en una residencia, está representado por un conjunto de acciones para que puedan satisfacer sus necesidades básicas y complementarias del diario vivir, las cuales deben estar acordes con su edad cronológica.

Se requiere contemplar dentro de la asistencia física, psicológica y social; una estructura física que evite el riesgo de lesiones; un equipo interdisciplinario con una mayor autoconciencia acerca de las actitudes individuales hacia el paciente geriátrico, que les permita identificar sus limitaciones en el cuidado o servicio del paciente y buscar superar los déficit de conocimientos en la gerontología y geriatría, mediante un programa de instrucción basado en el afecto principalmente, y en ciertos estándares del cuidado. (González A. 1998 pág. 44).

En este contexto se puede sintetizar, que los ancianos son recluidos en centros para su cuidado, esto dado por una serie de factores los cuales hace que se torne difícil la situación dentro del hogar y se generen muchas limitaciones al momento de satisfacer sus necesidades; por otra parte, en algunas oportunidades los ancianos se enfrentan a enfermedades crónicas específicas lo que demanda cuidados especializados por un equipo multidisciplinario, que pueda controlar el proceso de la enfermedad, que le brinden cuidados paliativos para asegurar una buena calidad de vida en esa etapa de la vida.

Una vez que son recluidos en las residencias para el cuidado de los ancianos, surgen una serie de cambios que afectan en cierta forma a los ancianos, puesto que se encuentran con personas desconocidas quienes le brindarán de ahora en adelante sus cuidados, esto podría repercutir al momento de entrar en interacción ya que no existiría la confianza necesaria como para que se exterioricen todos esos problemas, miedos y angustias generados por el actual cambio, es por ello que la persona cuidadora debe poseer habilidades teórico - prácticos basados en principios científicos en el cuidado del paciente geriátrico, para poder sobrellevar el proceso de adaptación del anciano y a quien debe cuidar con esmero.

Se puede señalar que un lugar de internación de ancianos debe cumplir ciertos requisitos tales como: tener autorización legal para funcionar; debe operar en él un equipo interdisciplinario que cubra la parte asistencial, la administrativa y la docente, es decir un equipo que este capacitado para funcionar como tal. Cumplir con todas las normas de seguridad que den estabilidad a los ancianos.

En tal sentido, el Centro "San Onofre" de los Teques Estado Miranda, es una institución de carácter público, dedicado al cuidado del anciano recluso en sus instalaciones, al considerar que el anciano debe disfrutar de condiciones que le permitan satisfacer sus necesidades, en el centro asistencial se ha evidenciado por un lado, una planta física que carece de una estructura que brinde confort a los ancianos, por otro lado, el recurso humano, sin querer descalificar a este personal cuidador ya que son quienes humanamente brindan ese cuidado diario al anciano, es insuficiente y carecen del grado académico o capacitación requerida. La Dirección esta a cargo de una Auxiliar de Enfermería, con una asistente que actualmente realiza curso de primeros auxilios. Cuenta también con dos personas del sexo masculino que no poseen acreditación para trabajar en salud; una persona encargada de la cocina y una camarera.

El cuidado médico está a cargo de un médico general, que acude en algunos momentos, careciendo de los recursos humanos profesionales, de trabajadores sociales, psicólogo, nutricionista, profesionales de enfermería y un médico geriatra, que pueda atender las situaciones de salud preventiva, así como indicar el tratamiento de las enfermedades que puedan presentar los ancianos del centro. Y esto se hace más preocupante al ver los bajos ingresos económicos que llegan al centro, ya que cuentan con la poca ayuda de instituciones benéficas o estatales, y con los ingresos que algunos familiares hacen llegar a sus ancianos. En base a esos ingresos, cubren los costos de los útiles personales y de alimentación de los ancianos.

De lo anteriormente planteado surgen las siguientes interrogantes:

¿Reciben los ancianos recluidos en el centro asistencial, una atención acorde con sus necesidades específicas?.

¿El Centro de salud está dotado de las condiciones mínimas requeridas para dar cuidados saludables al anciano?.

¿Los ancianos se sienten satisfechos por el cuidado que reciben en el Centro Asistencial?

Estas interrogantes inducen a plantearse el siguiente problema de investigación:

¿Cuál es la calidad de atención que recibe el anciano residente en el Centro "San Onofre" de los Teques Estado Miranda?.

## **Objetivos de la Investigación**

### **General**

Determinar la calidad de atención que recibe el anciano residente en cuanto al contexto de los componentes del cuidado de la salud, en el Centro San Onofre de los Teques Estado Miranda.

### **Específicos**

1. Identificar la calidad de atención que recibe el anciano, en el centro asistencial; en base al componente estructural.
2. Identificar la calidad de atención que recibe el anciano, en el centro asistencial, en base al componente técnico.

3. Identificar la calidad de atención que recibe el anciano, en el centro asistencial, en base al componente humano.

### **Justificación**

No cabe duda que la existencia de residencias para el anciano, es una necesidad social que debe estar siempre animada a principios nobles y humanos, más que por un análisis verdaderamente objetivo de realidades y necesidades de los ancianos, por eso la investigación trata de aclarar inquietudes, de observar a una realidad existente sobre como se está atendiendo al anciano, seres que han luchado en su vida por ser útiles, y que por lo tanto tienen el derecho como todo ser humano, a que se le asegure atención á su salud y que requieren por su condición, cuidados específicos y de óptima calidad en esa etapa de la vida.

La relación entre el equipo de salud y el anciano tiene como base fundamental, el conocimiento de las necesidades de este grupo etéreo, más que como un órgano o sistema enfermo. El anciano en definitiva, es un individuo que demanda atención de calidad; en este sentido debe existir un intercambio entre el anciano y el equipo multidisciplinario, para entender el sistema de vida de aquel, su situación familiar y sus relaciones con la comunidad, los factores económicos y sociales que puedan incidir en su condición de existencia.

Interesa además, conocer las características de su personalidad. De allí que se debe considerar que los centros de atención del anciano son una necesidad concreta y real, cada vez más, se deben tratar de integrar al anciano con el mundo que lo rodea aun cuando se encuentre en hogares sustitutos, alejados del núcleo familiar primario. Por ello se toma la iniciativa

de realizar un estudio que sirva de base para la mejora de la calidad de atención al anciano.

Desde el punto de vista teórico la investigación pretende aplicar conceptos y teorías que fundamenten el estudio y permitan dar claridad a la situación problema y que a partir de allí; se puedan trazar estrategias que tiendan hacia la mejora y la excelencia de la atención prestada a este grupo etéreo.

En lo que respecta al punto de vista metodológico, el estudio pretende servir de antecedente para futuros estudios que deseen profundizar en cuanto al problema y se planteen estrategias de trabajo sobre cuidado del anciano, toda vez que el estudio se ha realizado sobre la base de un proceso sistemático de indagación y análisis que dan confiabilidad en los resultados.

Desde el punto de vista social, el estudio es relevante, ya que toda estrategia, orientada a lograr condiciones favorables de atención al anciano en el ambiente donde se encuentre recluido, va a influir directamente en la calidad de atención que se le presta, y por ende, en la calidad de vida.

Desde el punto de vista práctico se desea que los resultados permitan integrar las potencialidades de los miembros del equipo de salud en base a conocimiento, experiencia y vocación de servicio, para que en conjunto puedan satisfacer las necesidades físicas, emocionales y sociales de los ancianos reclusos en el centro de salud, dentro del contexto del aseguramiento de condiciones de vida sana.

De allí que la investigación pretenda además, incentivar al equipo de salud del centro objeto de estudio, para que una vez detectada la problemática existente se tomen medidas correctivas para la solución de esta situación.

Otro aspecto que se pretende con los resultados de la investigación es que sirva de base a los estudiantes de las disciplinas inmersas en la situación, sobre la calidad de vida de los ancianos.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

En este capítulo se presentan; los antecedentes relacionados con el problema de estudio, así como las bases teóricas, el sistema de variable, su operacionalización, y la definición de términos básicos.

#### **Antecedentes de la Investigación**

Entre los estudios realizados, se presentan algunos antecedentes de trabajos de investigación sobre la calidad de atención a los ancianos en una institución de salud. En un estudio realizado por Canes C. y García, R.M.. (1988), mediante una encuesta realizada a un grupo de población adulta, futuros ancianos del año 2000, para establecer el perfil del anciano, los resultados obtenidos reflejan modificaciones respecto a situaciones anteriormente estudiadas que corresponderían, en su mayor parte, al anciano actual.

Los resultados permitieron establecer el siguiente perfil: 1- Dispondrá de un mayor nivel cultural. 2- Mantendrá el hábito de la ocupación del tiempo de ocio. 3- Se manifiesta deseoso de viajar. 4-Deseará ser amado y valorado por la sociedad, disfrutar de la vida y aportar la experiencia adquirida a lo largo de los años de actuación profesional. 5- Estará preocupado por su salud y querrá conocer su nivel real. -6 Realizará proyectos para su jubilación. 7- Preferirá vivir en su propio domicilio, mientras le sea posible. -9 Dispondrá de una pensión de Estado y tenderá al ahorro.

Las conclusiones que los autores de este trabajo han extraído del perfil obtenido son: Es imprescindible que la sociedad se responsabilice de la evolución de las necesidades cambiantes de todos sus componentes, así como de educar a sus miembros en el respecto, apoyo e integración de las personas mayores como elementos vivos y participativos de la misma. La atención de los mayores no es responsabilidad única de los profesionales de las ciencias sanitarias o sociales. Otros profesionales que se ocupan de la investigación y aplicación de nuevas tecnologías pueden aportar sus conocimientos y experiencias para mejorar la calidad del hábitat y la comunicación, colaborando así en una mejora de la calidad de vida. Una de las mayores preocupaciones que se presentan frente a la vejez es la precariedad económica, quizás instigada por la dudosa evolución de las pensiones.

Hay que planificar dicha evolución y estudiar y fomentar otras modalidades de previsión que garanticen la cobertura económica de este grupo de población. Por último, el gran esfuerzo se debe centrar en la búsqueda y experimentación de atenciones alternativas a la institucionalización con el fin cubrir la demanda de mantenerse en el propio hábitat.

Cruz Lendínez, A; Pancorbo Hidalgo, P; García Fernández, F; Carrascosa García, M; Jiménez Díaz, M; y Villar Dávila, R. (2007). Realizaron un trabajo sobre el Deterioro funcional en ancianos ingresados en un hospital sin unidades geriátricas. Cuyos objetivos fueron: establecer el perfil del paciente anciano atendido en las Unidades de Medicina Interna del Complejo Hospitalario de Jaén. Analizar los resultados de la hospitalización en personas mayores en términos de variación de la capacidad funcional al alta respecto del ingreso. Identificar qué variables influyen en la variación de esa

capacidad funcional de los ancianos hospitalizados en un centro sin unidades geriátricas.

El estudio fue prospectivo observacional en tres unidades de hospitalización de medicina interna de un hospital universitario de la red pública de Andalucía. Con una muestra de 190 pacientes ancianos hospitalizados. Las variables recogidas fueron: demográficas, relacionadas con la hospitalización y con la capacidad funcional. Los datos se han obtenido mediante el uso del Índice de valoración de dependencia de Barthel.

Los resultados indican que la hospitalización en las unidades de medicina interna no contribuye a la mejora de la capacidad funcional de las personas mayores, más bien tiene un efecto negativo, favoreciendo el deterioro en un importante grupo de estos pacientes. En función de la edad, de entre los pacientes analizados (65-85 años y más), los pacientes de menor edad son los que obtienen mejores resultados de recuperación funcional al alta, mientras que los mayores de 85 años son los que peor resultado presentan. Observándose cómo pierden la capacidad funcional, el 16% de los menores de 85 años y el 67,5% de los mayores de 85. Concluyendo que: La edad, la capacidad funcional al ingreso, la capacidad funcional al alta, la presencia de acompañantes durante la hospitalización y el destino al alta son los factores que más influyen en la variación de la capacidad funcional durante la hospitalización. La hospitalización de ancianos en un hospital sin unidad geriátrica supone peores resultados en la capacidad funcional de los pacientes frente a los hospitales que cuentan con unidad de hospitalización geriátrica.

Becerra Martínez, D; Godoy Sierra, Z; Pérez Ríos, M y Moreno Gómez, M. (2005). Realizaron un estudio en la ciudad de México, sobre la opinión del adulto mayor con relación a su estancia en un asilo. La población estuvo representada por 26 adultos mayores; Aplicaron una encuesta de opinión donde estudiaron las variables de: estancia confortable; sentimiento de tristeza; miedo a la soledad; actividades programadas en el asilo y la exclusión de actividades familiares.

Los resultados reflejaron que un 71% considera la estancia confortable; un 40% manifestaron sentimiento de tristeza; un 32% expresan sentimiento de soledad; un 67% refieren programación de actividades en el asilo y un 69% expresan exclusión de actividades familiares. Concluyendo en que ni la familia, ni el personal de los asilos están preparados debidamente para afrontar los cambios funcionales del adulto mayor; recomendando como necesario la capacitación de las enfermeras en el trabajo con los adultos mayores, educación para los familiares en cuanto a una participación responsable, trato digno e incorporarlo en sus posibilidades, a la dinámica familiar y social.

Becerra Martínez, D; Godoy Sierra, Z; Pérez Ríos, M y Moreno Gómez, M. (2005). realizaron un estudio que tiene por título "El Adulto Mayor y el Cuidado Humano ofrecido por el Personal de Enfermería en el servicio de medicina "A" Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera" (CHET)", el mismo tuvo como objetivo general evaluar el cuidado humano ofrecido por el personal de emergencia al adulto mayor en sus factores higiene personal y alimentación.

Estuvo enmarcado en la modalidad metodológica no experimental correspondiente al tipo descriptivo de campo. La población y muestra estuvo

conformada por el personal que labora en el servicio de Medicina A, el cual es de 16 personas entre los cuales se encuentran profesionales, técnicos y auxiliares de enfermería. La recolección de la información se realizó por medio de un instrumento tipo cuestionario con aplicación de la escala de Lickert, con opciones siempre, casi siempre, casi nunca, nunca; estructurado en tres partes: en la primera parte los datos demográficos, la segunda higiene personal y la tercera alimentación, los dos últimos compuestos por ítems y dentro de lo que concluyeron respecto al factor higiene personal en estudio, se obtuvo que el adulto mayor en un 81,1% no recibe los cuidados necesarios. En lo referente al factor alimentación con 90,8% no cuenta con el personal de enfermería a la hora de recibir el alimento.

Los estudios presentados constituyen un aporte importante al presente estudio, porque en ellos se refleja la necesidad de mantener cuidados al anciano, que le hagan mas saludable y placentero, el transcurrir de esta etapa de declinación de la vida de todo ser humano.

## **Bases Teóricas**

### **Generalidades sobre la Vejez**

La vejez es el estado senil al que se llega por causa del envejecimiento. Se presentan cambios corporales, mentales y en los comportamientos sociales. No es fácil dar una definición sobre qué es el envejecimiento aunque de manera general, se tenga conocimiento del mismo. El envejecimiento se ha definido según Bastidas Tello, Guillermo. (2001), como “un proceso de deterioro donde se suman todos los cambios que se dan con el tiempo en un organismo y que conducen a alteraciones funcionales”. (pág. 236).

Estos cambios en el orden morfológico, psicológico, funcional y bioquímico se caracterizan por una pérdida progresiva en el tiempo de la capacidad de adaptación y la capacidad de reserva del organismo, que produce un aumento progresivo de la vulnerabilidad ante situaciones de estrés y finalmente la muerte. Se ha definido por lo tanto, primero como una etapa de la vida y posteriormente como un proceso de deterioro por suma de déficit con el paso de los años.

El envejecimiento también es conocido según López de B. y Flores (2000) “un deterioro progresivo de los procesos fisiológicos, necesarios para mantener constante el medio interno La muerte es el final de este proceso que no permite mantener este equilibrio que se llama homeostasis”. (pág. 243)

Entre las características de la vejez; se hace necesario distinguir estos dos términos; la edad biológica y la edad cronológica. La edad cronológica de acuerdo con Ortiz Salinas, M. (2000), es “la edad del individuo en función del tiempo transcurrido desde el nacimiento. Es por tanto la edad en años”. (pág. 54) Es un criterio administrativo de gran importancia que marca hechos trascendentales en la vida como resulta ser la jubilación. Tiene por tanto un valor social o legal más que biológico. El tiempo en sí no tiene ningún efecto biológico sino mas bien los cambios ocurren en el tiempo.

Para Hazzan, A, (2002), La edad biológica “es la que se corresponde con el estado funcional de nuestros órganos comparados con patrones estándar para una edad”. (pág. 56). Es por tanto un concepto fisiológico. Su conocimiento es más informativo sobre el envejecimiento real. Es fácil entender cuando se ve a alguien que parece más joven de lo que realmente

es por su edad cronológica debido a que el envejecimiento no se presenta por igual para todos los seres humanos. Tiene distintos ritmos en unos individuos y otros. Es más cada uno de nuestros tejidos, órganos y sistemas envejecen a ritmo diferente en cada uno de nosotros. Esto hace que nuestra edad biológica solo podría entenderse como un promedio de cada uno de estos elementos. Esta heterogeneidad incluso en un solo individuo, hace muy difícil la medición de la edad biológica. En el hombre no se ha encontrado una o unas pocas mediciones biológicas que supongan una medición fiable que vaya a predecir el propio ritmo de envejecer.

Es quizás aún más interesante desde el punto de vista del médico geriatra definir una tercera edad en el hombre como es la edad funcional. Henríquez Ureña, C. C. (2009), la define como “la capacidad para mantener los roles personales y la integración del individuo en la comunidad, para lo cual es necesario mantener unos niveles razonables de capacidad física y mental”. (pág. 58) Es esta edad, la que puede definir una calidad de vida satisfactoria y por tanto un envejecer con éxito. El Geriatra debe acercarse a conocer esta edad funcional en la valoración de las capacidades del anciano.

Se trata de establecer con estos términos, la diferencia entre el envejecer exclusivamente relacionado con el paso del tiempo con cambios en los órganos y sistemas del organismo y el envejecer acelerado por la presencia de alteraciones patológicas secundarias a enfermedades o por influencias ambientales. Al respecto, Maurizio, C. (2002), señala que “el primero correspondería al Parkinson; Alzheimer al envejecer fisiológico o “normal”. (pág. 90) ya que nunca se puede escapar absolutamente de la influencia del segundo o envejecimiento patológico.

El envejecimiento patológico es por otra parte prevenible para llegar a las etapas finales de la vida en las mejores condiciones posibles desde los puntos de vista funcional, mental y social.

Al reconocer que la vejez es una etapa inevitable en el proceso de vida, y que además reviste particular atención por todos los factores que limitan las actividades del diario vivir, tanto para el anciano como para los familiares cercanos; se hace necesario atender lo señalado por: Vélez, Cruz; G. (1989) citado por Aznar, José María (1990) el cual dice que “vale la pena tener en cuenta las siguientes consideraciones, la diversidad sociocultural y psicológica del anciano requiere de una valoración más completa, más allá de suposiciones, sólo por el hecho de ser anciano”. (pág. 345).

En este contexto se puede resumir que el énfasis en conocer el proceso de envejecimiento está en optimizar el nivel de independencia y autosuficiencia de la persona anciana en cuanto a las actividades de diario vivir, en prevenir las enfermedades o invalidez, en promover, mantener el ciclo vital, es decir, es el dar comodidad y bienestar en esta etapa de la vida.

De acuerdo a ello, se hace necesario atender los diversos cambios en ese grupo etéreo; entre ellos se tiene que los cambios en la esfera física durante el proceso de envejecimiento, se corresponden, de acuerdo con O'Donnell, Mario. (2005), citado por Torres, Juan Manuel. (2006), con que “el cuerpo humano a lo largo de la vida va a ser afectado en todos sus órganos y sistemas, cambios que varían entre individuos y tendrá un diferente ritmo en un mismo individuo según el órgano o sistema”. (pp. 359). Estos cambios son

morfológicos o fisiológicos, es decir, afectan a los órganos en su estructura y en su función.

Cambios en el aspecto exterior que se dan en relación con la edad, se reduce la estatura aproximadamente 1 cm. por década a partir de los 40-50 años, por disminución en la altura de los cuerpos vertebrales. El tronco se vuelve más grueso y las extremidades más delgadas. Hay un aumento de la curvatura de la columna vertebral llamada cifosis proporcionando ese aspecto encorvado que ha ilustrado en ocasiones la vejez. La marcha se altera con disminución del braceo y aumento de la base de sustentación. La piel pierde flexibilidad y elasticidad con pérdida de una proteína llamada colágeno y aparición de las arrugas. Disminuyen las glándulas sudoríparas con disminución de la sudoración lo que predispone al anciano a alteraciones en la regulación de la temperatura. El pelo puede perder las células productoras del pigmento melanina y aparecen las canas. (Escuela Medicina. S/F. documento en línea).

Los problemas de salud característicos de la tercera edad, aunque atípicos, se podrían resumir en dos grandes apartados: aquellos que producen una limitación más o menos importante de sus capacidades y aquellos que se derivan en enfermedades crónicas manifiestas.

Las enfermedades más incapacitantes las producen las patologías osteo-articulares y vasculocerebrales agudas y crónicas. Por otra parte; Según diversas encuestas las situaciones crónicas más comúnmente referidas por los ancianos suelen ser: artrosis, pérdida de audición, pérdida de la visión, hipertensión arterial y enfermedad cardíaca. Con el envejecimiento se pierde masa muscular y por tanto se pierde fuerza y capacidad para tener máximas prestaciones físicas. (Escuela Medicina. S/F.

documento en línea).

En el envejecimiento hay una disminución del agua corporal. El agua representa aproximadamente el 80% del peso corporal al nacimiento pasando entre el 70 al 60%. Esta pérdida se produce sobre todo por pérdida del agua dentro de las células. Supone una mayor predisposición a la deshidratación en el anciano. Mientras que la masa magra disminuye la grasa corporal aumenta redistribuyéndose sobre todo en el tronco. Se pierde también masa ósea, lo que favorece la aparición de osteoporosis y fracturas. Los órganos internos disminuyen de tamaño y peso con algunas excepciones como la próstata. (Escuela de Medicina. Documento en línea).

En virtud de la situación del anciano, existen formas y maneras de atender al anciano, al respecto, Guzmán de Alfarache, (1995), citado por López de Úbeda, Francisco (1999), Expresa que por “la declinación general en la fuerza muscular con el aumento de la edad. Procurar actividades propias según la capacidad física de la persona. Por un día que se pasó en cama, se necesitan tres para recuperar la fuerza muscular perdida”. (pág. 67).

La inmovilidad y el estar en la cama pueden ser la causa de serios impedimentos físicos y psicológicos. Entre ellos se tienen las contracturas, pérdida del tono muscular y debilidad de las articulaciones, debido al acortamiento de los ligamentos y fibras musculares. Incitar a movilizar, de una u otra formas, las articulaciones a través de juego o ejercicio, recomendar ejercicios diarios en forma programada, el hacer ejercicios con un pelota de playa de las que tienen dentro un globo, son ideales; no lastiman y son un gran estímulo visual por su colorido.

Descalcificación de los huesos, lo cual puede producir fracturas por osteoporosis, En el anciano debe evitarse las caídas, pueden producir fracturas, por esta razón debe dársele seguridad al ambiente inmediato. Por otra parte se presenta formación de cálculos renales y vesiculares. El ejercicio, la ingestión de alimentos con calcio y la exposición al sol, son esenciales para la prevención de osteoporosis en la vida adulta. Desarrollo de úlceras de decúbito, debido al éxtasis circulatorio y presión prolongada. Desarrollo de trombosis venosa y embolia pulmonar, como resultado del éxtasis venoso, así como cuadros de deshidratación. Procurar un buen ingreso de líquidos, así también ejercicios adecuados. (Escuela de Medicina. Documento en línea).

Ante todo lo señalado en la salud física de anciano, la detección de la fragilidad o del riesgo en el anciano, es el objetivo primordial de la atención al anciano. El examen de Salud se hace necesario, sería aquella mínima anamnesis y exploración física encaminada a detectar fragilidad, factores de riesgo y patologías prevalentes en el anciano. Se dirige a todas las personas mayores de 64 años. La anamnesis debe encaminarse sobre:

Exploración de hábitos: tabaco, alcohol, ejercicio físico, alimentación.

Salud: Condiciones físicas; control de constantes vitales; olvidos de memoria significativos, desorientación en lugares conocidos previamente, capacidad para valerse por sí mismo actividades diarias (compra, transporte, teléfono, comida), caídas, incontinencia urinaria, fármacos que toma, pauta y capacidad para su auto administración.

En el aspecto social, es muy importante reconocer el ambiente donde se desenvuelve el anciano y su núcleo familiar, ello con la finalidad de valor su convivencia. El anciano, según Bermejo, j. (2002).

Forma parte de un sistema familiar que debe ser entendido y ayudado, pues también detrás de las preguntas de los familiares o de sus quejas hay importantes vivencias (angustias, sentido de culpa, agresividad, estrés, dolor...) que deben ser escuchadas, descifradas y elaboradas. Su situación de fragilidad plantea, tácitamente también, preguntas esenciales sobre los valores fundamentales de la vida y es sujeto asimismo de necesidades espirituales. (pág.30).

El anciano, en virtud del proceso que vive, constituye en muchos casos, una situación particular dentro de su núcleo familiar, existiendo condiciones que hacen tomar decisiones fuertes, tales como la reclusión del anciano en instituciones que se dedican al cuidado de este grupo poblacional.

En conclusión, el objetivo de la valoración del anciano, es el establecimiento de un adecuado plan de actuación que incluya tratamiento médico, plan de cuidados, medidas de rehabilitación de la función alterada, y, en caso necesario, atención al rol del cuidador del anciano; tanto a nivel del entorno familiar o de las residencias, que funcionan como hogares sustitutos, además de la orientación sobre recursos sociales de apoyo, descentralización de la gestión y la coordinación de los recursos, apoyándose especialmente en las instituciones locales.

### **Calidad de Atención al Anciano**

En el área de la salud, la calidad es un componente esencial; Figueroa, Juan G. (2000), la define como el: "ofrecer un rango de servicio que sea

seguro y efectivos para que satisfagan las necesidades y expectativa de los clientes". (pág.26).

El anciano recluso en un centro asistencial, debe recibir un cuidado humanizado, un cuidado que le permita el transcurrir de sus días en un clima de armonía, calor humano, sentimientos de ser útil e importante, es decir, disfrutar del placer de vivir en ese, su nuevo modo de vida.

La atención institucional de tipo residencial, terminan con demasiada frecuencia, desviándose de la función para la que han sido concebidas en un principio. Es necesario, pues, el planteamiento de instituciones capaces de asumir gran parte de los niveles de prestación de los servicios propuestos. Será imprescindible, además, que existan unos canales de cooperación bien establecidos con otros niveles asistenciales, sanitarios y sociales racionalizando los recursos y promoviendo formas de atención alternativas a la institucionalización permanente. Es de capital importancia conseguir la unificación de todos los servicios en una única estructura, en la que participen todos los niveles de la administración: central, autonómica y local.

Es por ello que al anciano se le debe proporcionar calidad de servicio, de allí que la calidad de un servicio asistencial es visto de acuerdo con Villar, E. en Bermejo, J. (1999), como representado en dos dimensiones: la intrínseca y la extrínseca.

La primera es tangible, objetiva, observable, se puede medir cuantitativamente, estandarizar, protocolizar..., tiene relación con los sentidos. La segunda en cambio, es intangible, subjetiva, se percibe pero no puede medirse en términos cuantitativos, no es fácilmente objetivable, y difícilmente se

puede protocolizar..., tiene relación con los sentimientos. (pág. 58).

La dimensión intrínseca de la calidad asistencial está referida a las normas, protocolos y otros elementos normativos para atender al anciano de acuerdo con los estándares registrados e institucionalizados. La dimensión extrínseca por su parte, maneja los sentimientos de la persona a ser cuidada, es decir, las percepciones que tenga la persona cuidada en relación con el cuidado recibido; dependerá de las expectativas y condiciones presente en el momento interactivo.

Otro componente de la calidad del cuidado lo constituye la calidad del cuidador, según Villar, E. en Bermejo, J. (1999), se manifiesta también en dos dimensiones que son percibidas por el receptor del cuidado, ellas son: "la dimensión técnica, conformada por sus aptitudes (conocimiento y destreza), y la dimensión personal, conformada por sus actitudes (disposición personal en el desempeño de la tarea y en la relación con el enfermo)". (pág. 59).

En este sentido, el receptor del cuidado considera como elementos de calidad de la atención, las aptitudes y las actitudes que demuestra el cuidador en su relación terapéutica, constituyéndose en la persona más indicada para valorar si ese cuidado le satisface o no.

Integradas las dimensiones de calidad de servicio y las del cuidador en un modelo conceptual, se estructura, según Villar, E. en Bermejo, J. (1999), en dos componentes básicos de la calidad de atención, los cuáles son:

El componente técnico, conformado por el conocimiento y habilidades del profesional, junto con el cumplimiento de las especificaciones exigidas para cada caso concreto por los protocolos y normativas aplicables. B) El componente humano,

que contempla los aspectos intangibles de la interrelación cuidador-cuidado, tanto por lo concerniente a la actitud del profesional como a las reacciones emocionales que provoca el propio hecho asistencial en el paciente. (pág. 59).

En este sentido, el modelo conceptual de calidad del cuidado, sostiene que la calidad se expresa por medio de los componentes técnico y humano; y que no es más que la conjugación del conocimiento y habilidades técnicas junto al cumplimiento de normas y protocolos específicos; unido al quehacer donde se ponen de manifiesto aquellas actitudes del cuidador que producen reacciones de aceptación en el receptor del cuidado.

Fuera del contexto del modelo conceptual, se considera para el estudio, el elemento estructural; el cuál da las características de la organización y permite la valoración de las condiciones de la organización, para que la permanencia de los ancianos se de en un ambiente seguro y libre de riesgos.

En resumen se puede señalar; que el desafío del ejercicio de actividades para el cuidado del anciano es asumir que la calidad del cuidado es un derecho universal y que sólo se logra si existen actitudes positivas para ofrecer ese cuidado.

### **Componente Estructural**

El adulto mayor es uno de los grupos más vulnerables y complejos en lo referente a las demandas de salud, situación que se hace crítica ya que las organizaciones de salud así como las instituciones formadoras no están del todo preparadas para satisfacer esas demandas. El adulto mayor se ve en la necesidad de ser recluido en residencias especiales, donde el cuidado que recibe debe ser proporcionado en condiciones dignas y acorde con la calidad de vida que le corresponde.

Los elementos estructurales, en opinión de Hall, J. y Redding, B. (1990), no es más que:

La colocación estática de las partes del sistema en cualquier momento y en un espacio tridimensional. Los elementos estructurales cambian con el tiempo, pero a menudo tan lentamente que apenas se puede percibir... ...Se refiere a esos elementos que dan al sistema sus características, que persisten a lo largo del tiempo. (pág 242).

La estructura considerada para el estudio, está referida a la instalación e de recursos materiales, lo cuál significa según Ballesteros Bayardo, H ; Vitancurt Vitancurt, A. Y Sánchez Puñales, S. (1997), “la dotación de equipos, materiales y planta física, para asegurar el desarrollo de las actividades de... ...trabajadores del equipo de salud”. (pág.57). En el contexto del presente estudio serán consideradas; las áreas comunes, las condiciones de seguridad para el desplazamiento de los ancianos y la dotación de materiales y equipos. Por otra parte, lo relativo a las normativas institucionales para lo referente al recurso humano necesario para su funcionamiento con garantía de calidad.

Las **instalaciones** básicas en las residencias, deben contar con ciertos elementos enmarcados en: recepción, dirección, administración, servicio social, atención geriátrica y rehabilitadora así como psicogerriátrica; además de servicios para la manutención y el alojamiento. Es decir que las residencias para ancianos deben contar con instalaciones físicas especiales. (González Aragón, J. 1998 pág. 44).

Lo que es igual, a mantener una estructura para la convivencia de los ancianos cónsonas con la finalidad de las mismas; constituirse en un hogar para los ancianos. La construcción de hospitales está regida por normas universales en cuanto a las medidas que deben prevalecer en la superficie

de **áreas comunes**, estableciendo medidas mínima entre cada cama, así como, en el espacio que debe estar ubicada una cama, señalan los requisitos mínimos para el número de sanitarios con duchas; por otra parte, se estima la necesidad de los cuartos para curaciones, faena limpia, faena sucia, áreas para la preparación de alimentos, salas de estar. (Barquin, M. 1995. pág.109).

Las áreas comunes deben tener áreas para la rehabilitación física, áreas de descanso, juegos, manualidades, áreas de jardín, ambiente para la valoración y atención inmediata a la salud, entre otras. (González Aragón, J. 1998 pág.44).

Ambientes que puedan proporcionarles a los ancianos recluidos, la sensación de un hogar, donde la permanencia sea lo más confortable posible, tomando en cuenta que para muchos de los residentes, será su estancia definitiva. Debe también contemplar elementos que den garantía de **seguridad**, en tal sentido, se requiere un tipo de iluminación con lámparas en la cabecera de la cama, los pisos se deben recubrir con linóleo para disminuir el ruido por una parte, y por otra evitar resbalones de los residentes. (Barquin, M. 1995. pág.109).

La seguridad que debe ofrecer las residencias de ancianos estriba en el evitarles riesgos de toda naturaleza, evitar caídas y traumatismos que puedan ocasionar un grave daño a su integridad física, de allí la necesidad de mantener medidas de seguridad tales como barras para de apoyo para el desplazamiento, así como pisos planos y libres de objetos que puedan propiciar caídas con resultados perjudiciales. (González Aragón, J. 1998 pág.79).

Los ancianos deben ser atendidos partiendo del cuidado humano, a fin de que su estadía en las residencias geriátricas resulten un verdadero sitio de protección y conservación de su integridad física. En cuanto a los **equipos y materiales**, se tiene, que en toda organización sus recursos básicos según Mosley, D; Megginson, L. y Pietri, P. (2.005), “son los recursos humanos, los cuales se refieren a las personas involucradas; los recursos materiales, que incluyen edificios, mobiliario, maquinaria, computadoras, equipos, materiales y suministro; por último, los recursos financieros se refieren al dinero, el capital y el crédito.” (pág. 6).

Es de suma importancia considerar los insumos necesarios para el funcionamiento adecuado, los ancianos deben disponer de las mejores condiciones de vida. Estos centros deben estar dotados de los equipos y mobiliarios necesarios para la atención del anciano. (González Aragón, J. 1998 pág. 79). Es importante, que equipos, materiales y mobiliario sean cónsonos con las necesidades de este grupo etéreo.

En este orden de ideas, es importante la disponibilidad de **camas individuales**, confortables para el descanso y sueño, así como para la prevención de traumatismos de la piel. Disponer de **sillas de ruedas** para el desplazamiento y traslado de los ancianos que tengan problemas de movilidad y **camillas** que permitan atender a los ancianos según sus necesidades emergentes.

Por otra parte, se deben contar con **Normativas institucionales** que garanticen el funcionamiento normal de la residencia. Las normas, de acuerdo con Ballesteros Bayardo, H; Vitancurt Vitancurt, A. Y Sánchez

Puñales, S. (1997), son “una regla que sirve como guía de acción para unificar el comportamiento de las personas... ..Según el destinatario serán: para usuario, para familiares, para el personal, para visitantes, para estudiantes, otras”. (pág. 59).

Las normas como elementos orientadores de comportamientos dentro de las instituciones, deben promover la funcionalidad operativa, en este caso, el funcionamiento de la residencia, en base a lo señalado, se debe establecer un sistema normativo integral; entre ellas se tendrá; normas para establecer las categorías del personal y sus características de trabajo, así como también se tendrán normas para la funcionalidad de la residencia, entre ellas: para la comida, para el descanso y sueño, para visitantes y para la recreación, entre otras.

Las normas deben establecer cuál es la **categoría del personal** para su desempeño en el trabajo. En tal sentido se entiende por categoría de cargo; Gestiopolis.com. (2001), al “conjunto de cargos con características comunes y que pueden disponerse en una jerarquía con escala predeterminada”. (pág. s/n).

Esas características comunes está en relación con el trabajo y tareas que deben ser cumplidas según los fines de la organización, al respecto; Ballesteros Bayardo, H ; Vitancurt Vitancurt, A. Y Sánchez Puñales, S. (1997), consideran que el “trabajo es el conjunto de atribuciones, responsabilidades y actividades asignadas a una persona, y por lo cual percibe un salario socialmente determinado” (pág.54).

En toda organización existen las normativas que definen las categorías de cargos, las cuáles señalan condiciones para el ingreso del personal, los requisitos académicos, las horas de contratación y las funciones del rol a desempeñar.

Ballesteros Bayardo, H ; Vitancurt Vitancurt, A. Y Sánchez Puñales, S. (1997), señalan con respecto al puesto de trabajo, que este “indica claramente los requisitos y calificaciones para ser desempeñado por la persona que reúna las condiciones para el mismo”. (pág 54). Las características del puesto debe ser lo más específico posible para poder ubicar a la persona que reúna los requisitos mínimos exigidos, para cumplir con el desempeño de cada rol en particular.

Por su parte, y en cuanto a las **funciones según rol**, Barquin, M. (1995), expresa que uno de los aspectos importantes en toda organización

Es la distribución lógica de las funciones, al agrupar a trabajadores cuya preparación y actuación concurren en el mismo fin. . De acuerdo con este principio, todo el cuerpo de enfermería se agrupa en un servicio, el de dietistas en otro, el médico en uno más, etcétera. Es necesario evitar la duplicación y multiplicación de actividades. (pág.23).

Barquin, M. (Ob. Cit). Reafirma en sus principios generales, que “deben asignárseles a los trabajadores sus funciones, obligaciones y responsabilidades acorde a su nombramiento, procurando que siempre aquéllas sean específicas y compatibles con sus aptitudes, experiencias y características psicológicas”. (pág. 27).

En este contexto, se tiene presente que en las organizaciones debe existir normas que señalen las características del personal; que esté categorizado según su profesión, experiencia, su especialidad, y por demás, las especificaciones de las características del trabajo según el rol que debe desarrollar cada trabajador, de tal forma que no exista confusión de los papeles que les toca representar a cada quien en particular.

En cuanto a la **Funcionalidad Operativa** de una residencia para ancianos debe estar enmarcada dentro de las características que hacen posible que la atención del anciano sea realizado dentro de un contexto práctico y utilitario. (WordReference.com 2005). Es decir, las residencias de ancianos, al igual que toda organización, debe establecerse normas específicas para el funcionamiento de las mismas; con la finalidad de que resulte un funcionamiento útil y efectivo. Estas normas, en función del interés particular, deben estar orientadas hacia la ingesta de alimentos, las horas para el descanso y sueño, todo lo relacionado con los visitantes y con los aspectos de la recreación.

Las **normas para la comida**, están en relación con el horario para el consumo de los alimentos, de tal manera que se cree el hábito entre los ancianos residentes, otro de los aspectos a considerar tiene que ver con el lugar donde se realizaran las ingestas, a fin de establecer bajo que condiciones se cumplirán las ingestas en los lugares adecuados según las necesidades presentes.

También deben existir normas que delimiten las horas para el **descanso y sueño** de los ancianos residentes, ya que ello permite que se ajusten a lo señalado, bajo circunstancias de ser lo apropiado para que su calidad de vida sea lo más satisfactorio posible.

Aspectos normativos que tengan que ver con los horarios de los **visitantes**, atendiendo a las necesidades de los ancianos y de los familiares. Hay que tener presente que la visita es un recurso muy valioso para soledad que enfrentan los ancianos.

Para que la visita sea un recurso importante, señala Bermejo, J. C. (2002). “se requiere un grado de autenticidad en la comunicación. (pág.58). La visita implica una oportunidad para la cercanía y el mantenimiento de los nexos afectivos que vinculan al anciano con sus familiares. De allí el esfuerzo de todos los responsables del cuidado al anciano, para que las visitas cumplan su cometido, particularmente para que se cumplan con la mayor frecuencia posible y que la cercanía se de por todos los medios posibles.

El otro aspecto normativo tiene que ver con la **recreación**, En cuanto a las actividades recreativas en las residencias de los ancianos, deben normalizarse todas aquellas actividades que formen un componente de desarrollo con todo tipo de recreación, acordes con las condiciones y capacidades de los ancianos, (González Aragón, J. 1998 pág.79).

Los juegos de mesa, las manualidades, lecturas, narración de historias, salidas a sitios de recreación, las fiestas en la residencia, son entre muchas, herramientas para mantener ocupados a los ancianos, fortaleciendo sus vínculos de amistad.

### **Componente Técnico**

El adulto mayor requiere de un cuidado interdisciplinario que actúe en la promoción de la salud y en el contexto familiar. Tal como lo señala

González Aragón, J. (1998). “Los asilos deberían contar con el personal capacitado en diferentes áreas para brindar una atención geriátrica integral y continua”. (pág. 87). De allí, que la estructura organizacional debe establecer el patrón formal de cómo las personas y el trabajo son agrupados de una forma coherente, estableciendo las categorías del recurso humano necesario; la cantidad y calidad del mismo, así como exigiendo los niveles académicos respectivos o en el caso de obreros, establecer los requisitos de ingreso, señalar las horas de contratación y asignar las funciones respectivas.

El Recurso Humano es uno de los aspectos valiosos que tiene la organización, Las residencias para ancianos requieren de un equipo interdisciplinario que sea capaz de mantener la calidad de vida de los ancianos residentes; ellos deben satisfacer las necesidades de la organización, en función del fin que cumplen, pero la organización debe satisfacer la demanda tanto en calidad como en cantidad.

Entre las funciones del proceso administrativo según Balderas, M<sup>a</sup> de la L. (2009), está la función de integración, la cuál señala que “la naturaleza y función de la integración es reunir los recursos necesarios para ejecutar el plan”. (pág. 45).

Esos recursos deben cumplir, en una primera instancia, con **requisitos académicos** que permitan garantizar un desempeño eficaz; de allí que dentro de las políticas de provisión de recursos humanos en las organizaciones, Chiavenato, I. (2000), señala que debe establecerse criterios “en cuanto se refiere a las aptitudes físicas e intelectuales, experiencia y potencial de desarrollo, teniendo en cuenta el universo de cargos de la organización”. (pág. 163). Ello implica que debe exigirse

requisitos de ingreso al trabajo, lo cual, a la vez que esté dentro del marco del total de personal necesario por **categoría de cargos**.

Por otra parte, el establecimiento debe, a cada uno de los trabajadores, ya sean profesionales, administrativos u obreros definirles sus **horas contratadas**, a fin de que puedan ser cumplidas sin objeciones. La jornada de trabajo es definida por Chiavenato, I. (2000), como el “Total de horas diarias, semanales o mensuales que cada empleado debe trabajar para cumplir su contrato individual de trabajo y satisfacer la convención colectiva”. (pág.640).

Ello permite reglamentar el tiempo de permanencia del trabajador en las organizaciones, evitando que surjan situaciones inconvenientes tanto para el trabajador como para la organización.

Otro de los aspectos que debe contemplarse, es lo relativo al salario. La compensación salarial según Chiavenato, I. (2000), está “relacionada con la remuneración que el individuo recibe como retorno por la ejecución de tareas organizacionales”. (pág. 409); el trabajador debe conocer cuáles son las condiciones en que será remunerado para que pueda analizar si su desempeño está acorde con el salario devengado.

Por otra parte es de suma importancia, es que cada uno de los trabajadores, sean profesionales o no, debe tener especificado su **asignación de funciones**. Todo trabajador debe tener claridad en el papel que le toca desempeñar en la organización, de allí que el gerente juegue un papel específico en este momento.

Chiavenato, I. (2000), expresa que:

El jefe explica al subordinado lo que debe hacer (expectativa del rol); el empleado recibe las explicaciones e interpreta la expectativa que se le comunica, con alguna distorsión proveniente del proceso de comunicación (rol percibido), y realiza lo que se le pidió, según su interpretación personal (comportamiento del rol). (pág. 287).

Es importante que cada trabajador conozca el papel que le corresponde desempeñar en su labor diaria, que sepa lo que la organización espera de él; con ello se puede evitar desviaciones y conflictos importantes en el contacto día a día en el medio laboral.

### **Componente Humano**

El componente humano es otro de los componentes que contribuyen a la calidad del cuidado al anciano en las residencias especiales para su albergue; es en esta etapa de la vida donde se aprecia, aún más, el valor de la humanización de la asistencia sanitaria. Al respecto señala Raventós, D. Francesc. (1985); citado por Bermejo, J. (1999),

Un sistema sanitario humanizado es aquel cuya razón de ser es estar al servicio de la persona y, por tanto, pensado y concebido en función del hombre. Para que esto se realice, debe ser un sistema sanitario integrado que proteja y promueva la salud. (pág. 4)

Es indudable que el sustento de la concepción humanizadora implica una gestión donde funcione el sistema como un todo: donde se presente la capacidad de respuesta de las instituciones de salud, la competencia profesional del equipo humano, en el suministro de un cuidado de calidad en las áreas de atención de salud.

Dentro del componente humano se consideran al cuidador y al anciano como los ejes centrales en el cuidado humano.

## **El cuidador**

El cuidador en la residencia para ancianos, está dispuesta a cumplir un rol asistencial de suma importancia, Bermejo, J. (2002), expresa que:

El paciente anciano, aunque sólo sea por el hecho de entrar en una institución de asistencia, confía su persona a los diversos agentes sanitarios, en cuyas manos pone su vida y su propia autonomía. El riesgo consiste en que se conviertan en <amos de su vida>, reduciendo a cero su autonomía o haciéndole más dependiente en el plano funcional. Ayudar, curar o, simplemente, curar y rehabilitar, significa aceptar este *encargo* que la persona en dificultad nos confía, viviéndolo como temporal y limitado, aun cuando, por diversos motivos, tienda a ser duradero. Significa también defender la vida del paciente, sobre todo la calidad de su vida. (Pág. 28).

El cuidador es la persona cercana al anciano en el día a día, esa confianza que le ha sido depositada por el anciano y sus familiares, debe ser correspondida con actuaciones en pro de las mejores condiciones de vida del anciano dentro de la residencia; incluyendo la salvaguarda de la vida del anciano.

Entre las **actividades que realiza** el cuidador, para el interés del estudio, se tiene aquellas que están relacionadas con el control de la higiene corporal; la alimentación; el descanso y sueño; la movilidad en términos de seguridad; vigilancia del estado de salud y medidas terapéuticas; el disfrute pleno de momentos de recreación.

Las medidas de **higiene** constituyen una forma de prevención en términos de salud, según DuGas, B. (2000), el término se refiere

A las prácticas que conducen a una buena salud. Además, suele referirse a las medidas que toma una persona para conservar su piel y apéndices (pelo, uñas de los dedos de manos y pies), así como dientes y boca, limpios y en buen estado. La piel sana, sin alteraciones, es la primera línea de defensa del cuerpo contra infecciones y lesiones de los tejidos subyacentes. (pág. 505).

El cuidador cumple actividades para el control de la higiene personal de los ancianos, estará atenta de la higiene de la boca, baño diario, limpieza de la ropa, entre algunas de las medidas higiénicas; haciendo hincapié en los ancianos dependientes.

El rol del cuidador, según lo señalado en Tuotro Médico, (S/Fecha), está:

En ayudarlo a incorporar hábitos de aseo si los que tiene son defectuosos. Utilización de pañuelos, manejo de excretas y esputos, lavado frecuente de las manos, promover el aseo personal como medio de aceptación por los demás, reforzar positivamente conductas de autocuidados en la limpieza. (documento en línea).

Hay que propiciar la higiene en toda su expresión. La fragilidad de los ancianos los hace vulnerables a los procesos infecciosos, con la higiene se mantienen dientes sanos para la masticación de los alimentos, la limpieza de la piel los mantiene cómodos y frescos, permitiendo además, el descanso.

Por otra parte, la **alimentación** es otra actividad que el cuidador debe tener presente. Tal como lo señala DuGas, B. (2000), “Los alimentos y la hora de la comida tienen en la sociedad una importancia que va más allá de proporcionarle nutrición al cuerpo. Además de cubrir una necesidad

fisiológica básica el alimento puede ayudar a satisfacer muchas otras. (pág.205).

Se considera a los alimentos como elemento que brinda seguridad, ante las convicciones arraigadas de su beneficio en salud, promueve sentimientos de aceptación social, al compartir alimentos en compañía de otras personas consideradas importantes. Algunos alimentos son utilizados como elementos de prestigio, entre otras concepciones.

El cuidador debe estar atento a la ingesta de alimentos por parte del anciano, tanto en cantidad como en calidad. El mantener una ingesta adecuada de alimentos según los requerimientos específicos del anciano le permite una mayor defensa sobre los procesos patológicos que se dan por exposición a los agentes patógenos o por el deterioro de las defensas del organismo.

En cuanto al **descanso y sueño** se puede señalar que el cuidador estará atento en virtud de las alteraciones que se presentan de manera natural en los ancianos. Al efecto, DuGas, B. (2000), define *Reposo* como “sinónimo de descanso o relajación e implica la liberación de tensión emocional y molestias físicas. El Sueño, es un período de disminución de la viveza mental y la actividad física que forma parte del patrón diario rítmico de todos los seres vivos. (pág. 377).

Para los ancianos es de vital importancia los periodos de descanso y sueño para la recuperación de la energía que fácilmente pierde por el esfuerzo del diario vivir, de allí la necesidad de que el cuidador controle las variables ambientales que puedan impedir un descanso reparador.

Es necesario por otra parte, en cuanto a la **movilidad**, se debe mantener medidas efectivas de seguridad para evitar las lesiones que se puedan producir particularmente por caídas; en relación a ello, el cuidador debe mantenerse alerta observando aceras y caminos con desniveles, pisos lisos o encerados, o tapetes que no estén bien fijados, escalones rotos, baldosas flojas, ausencias de barandas o en deterioro; otros aspectos tales como la iluminación en áreas oscuras o por la noche, entre otras situaciones que puedan representar un riesgo para traumatismos por caídas. (Du Gas, Beverly, W. 2000 pág.487).

En el cuidado de los ancianos es fundamental, el estar alerta al desplazamiento de los ancianos, aplicando medidas de seguridad que garanticen su integridad física.

En este orden de ideas, el cuidador tiene que estar **vigilante con los cambios del estado de salud** de los ancianos, debe estar entrenado para acudir a tiempo ante la presencia de malestares indicativos de problemas de salud y evitar las complicaciones que puedan poner en riesgo su salud. El servicio médico debe ser permanente con equipos para emergencias y traslados. (Saliche, Sergio, documento en línea).

Es imperativo ofrecer cuidados de salud según necesidades, de manera oportuna, y mantenerse atentos a los cambios en el estado de salud del anciano después de ofertar sus cuidados.

Otra de las actividades del cuidador está en función de **la recreación**, en tal sentido, la recreación según Funlibre, (2004), es el "conjunto de actividades que conllevan al descanso, a la diversión y a la formación personal y social del individuo, fomentando su capacidad creadora de manera libre y espontánea" (Documento en línea).

En el caso de los ancianos, la recreación es además una forma de ocupar su tiempo en actividades que le causen placer y lo alejen de los momentos de soledad. Se tiene entonces que se deben establecer estrategias para combatir la soledad de los ancianos, tales como: la utilización de la radio, la televisión, prácticas religiosas, comunicaciones telefónicas, clubs de adulto mayor, actividades culturales, turísticas, (Bermejo, J. (2002), pág.59).

Los cuidadores deben acompañar a los ancianos en sus momentos de recreación y animarlos para que disfruten esos momentos de recreación, de manera sana.

Las **Interacciones** son un elemento importante en el cuidado de los ancianos, existe en los ancianos una gran necesidad de compañía y de comunicación que les produce una necesidad de ser oídos.

En el contexto de la comunicación, Balderas, María. De la Luz. (2009), señala que la comunicación es un proceso interpersonal, debido a que cuando la comunicación se da en las personas, es “porque el emisor trasmite y pone en movimiento el intercambio”. (pp.56). En el cuidado de los ancianos la comunicación es un elemento fundamental; es mantenerlos en contacto con su entorno social.

El cuidador debe aprovechar las oportunidades para establecer diálogos conducentes a mantenerlos informados sobre el mundo actual, dispuesto a oírlo, aun a sabiendas que su conversación gira hacia la repetición de los hechos que se mantienen vivos, de su pasado.

Debe aprovechar los momentos de las visitas de familiares a personas allegadas, para propiciar que esos momentos sean de confianza, armonía y sobre todo, para que la conversación transcurra de una forma franca, que no sienta el anciano que le ocultan verdades, ya que como señala Bermejo, J. (2002), en cuanto a los beneficios de la visita, es que ello “requiere un grado de autenticidad en la comunicación”. (pág.58). El anciano no desea que lo excluyan de lo que para él, sigue siendo su mundo familiar.

Dentro del cuidado del anciano se considera el respeto que nos merece en todo sentido, entender que quien hoy necesita de cuidados, fue un celoso cuidador en el pasado, que su experiencia ha sido producto de asumir su diferentes roles en la vida. Se debe entender el respeto como lo señala Star Media. Etica. (2002), quien expresa que el respeto no es más que “valorar a los demás, acatar su autoridad y considerar su dignidad. El respeto se acoge siempre a la verdad; no tolera bajo ninguna circunstancia la mentira, y repugna la calumnia y el engaño”. (documento en línea).

El respeto abarca, oírlos en sus comunicaciones, escucharlos con interés, llamarlos por su nombre; respeto a sus creencias, necesidades, a sus necesidades. Respeto a su vida privada; todo ello, constituye o debe constituir el norte de la actuación de los cuidadores.

Otro aspecto contemplado en el estudio está en relación con la **satisfacción del anciano**. En este sentido Balderas, María de la Luz. (2009), define la satisfacción del cliente o usuario de los servicios, como la “Percepción del cliente sobre el grado de en que se cumplen con los requisitos y sus expectativas”. (pág.186). Es decir que la satisfacción está

íntimamente relacionada con los sentimientos que se producen en el anciano por las acciones que el considera, son de su agrado, en caso positivo.

En el cuidado del anciano, la presencia o ausencia de condiciones de vida diaria, son el medio a través del cual, el puede juzgar si encuentra agrado o desagrado con lo que le están ofertando.

De allí que los ancianos conscientes de su mundo externo, tienen sus vivencias en cuanto a cómo se dan las interacciones con el cuidador y su medio circundante, podrá sentirse con agrado o desagrado según se cumplen sus expectativas tales como: la vigilancia que tienen para que los ancianos cumplan con las actividades de la higiene personal, el control para que ingiera los alimentos, y que cumplan con las horas de descanso y sueño.

La ayuda que reciben para su desplazamiento por las áreas del establecimiento, en razón de que el desplazamiento se cumpla dentro de las normas de seguridad, el que se le respete como ser humano. La calidad y calidez de los momentos de compañía para intercambio de ideas, o en los momentos de respeto de sus silencios; la atención que recibe cuando tiene afectada su salud.

Hacerlos sentir bien, es el objetivo primordial para los responsables del cuidado de los ancianos. Ayudarlos a mantener su potencial de salud, dentro de las áreas biológica, psicológica y social es el reto de quienes son responsables del cuidado del anciano; eso se logra con el cumplimiento de la responsabilidad en sus funciones, el amor que se pueda tener por quienes todo lo dieron, y dejan un legado de experiencias.

## **Sistema de Variable**

### **Variable:**

Calidad de atención al anciano residente en un centro de atención.

### **Definición Conceptual:**

La calidad de atención es señalada en tres componentes básicos: A) El componente técnico, conformado por el conocimiento y habilidades del profesional... ...B) El componente humano, que contempla los aspectos intangibles de la interrelación cuidador-cuidado. (Bermejo, J. 1999, pp. 59); y C) Fuera del contexto del *modelo conceptual*, se considera el elemento estructural como “la dotación de equipos, materiales y planta física, para asegurar el desarrollo de las actividades de... ..trabajadores del equipo de salud”. (Ballesteros Bayardo, H ; Vitancurt Vitancurt, A. Y Sánchez Puñales, S. 1997. pág.57).

### **Definición Operacional:**

Elementos constituyentes de los componentes del cuidado de la salud de los ancianos en un centro de atención, y que su presencia garantiza la calidad de vida de las personas albergadas en el local.

## Operacionalización de la Variable

**Variable:** Calidad de atención al anciano residente en un centro de atención

**Definición operacional:** Elementos constituyentes de los componentes del cuidado a la salud de los ancianos en un centro de atención y que su presencia debe garantizar la calidad de vida de las personas albergadas en el local

Dimensión	Indicadores	Sub-Indicadores	Ítems
<b>Componentes del Cuidado</b>  Soporte de naturaleza estructural, técnico y humano que estando presente en las organizaciones que se dedican al cuidado de ancianos, condiciona el ofrecimiento de un cuidado de calidad	<b>- Componente Estructural</b>  Son elementos de la estructura tanto física como normativas, que presenta la institución para garantizar la funcionalidad de los sistemas en condiciones aceptables para garantizar el cuidado de calidad del anciano institucionalizado.	- Instalaciones	
		- Áreas comunes - Seguridad - Equipos y Materiales	1,2,3,4,5,6,7,8 9,10,11,12 13,14,15
		- Normativas Institucionales - Categoría del personal - Requisito académico - Horas de contratación -Definición de funciones -Funcionalidad	16 17 18 19 20,21,22,23

	<p><b>- Componente Técnico</b></p> <p>Es la plantilla de personal que de acuerdo a lo estimado, establece la institución, para que laboran y se cumplan con los objetivos planteados.</p>	<p>operativa</p> <p>-Recurso Humano</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Total por categoría</li> <li>- Nivel Académico</li> <li>- Horas contratadas 24</li> <li>- Asignación de funciones 25</li> </ul> <p>26</p> <p>27</p>	
Dimensión	Indicadores	Sub-Indicadores	Ítems

---

**- Componente Humano**

**- Cuidador**

Constituyen las actividades realizadas por el cuidador y la calidad de las interacciones con el anciano; así como, la satisfacción que siente el anciano por los cuidados recibidos.

- Actividades realizadas 28,29,30,31,32,33,34,

- Interacciones 35,36,37

38,39,40

**- Anciano**

- Satisfacción 41,42,43,44,45,46,47,48

---

## **Definición de Términos Básicos**

**Calidad de vida:** Condiciones que relacionan a las personas con su entorno, y que sus efectos pueden ser favorables o no para la persona. Se le vincula; en lo satisfactorio, con aquellas condiciones que hacen la vida placentera, tanto en el plano personal como en lo socio-ambiental.

**Cliente o Usuario:** Persona que requiere de un servicio de salud, ya sea preventivo o curativo, y que acude en su búsqueda a los centros destinados a tal fin.

**Cuidado humano:** Es la atención en salud donde se trata a los usuarios, como personas humanas, que requieren un trato digno, donde prime el respeto a la persona, el deseo de darle lo mejor para preservar su salud.

**Percepción:** Aprender los objetos del entorno circundante a través de los sentidos.

**Relación terapéutica:** Es la relación que crea el terapeuta (Profesional de la salud), para fortalecer o incrementar las potencialidades de la persona enferma, a fin de que utilice sus recursos personales con la mayor autonomía, y pueda resolver favorablemente las dificultades que puedan surgir.

## CAPITULO III

### MARCO METODOLÓGICO

En este capítulo referido al marco metodológico se establece el tipo de estudio, el diseño de la investigación, la población y muestra, el método e instrumento de recolección de datos, la validez, el procedimiento para la recolección de la información y el plan de tabulación y análisis de los datos.

#### **Tipo y Diseño de la Investigación**

El **Tipo** según lo señalado por Hurtado, J. (1998), es descriptiva; “las investigaciones descriptivas, tienen como objetivo central lograr la descripción o caracterización del evento de estudio dentro de un contexto particular”. (pág. 213). En tal sentido, el estudio fue de carácter descriptivo, en función de que se describen las características de las unidades muestrales, las cuales están enmarcadas en la variable en estudio; calidad de atención al anciano, alojado en una residencia, de acuerdo con sus componentes estructurales.

En cuanto al **diseño** de la Investigación; según Arnau, (1980), citado por Hurtado, J. (1998) “indican qué observaciones se deben hacer, dónde hacerlas, cómo registrarlas, cuántas observaciones hacer, qué tipo de análisis debe aplicarse y qué conclusiones podrán obtenerse a partir del análisis de los resultados”. (pág. 140).

En este contexto, se consideran para definir el diseño de investigación, el nivel de intervención del investigador; la perspectiva de temporalidad, el ambiente de estudio y las fuentes y la amplitud del foco.

En base al nivel de intervención del investigador, el diseño es no experimental, debido a que el investigador solo observa el fenómeno sin controlarlo. En este aspecto, Hurtado, J. (1998) señala, que el nivel de intervención del investigador “implica determinar si el investigador va a observar únicamente o va a modificar intencionalmente situaciones relacionadas con el evento de estudio, si va a observar los hechos tal como ocurren, o pretende controlar los eventos”. (pág. 140).

Otro de los aspectos que definen el diseño de la investigación es la perspectiva de temporalidad, en este sentido, según Hurtado, J. (1998), depende de “si el investigador va a realizar el estudio de una situación actual o de algo que ocurrió en el pasado”. (pág. 140). De acuerdo a ello, el estudio según su temporalidad es puntual, porque el estudio se realiza, de una situación actual.

De acuerdo con el ambiente de estudio y las fuentes, el estudio es de campo y fuentes: vivas y documental; al respecto, Hurtado, J. (1998), sostiene que la dimensión el ambiente de estudio y las fuentes, tratan de precisar:

Si la investigación se va a realizar en el contexto natural donde ocurre la situación o en un ambiente artificial creado por el investigador (de campo o de laboratorio); además implica señalar si se va a recurrir a fuentes vivas o a la revisión documental para recoger datos. (pág. 140).

En base a la dimensión amplitud de foco; se tiene que, Hurtado, J. (1998), expresa que ello “consiste en determinar la complejidad de las

situaciones a estudiar y la variedad de elementos a considerar”. (pág. 141); en base a ello, esta investigación es univariable.

## **Población y Muestra**

La Población, según Bernal, C. (2006), es “la totalidad de elementos o individuos que tienen ciertas características similares y sobre las cuales se desea hacer inferencia” (pág. 164). Para efectos de este estudio la población está conformada por tres (3) tipos de población las cuales se especifican a continuación:

La primera, es una población referencial. Para Hurtado, J. (1998), esta población está constituida “por el conjunto de fuentes de las cuales se va a obtener la información respecto a la población de estudio”. En este caso en particular, la información está contenida en los documentos consultados. La cuál está representada por los documentos de registros de datos que llevan de manera normativa, la residencia de ancianos. Por ser tan específica la población, se toma en su totalidad.

La segunda población está representada por el personal que se encarga de atender en forma directa a los ancianos residentes; constituida por los empleados cuidadores, adscritos al centro residencial. En su totalidad son: 5 personas cuidadoras y se toma la población es su totalidad en virtud de lo fácilmente abordable, por la cantidad de cuidadores.

Y la tercera población formada por los ancianos residentes constituida por un total de 32 ancianos.

En relación a la muestra, de la población de ancianos residentes, se decide aplicar la técnica de muestreo no probabilística intencional. Hurtado, J. (1998), señala que en un muestreo intencional, “la muestra se escoge en

función del control que se pretende establecer sobre determinadas variables extrañas, o en base a una serie de criterios que se consideran necesarios para tener una mejor aproximación al evento”. (pág. 152).

A tal fin se toma una muestra intencional, que estuvo representada por 26 ancianos (81% de la población). Estando basada en criterios de: tiempo de residencia igual o mayor a dos meses, estado de orientación psicológica, en tiempo y espacio, es decir, que pudieran responder con lucidez; además se requería que tuvieran sus funciones motoras en condiciones de poder desplazarse con autonomía y de poder realizar por si misma ciertas actividades recreativas.

### **Métodos e Instrumentos de Recolección de Datos**

En función de los objetivos definidos en el presente estudio y de la operacionalización de variables donde se plantea determinar la calidad de atención que se le ofrece al anciano residente; se emplean dos técnicas de recolección de la información, y tres instrumentos, orientados de manera esencial, a alcanzar los fines propuestos.

Basados en los objetivos planteados, se utilizó como técnicas: la observación y la encuesta; así como los instrumentos para la recopilación de la información: la matriz de análisis, la lista de cotejo y la entrevista.

La técnica es definida por Hurtado, J (1998) como “los procedimientos y actividades que le permiten al investigador obtener la información necesaria para dar respuesta a su pregunta de investigación... la técnica indica como se va a recoger la información. (pág. 409). Cabe recalcar que a través de ella se va a establecer la relación entre el investigador y el consultado para la

recolección de datos y el logro de los objetivos.

En este contexto se tiene que los instrumentos de recolección de información utilizados fueron: la matriz de análisis, la lista de cotejo y la entrevista: al respecto Hurtado, J (1998) define la matriz de análisis como:

Instrumentos diseñados para extraer información, por lo regular no tan evidente ya sea de un documento o de una situación real... es uno de los instrumentos que se engloba dentro de las técnicas de observación, porque los indicios son detectados directamente por el investigador a partir de la observación de las unidades de estudio, sin recurrir al interrogatorio o al diálogo con otras personas. (pág, 439).

Para el estudio, la matriz de análisis se utilizó para recabar información contenida en los documentos de registros administrativos, así como para obtener datos de asuntos evidentes; tales como: elementos de la estructura y registros para el control operativo de la residencia.

En relación a la matriz de análisis, esta conformada por veintitrés (23) ítems para el componente estructural; y cuatro (4) ítems, para el componente técnico.

En cuanto a la lista de cotejo; escala de observación o lista de chequeo, corresponden a instrumentos de medición que se concentra según Hurtado, J (1998), en “un proceso de recopilación, selección y registro de información para la cual el investigador se apoya en sus sentidos (vista, oído, sentidos kinestésicos y cenestésicos, olfato y tacto)”. (Pág., 429). Es decir se trata del registro visual de un hecho real, clasificando y asignando las situaciones observadas a un esquema previamente diseñado de acuerdo al problema de investigación y a los objetivos trazados.

La lista de cotejo diseñada para la investigación, posee trece (13) ítems que corresponden al componente humano, donde se observa y registra el cumplimiento o no de ciertas actividades que debe realizar el personal cuidador para garantizar la calidad del cuidado del anciano. La información fue recolectada en tres días intercalados, enumerados del uno al tres respectivamente.

En cuanto a la entrevista, según Canales, F; Alvarado, E y Pineda, E. (2000), la definen como aquella "...que consiste en obtener información de los sujetos de estudio, proporcionada por ellos mismos..." (pág.163). Para el estudio, el instrumento para la entrevista, está diseñada con preguntas cerradas con alternativas de "totalmente satisfecho" "medianamente satisfecho" y "nada satisfecho". Consta de ocho (8) preguntas todas orientadas a buscar respuesta a los objetivos de la investigación.

### **Procedimientos para la Validez del instrumento**

La **validez**, según Pólit, D (2000), la validez significa "el grado en que un instrumento cuantifica lo que pretende medir". (pág. 681). Los instrumentos fueron validados por especialistas, enfermeras y expertos en metodología de la investigación quienes certificaron su validez.

### **Procedimiento para la recolección de información**

- Se realizó entrevista a la persona que funge como administradora de la residencia para ancianos con la finalidad de solicitar la autorización para el estudio y con ello lograr el acceso a la información.

- Se informó a las unidades muestrales: cuidadores y ancianos residentes, el propósito de la investigación y se le garantizó la confidencialidad de la información.
- Se aplicaron los instrumentos: -se realizaron las observaciones a nivel de registros y estructura del centro. Las observaciones en el desempeño de actividades de los cuidadores de los ancianos, se cumplieron; haciendo tres observaciones a cada unidad muestral, durante una semana, y en cuanto a las encuestas, se entrevistaron a los ancianos residentes seleccionados para el estudio.

### **Plan de Tabulación y Análisis de los Datos**

Para Canales, F. Alvarado, E y Pineda, E. (2000), afirma “que la elaboración de datos presupone la preparación de un plan de tabulación que consiste en una serie de cuadros estadísticos, que atendiendo a los objetivos de la encuesta, permiten la presentación de los datos en forma sistemática” (pág. 190). Dentro de esta referencia cabe destacar que la tabulación de datos obtenidos, y en especial para la lista de cotejo; se consideró que de las tres observaciones realizadas a cada cuidador, se tomaría como “si” cuando se hubiese observado realizar la actividad dos o tres veces, por el contrario, se consideraría “no” cuando no se observara que la realizara dos o tres veces. Los datos finales fueron tratados aplicando la estadística descriptiva para luego presentarlos en cuadros y gráficos.

## **CAPITULO IV**

### **RESULTADOS**

#### **PRESENTACION Y ANALISIS**

Luego de la tabulación de datos, se procede a la presentación en cuadros y gráficos, para ello se presentan de acuerdo con las características de los datos registrados y el análisis estará en relación a esas características. Al efecto se tiene:

- Cuadros del 1 al 3; se analizan en base a la situación presente en el Centro San Onofre, y en base a los referentes teóricos que apoyan la investigación.
- Los cuadros N° 4 y 5 se analizan por medio de la estadística descriptiva y de acuerdo con las alternativas utilizadas. La presentación está de acuerdo con las frecuencias absolutas y relativas que dan base al análisis cuantitativo. Estos cuadros se acompañan de los respectivos gráficos.

## Cuadro N° 1

### Calidad de Atención del Anciano Residente Información sobre las Instalaciones como elemento del componente estructural. "Centro San Onofre" – Los Teques Estado Miranda 1er Trimestre 2011

INSTALACIONES	EXISTENCIA		CONDICIONES		
	SI	NO	B	R	M
<b>AREAS COMUNES</b>					
Servicio medico	X			X	
Rehabilitación física	X			X	
Manualidades		X			
Servicios higiénicos	X			X	
Recreación		X			
Sala de comedor	X			X	
Preparación de alimentos	X			X	
Dormitorios	X			x	
<b>SEGURIDAD</b>					
Piso antirresbalante		X			
Áreas Planas		X			
Iluminación	X				
Barras de desplazamiento		X			
<b>EQUIPOS Y MATERIALES</b>					
Camas/individuales	X			X	
Sillas de ruedas	X				X
Camillas	x				X

**Fuente:** Instrumento Aplicado

#### Presentación y Análisis:

Se puede observar en el cuadro, que el centro de salud en términos generales, goza de áreas comunes, básicas para el cuidado del anciano, presentando la problemática de que las mismas se encuentran en regulares condiciones y además con la debilidad por la inexistencia de áreas de manualidades y recreación.

En lo que respecta al componente de seguridad es importante resaltar que se observó que no hay piso antirresbalante ni áreas planas para el desplazamiento, representando un riesgo para estos ancianos que en muchos de los casos, dependen de su autocuidado para desplazarse.

En cuanto al componente de equipos y materiales es evidente que cuentan con camas individuales en regulares condiciones y las sillas de rueda y camillas con la problemática de que se encuentran en malas condiciones.

Al respecto se puede señalar que las residencias para el cuidado del anciano deben reunir un mínimo de condiciones que mantengan un nivel de vida aceptable para este grupo etario con características especiales.

## Cuadro N° 2

### Calidad de Atención del Anciano Residente Información sobre las Normativas Institucionales como elemento del componente estructural. “Centro San Onofre” – Los Teques Estado Miranda 1er Trimestre 2011

NORMATIVAS INSTITUCIONALES	Alternativas	
	Si	No
Ingreso de personal		X
Requisitos académicos		X
Horas de contratación		X
Funciones según rol		X
<b>FUNCIONALIDAD OPERATIVA</b>		
Normas para las comida	X	
Descanso y sueño	X	
Normas para los visitantes	x	
Normas para la recreación		X

**Fuente:** Instrumento Aplicado

#### **Presentación y Análisis:**

En base al cuadro N° 2 se puede constatar en el componente estructural, que no existen normas institucionales escritas en lo que se refiere a ingreso de personal, requisitos académicos, horas de contratación y funciones según rol, del personal que allí labora, lo que permite determinar que es una institución carente de criterios que regulen las características del

personal y aspectos para su funcionamiento, los cuales son de suma importancia para garantizar el bienestar de los ancianos.

Sin embargo se puede evidenciar que se manejan algunas normas internas para mantener el orden de la institución, obviando las normas para la recreación la cual se pudo evidenciar que no existe en la misma.

### Cuadro N° 3

**Calidad de Atención del Anciano Residente  
Información sobre el Recurso Humano como elemento del componente  
técnico. “Centro San Onofre”– Los Teques estado Miranda 1er  
Trimestre 2011**

RECURSO HUMANO	TOTAL	NIVEL EDUCATIVO	HORAS CONTRATADAS	ASIGNACIÓN DE FUNCIONES
Médico	01	General	A disponibilidad	Emergencias
Enfermeras	00	---	---	---
Administrativo	01	Bachiller	6 horas semanal	Asist. Administrativo
Auxiliares de enfermería	02	Bachiller	24	Aux. de Enfermería
Trabajador social	00	----	---	---
Fisiatra	01	TSU	6	Terapias
Otros				
Cuidador	03	Bachiller	8 horas diarias	Asistencia
Cocineras	01	Primaria	8 horas diarias	Asistente de Cocina

**Fuente:** Instrumento Aplicado

#### Presentación y Análisis:

Una vez observado el cuadro N° 3 se pudo evidenciar aspectos relacionados con el recurso humano que trabaja en el Centro San Onofre, en

este sentido el personal es muy deficiente. No cuentan con el equipo de salud necesario para el cuidado de los ancianos.

Se resalta el hecho que no cuentan con médico en la especialidad de geriatría que cumpla actividades diarias dentro de la residencia, ni profesionales de enfermería las cuales serían de amplia ayuda en el proceso de salud que viven los ancianos.

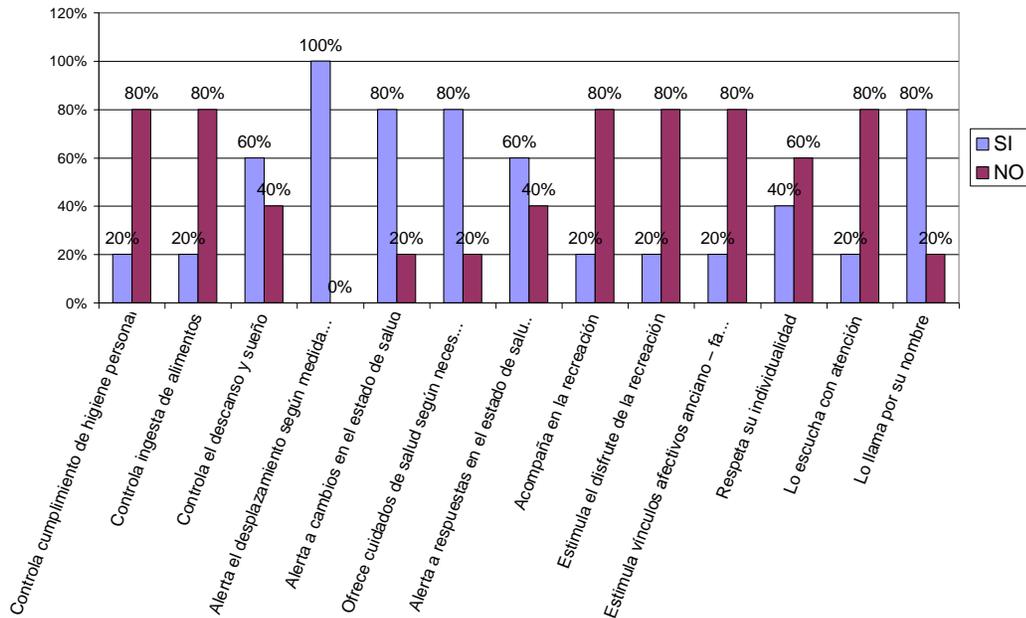
#### Cuadro N° 4

##### Distribución absoluta y porcentual de las observaciones de los cuidadores sobre las actividades que realizan “Centro San Onofre”– Los Teques Estado Miranda 1er Trimestre 2011

Actividades Cumplidas por el Cuidador	Si		No	
	f	%	f	%
Controla cumplimiento de higiene personal	1	20	4	80
Controla ingesta de alimentos	1	20	4	80
Controla el descanso y sueño	3	60	2	40
Alerta el desplazamiento según medidas de seguridad	5	100	0	0
Alerta a cambios en el estado de salud	4	80	1	20
Ofrece cuidados de salud según necesidades.	4	80	1	20
Alerta a respuestas en el estado de salud, luego de cuidados realizados	3	60	2	40
Acompaña en la recreación	1	20	4	80
Estimula el disfrute de la recreación	1	20	4	80
Estimula vínculos afectivos anciano – familiar	1	20	4	80
Respeto su individualidad	2	40	3	60
Lo escucha con atención	1	20	4	80
Lo llama por su nombre	4	80	1	20

**Fuente:** Instrumento Aplicado

**Grafico N° 1:** Distribución porcentual de las observaciones de los cuidadores sobre las actividades que realizan. “Centro San Onofre” Los Teques Estado Miranda. 1er Trimestre 2011.



### Presentación y Análisis:

**Fuente:** cuadro n°4

De acuerdo a lo que se observa en el cuadro N° 4 gráfico N° 1, los resultados en base a las observaciones realizadas a los cuidadores correspondiente a “Cumplimiento de higiene personal” de los ancianos, se obtuvo que el 80% “NO” lo cumple, mientras el 20% “SI” cumple esa actividad

En cuanto al control de la “Ingesta de Alimentos” por parte de los cuidadores se obtuvo que el 80% “NO” lo cumple mientras que en un 20% “SI” cumple esta actividad.

A los efectos de las actividades de control señaladas se observa una deficiencia muy considerable en la atención del anciano por parte de los cuidadores en función de que se trata de dos aspectos muy importantes en el

cuidado de los mismos para el mantenimiento de la salud, por lo que se hace necesaria la implementación de estrategias para sensibilizar a los cuidadores para que controlen estos aspectos y con ello puedan aumentar la calidad de vida de los ancianos.

En el caso de “Descanso y Sueño” se observó que el 60% “Si” controla esta actividad, mientras que un 40% “No” lo hace. A tal efecto es importante señalar que los cuidadores deben mantener constante vigilancia y control del patrón descanso y sueño a los fines de verificar que cumplan con esa actividad reparadora de energía así como percatarse de la existencia de molestias y poder atenderlos oportunamente, además de colaborar en las movilizaciones de cama que por lo general en algunos momentos se requieren.

Se pudo observar además que en el “Desplazamiento con medidas de seguridad” 100% de los cuidadores “SI” está alerta a las mismas. En este aspecto se nota que las cuidadoras en su totalidad están pendientes de esta actividad en función de la inexistencia de piso antirresbalante a los fines de evitar caídas que puedan ocasionar lesiones graves.

En lo referente a estar alerta ante los cambios de salud de los ancianos se observó que un 80% “SI” está alerta, mientras que el 20% “No” lo hace. Este aspecto es de vital importancia en el cuidado de los ancianos a fin de mantener informado al médico general y que este pueda llevar una evolución satisfactoria de los ancianos, además de que ellos mismos pueden redimensionar los cuidados de acuerdo al cambio en la salud que se presente, es decir, atención inmediata si es necesario.

En relación al ofrecimiento de cuidados al anciano se evidenció que un 80% “SI” ofrece cuidados de salud según las necesidades de los ancianos, mientras que en un 20% “No”. En este aspecto se nota que los cuidadores

en su mayoría cumplen con las indicaciones médicas y con las acciones independientes a los fines de dar bienestar al anciano.

En el aspecto de que los cuidadores estén alertas a las respuestas del estado de salud se observó que el 60% de los cuidadores “SI” lo hacen luego de cuidados realizados, mientras que el 40% de ellos “No” lo cumplen. Así mismo se nota que los cuidadores en su mayoría se mantienen pendiente de la evolución del anciano una vez que se le aplica determinada acción de cuidado y así poder verificar si se debe llamar al médico o retroalimentar el plan de cuidado del mismo

En cuanto a la compañía del anciano y al estímulo para el disfrute de la recreación que debe cumplir el cuidador, se observa que un 80% “NO” lo hace, mientras que el 20% “SI” lo hace. Se nota que la deficiencia en este aspecto es motivado presumiblemente a la inexistencia de áreas para la recreación. Sin embargo pueden implementar aquellas actividades recreativas que no requieren de amplio espacio, tales como juegos de mesa, entre otros.

En relación a si estimula los vínculos afectivos anciano – familiar se observó que un 80% de los cuidadores “NO” lo cumple, mientras que el 20% “SI” lo hace.

En lo referente al respeto de la individualidad del anciano se obtuvo que un 60% de los cuidadores “NO” cumple este aspecto, mientras que un 40% “SI” lo hace, en función de que cada anciano como ser humano es un ser holístico con características y rasgos muy particulares.

En cuanto al aspecto relacionado con si lo escucha con atención, se notó que un 80% de los cuidadores “NO” lo hace, mientras que un 20% “SI” lo escucha. Se nota amplia debilidad en este contexto en función que la

comunicación es el elemento esencial para mantener la comunión entre dos personas, en el caso de los ancianos, necesitan ser escuchados para manifestar sus temores, malestares, entre otros.

Finalmente es importante mencionar que un 80% de los cuidadores “SI” llama por su nombre al anciano, mientras que un 20% “NO” lo hace. Esta es una señal muy importante de que se mantiene el respeto al anciano en cuanto a su identidad.

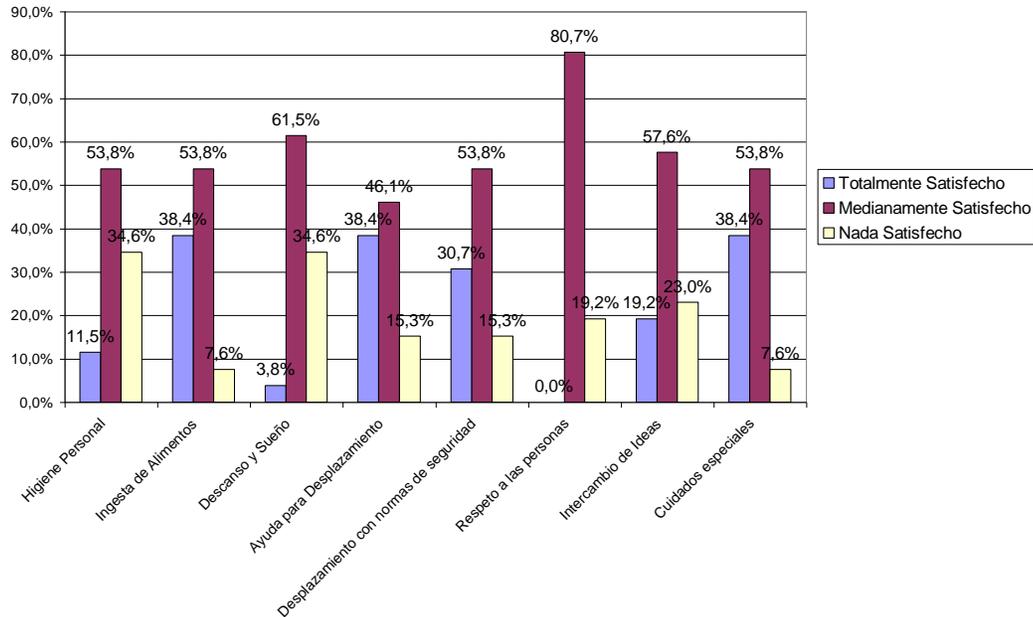
### Cuadro Nº 5

#### Distribución absoluta y porcentual de las respuestas de los ancianos sobre la satisfacción por el cuidado que reciben “Centro San Onofre” Los Teques Estado Miranda 1er Trimestre 2011

Cuidados	Totalmente Satisfecho		Medianamente Satisfecho		Nada Satisfecho	
	F	%	f	%	f	%
1 Higiene Personal	3	11,5	14	53,8	9	34,6
2 Ingesta de Alimentos	10	38,4	14	53,8	2	7,6
3 Descanso y Sueño	1	3,84	16	61,5	9	34,6
4 Ayuda para desplazamiento	10	38,4	12	46,1	4	15,3
5 Desplazamiento con normas de seguridad	8	30,7	14	53,8	4	15,3
6 Respeto a las Personas	0	0	21	80,7	5	19,2
7 Intercambio de Ideas	5	19,2	15	57,6	6	23
8 Cuidados Especiales	10	38,4	14	53,8	2	7,6

**Fuente:** Instrumento Aplicado

**Grafico N° 2:** Distribución porcentual de las respuestas de los ancianos sobre la satisfacción por el cuidado que reciben. “Centro San Onofre” Los Teques Estado Miranda. 1er Trimestre 2011



**Fuente:** cuadro n° 5

### Presentación y Análisis:

De acuerdo a lo que se observa en el cuadro N° 5 y gráfico N° 2 los resultados correspondientes a la satisfacción que tiene el anciano por las actividades que cumple el cuidador en relación a la vigilancia para que realice la “Higiene personal” se obtuvo que el 54% de los ancianos está “Nada Satisfecho” el 35% se considera “Medianamente Satisfecho” y el 11% está “Totalmente Satisfecho”

Se puede evidenciar que hay mucha debilidad en la vigilancia de las medidas de higiene, posiblemente generado por el déficit de personal que hay en la institución. Las medidas de higiene constituyen una forma de prevención en términos de salud. Según DuGas, B. (2000), el término se

refiere a las prácticas que conducen a una buena salud. Además, suele referirse a las medidas que toma una persona para conservar su piel y apéndices (pelo, uñas de los dedos de manos y pies), así como dientes y boca limpios y en buen estado.

De acuerdo con los resultados correspondientes al control de la “Ingesta de Alimentos” de los ancianos se obtuvo que el 54% está “Medianamente Satisfecho” el 38% se considera “Totalmente Satisfecho” y un 8% está “Nada Satisfecho”

Se puede comprender en términos generales que los cuidadores controlan en parte la alimentación del anciano, ello es indispensable ya que la misma resulta beneficiosa en estos últimos años de vida donde los órganos y sistemas están disminuidos en su funcionamiento. De acuerdo con lo descrito por DuGas, B. (2000), “Los alimentos y la hora de la comida tienen en la sociedad una importancia que va más allá de proporcionarle nutrición al cuerpo. Además de cubrir una necesidad fisiológica básica el alimento puede ayudar a satisfacer muchas otras necesidades.

En base a lo que se observa en relación con los resultados correspondientes al control del “Descanso y Sueño” de los ancianos por parte de los cuidadores, se obtuvo que el 61% está “Medianamente Satisfecho” y el 35% se considera “Nada Satisfecho” y un 4% está “Totalmente Satisfecho”.

Se puede evidenciar que el control del descanso y sueño de los ancianos arroja un balance negativo pudiese ser generado por factores intrínsecos y extrínsecos de estos, por un lado los malestares y patologías interrumpen el descanso así como el contexto distinto a sus propios hogares además de lo señalado anteriormente en relación al déficit de personal

Lo observado en los resultados correspondientes a la “Ayuda para desplazamiento” de los ancianos que proporcionan los cuidadores, se obtuvo que el 46% está “Medianamente Satisfecho” y el 39% se considera “Totalmente Satisfecho” y un 15% está “Nada Satisfecho”

Se puede evidenciar que en el aspecto estudiado hay un balance equilibrado en las respuestas, quedando demostrado que las cuidadoras brindan en parte ese cuidado a los ancianos al momento que estos pretenden caminar o ejercer determinada actividad motora.

En tal sentido DuGas, B. (2000) señala que se debe mantener medidas efectivas de seguridad para evitar las lesiones que se puedan producir particularmente por caídas; en relación a ello, el cuidador debe mantenerse alerta observando aceras y caminos con desniveles, pisos lisos o encerados, o tapetes que no estén bien fijados, escalones rotos, baldosas flojas, ausencias de barandas o en deterioro; otros aspectos tales como la iluminación en áreas oscuras o por la noche, entre otras situaciones que puedan representar un riesgo para traumatismos por caídas.

De acuerdo con los resultados correspondientes al control del “Desplazamiento con normas de seguridad” de los ancianos, se obtuvo que el 54% está “Medianamente Satisfecho” y el 31% considera “Totalmente Satisfecho” y 15% está “Nada Satisfecho”

Se puede constatar que en el aspecto estudiado hay los cuidadores aplican esta normativa en el momento del desplazamiento de los ancianos en las diferentes áreas de la institución pero no con la diligencia requerida en razón del riesgo que una caída pesa en los ancianos, es por esta razón que la ayuda que reciben los ancianos para su desplazamiento por las áreas del establecimiento, no son percibidas por estos como satisfactorias dentro de las normas de seguridad.

En relación con los resultados correspondientes al “Respeto de las Personas” por los cuidadores, se obtuvo que los ancianos en un 81% esta “Medianamente Satisfecho” y un 19% se considera “Totalmente Satisfecho”.

Se puede referir en términos generales, que en el aspecto estudiado hay un balance positivo en las respuestas, quedando evidenciado que en la institución se aplica este principio de vida el cual resulta de mucha importancia en los aspectos de la vida y sobre todo la de los ancianos

En concordancia con lo señalado por Star Media Ética (2002) Dentro del cuidado del anciano se considera el respeto que nos merece en todo sentido, entender que quien hoy necesita de cuidados, fue un celoso cuidador en el pasado, que su experiencia ha sido producto de asumir su diferentes roles en la vida. Así pues, quien expresa que el respeto no es más que “valorar a los demás, acatar su autoridad y considerar su dignidad. El respeto se acoge siempre a la verdad.

De acuerdo a los resultados correspondientes a los momentos de compañía por los cuidadores en cuanto al “Intercambio de Ideas” se obtuvo que el 58% de los ancianos está “Medianamente Satisfecho” y el 23% considera “Nada Satisfecho” y 18% respondió “Totalmente Satisfecho”

Se puede evidenciar que en cuanto al intercambio de ideas hay una posición no muy favorable en las respuestas, tomando en consideración que este componente forma parte de la comunicación y un elemento esencial en los seres humanos, sobre todo en la relación terapéutica entre el cuidador y el anciano donde este puede manifestarle sus inquietudes, sus alegrías, sus temores, entre otros.

Los resultados correspondientes a las actividades que realiza el cuidador en relación con los “Cuidados Especiales” cuando se siente

afectado en su salud los ancianos sienten en un 54% estar “Medianamente Satisfecho” y el 38% se considera “Totalmente Satisfecho” y 8% respondió “Nada Satisfecho”

Se puede presumir en cuanto a los cuidados que le son propiciados por los cuidadores cuando tienen afectada su salud hay un balance medianamente positivo en las respuestas, tomando en consideración que este componente forma parte principal y es la esencia de la permanencia de los ancianos en condiciones de salud aceptable.

## CAPITULO V

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Una vez analizados los resultados se puede llegar a las siguientes conclusiones

#### **Conclusiones**

- La calidad de atención del anciano en base al componente estructural es de mediana calidad en función a que a pesar de contar con la mayoría de las áreas comunes, a excepción de las áreas de manualidades y recreación, estas áreas se encuentran en regulares condiciones. Además hay ausencia de condiciones de seguridad y confort pues los pisos son irregulares y no son antirresbalantes y la mayoría de los equipos (camas, camillas y sillas de rueda) se encuentran dañados.
- La inexistencia de normativas institucionales para el ingreso de personal y la definición de las condiciones del rol a desempeñar: Por otra parte existen normas para la funcionalidad operativa a excepción de normas para la recreación, lo cual se justifica por la inexistencia de área para esas actividades recreativas.
- Existen debilidades y fortalezas en cuanto al componente técnico; déficit de recurso humano especializado en el área de geriatría (médicos y enfermeras profesionales), el médico general está a disponibilidad y en las emergencias hay que trasladar al anciano al hospital. Las personas que hacen el papel de cuidadoras cumplen de manera aceptable con la mayoría de los cuidados establecidos, sobre todo se evidencia cuando se

- midió lo relativo a los cuidados especiales y al desplazamiento con normas de seguridad y a la atención de la salud.
- Los ancianos residentes en el Centro San Onofre, están medianamente satisfechos en cuanto al respeto que dicen sentir, así como también con las actividades que realizan para ofrecerles un cuidado aceptable dentro de la residencia.

### **Recomendaciones**

En base a las conclusiones se plantean las siguientes recomendaciones:

- Presentar los resultados de la investigación al personal de la Residencia de Ancianos a fin de que conozcan la realidad actual y motivarlos para que participen en planes de mejora.
- Orientar a las personas que dirigen el Centro, para que gestionen ante los Entes Gubernamentales a quienes competen, para lograr mejoras de la infraestructura y dotación de equipos y materiales que satisfagan las necesidades de los ancianos.
- Orientar a los directivos para estimular a grupos de la comunidad que desean hacer obras caritativas para incorporarlos en actividades de apoyos que logren mejorar las condiciones de vida de los ancianos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

BALDERAS, MA. DE LA LUZ. (2009). **Administración de los Servicios de Enfermería**. 5ª. Edición. McGraw-Hill Interamericana. México.

BALLESTEROS BAYARDO, H ; VITANCURT VITANCURT, A. Y SÁNCHEZ PUÑALES, S. (1997). **Bases Científicas de la Administración**. McGraw-Hill Interamericana. México.

BARQUIN, M. (1995). **Administración en Enfermería**. . Nueva editorial Interamericana. México.

BECERRA MARTÍNEZ, D; GODOY SIERRA, Z; PÉREZ RÍOS, M Y MORENO GÓMEZ, M. (2005). **Opinión del adulto mayor con relación a su estancia en un asilo. México**.

BERMEJO, JOSE. C. ( 2002). **Cuidar a las personas mayores dependientes**. Editorial Sal Terrae. España.

BERNAL, C. (2006). **Metodología de la Investigación**. Editorial Pearson Prentice Hall. México.

CANALES, F; ALVARADO, E Y PINEDA, E. (2000). **Metodología de la investigación**. Decimosexta edición. Editorial Limusa. México.

CANES C. Y GARCÍA, R.M.. (1988),. **Perfil del anciano en el año 2000**. Tesis. **BUSCAR LOS OTROS DATOS**.

CRUZ LENDÍNEZ, A; PANCORBO HIDALGO, P; GARCÍA FERNÁNDEZ, F; CARRASCOSA GARCÍA, M; JIMÉNEZ DÍAZ, M; Y VILLAR DÁVILA, R. (2007).

**Deterioro funcional del anciano ingresado en un hospital sin unidades geriátricas.**

CHIAVENATO, I. (1999). **Introducción a la Teoría General de la administración.** Segunda Edición. Editorial. McGraw-Hill. México.

DU GAS, BEVERLY, W. (2000). **Tratado de Enfermería Práctica.** 4ª Edición. McGraw-Hill Interamericana Editores, S. A. de C. V. México.

FUNLIBRE. (2004). **Fundamentos de recreación.**  
<http://www.funlibre.org/documentos/idrd/fundamentos.html> Búsqueda 07-03-2011.

GESTIOPOLIS.COM. (2001). **Normas.** [www.gestiopolis.com](http://www.gestiopolis.com). Búsqueda abril2010.

HALL, J. Y REDDING, B. (1990). **Enfermería en Salud Comunitaria: Un Enfoque de Sistemas. O.P.S. E.U.A.**

HURTADO, J. (1998). **Metodología de la investigación Holística.** 2da Edición. Fundación Sypal. Caracas Vlza.

ESCUELA MEDICINA. (S/F). **Manual Geriatría.**  
<http://escuela.med.puc.cl/publi/manualgeriatria/pdf/cuidadosenfermeria.pdf>.  
(Búsqueda junio 2010)

MOSLEY, D; MEGGINSON, L. Y PIETRI, P. (2.005). **Supervisión. La Práctica del Empowerment, Desarrollo de Equipos de Trabajo y su Motivación.** 6ª Edición. Internacional Thomson Editores. México.

PARRA Y ROSELLI. (2004). **El Adulto Mayor y el Cuidado Humano ofrecido por el Personal de Enfermería en el servicio de medicina. Valencia. Venezuela**

PÓLIT, D; Hungler, B. (2000). **Investigación científica en ciencias de la salud.** Sexta edición. Mac Graw-Hill. México.

SALICHE, SERGIO. (S/F). **El anciano.** redasistencial/starmedia.com Red Asistencial de Buenos Aires. (Búsqueda 15-04-2011).

STAR MEDIA. ETICA. (2002). **El Respeto.** [http://html.rincondelvago.com/el-respeto\\_2.html](http://html.rincondelvago.com/el-respeto_2.html). (Búsqueda 26-04-2011).

TUOTRO MÉDICO. (S/Fecha). **Higiene del Anciano.** [http://www.tuotromedico.com/temas/higiene\\_anciano.htm](http://www.tuotromedico.com/temas/higiene_anciano.htm) (Búsqueda marzo 2011).

WORDREFERENCE.COM. (2011). **Funcionalidad.** <http://www.wordreference.com/definicion.funcionalidad> (Búsqueda septiembre 2010)

# **ANEXOS**

**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE ENFERMERÍA**



**ANEXO 1.1**

**MATRIZ DE ANALISIS PARA RECOLECCION DE INFORMACION SOBRE  
CALIDAD DE ATENCION AL ANCIANO RESIDENTE**

**Autora: TSU García Ayaney**

**Caracas, Junio 2011**

## **PRESENTACION**

La matriz de análisis tiene como finalidad, recabar información relacionada con la calidad de atención que se le ofrece al anciano residente en una institución.

Es de hacer notar, que la información será obtenida por el investigador o su equipo de trabajo, y la misma se procesará garantizando la confidencialidad.

El investigador realizará la recolección de información con la mayor objetividad posible, a fin de garantizar el éxito de los resultados.

## **INSTRUCCIONES**

A fin de obtener una información fidedigna, es indispensable que el investigador u observador cumpla con las siguientes instrucciones:

- 1.- Observar directamente todo aquello (documentos, ambientes, actividades y otros) que sea del interés, o que contenga la información requerida.
  
- 2.- Marcar con una X, la alternativa o el dato que se solicita; que represente la realidad observada y encontrada en el área.
  
- 3.- Registrar con la mayor precisión, los datos presentes en las unidades de observación.
  
- 4.- Recuerde mantener el carácter confidencial de la información.

## I ESTRUCTURA.

<b>A.- INSTALACIONES Y EQUIPOS</b>	<b>EXISTENCIA</b>		<b>CONDICIONES</b>		
	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>B</b>	<b>R</b>	<b>M</b>
<b>a.- AREAS COMUNES</b>					
1. Servicio medico					
2. Rehabilitación física					
3. Manualidades					
4. Servicios higiénicos					
5. Recreación					
6. Ingesta de alimentos					
7. Preparación de alimentos					
8. Dormitorios					
<b>b.- SEGURIDAD</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>B</b>	<b>R</b>	<b>M</b>
9. Piso antirresbalante			XXXXX	XXXXX	XXXXX
10. Áreas Planas			XXXXX	XXXXX	XXXXX
11. Iluminación					
12. Barras de desplazamiento					
<b>c. EQUIPOS Y MATERIALES</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>B</b>	<b>R</b>	<b>M</b>
13. Camas/individuales					
14. Sillas de ruedas					
15. Camillas					

<b>B.-NORMATIVAS INSTITUCIONALES</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	
16. Ingreso de personal			
17. Requisitos académicos			
18. Horas de contratación			
19. Funciones según rol			
<b>FUNCIONALIDAD OPERATIVA</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	
20. Normas para las comida			
21. Descanso y sueño			
22. Normas para los visitantes			
23. Normas para la recreación			



**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE ENFERMERÍA**



**ANEXO 1.2**

**LISTA DE COTEJO PARA LA RECOLECCION DE INFORMACION SOBRE  
CALIDAD DE ATENCION AL ANCIANO RESIDENTE**

**Autora: TSU García Ayaney**

**Caracas, Junio 2011**

## **PRESENTACION**

La siguiente lista de cotejo tiene como finalidad, recabar información relacionada con la calidad de atención que se le oferta al anciano residente.

Es de hacer notar, que la información será obtenida por el investigador o su equipo de trabajo, y la misma se procesará garantizando la confidencialidad.

La información tiene un gran significado para la culminación del Trabajo Especial de Grado, el cuál es un requisito para optar al título de Licenciado en Enfermería.

## INSTRUCCIONES

A fin de obtener una información fidedigna, es indispensable que el investigador u observador cumpla con las siguientes instrucciones:

1.- El observador debe mantener una actitud que no evidencie que está registrando ciertos comportamientos del personal, a fin de mantener conductas habituales; es decir, Sin modificaciones de conductas por efecto de la observación y registro de información.

2- Lea detenidamente cada una de las conductas que se desea observar.

3.- Marque con una X, la alternativa que Ud. considere se ajusta a la conducta observada.

4.- Registrar con la mayor objetividad, las conductas observadas, en las unidades de observación.

5.- Recuerde que debe mantener el carácter confidencial de la información.

6.- Realizar el número de observaciones establecidas, por unidad de estudio, (por persona observada).

### LISTA DE COTEJO

ALTERNATIVAS	SI			NO		
	1	2	3	1	2	3
<b>De acuerdo con las actividades que realiza el cuidador de los ancianos:</b>						
28. controla diariamente, el cumplimiento de la higiene personal de los ancianos?						
29. controla la ingesta de alimentos en base a sus raciones diarias?						
30. controla que cumplan sus horas de descanso y sueño?						
31. está alerta al desplazamiento de los ancianos, de acuerdo a medidas de seguridad?						
32. está alerta en los cambios del estado de salud de los ancianos?						
33. ofrece cuidados de salud según necesidades, de manera oportuna?						
34. se mantiene atenta a los cambios en el estado de salud del anciano después de ofertar sus cuidados?						
35. los acompañan en sus momentos de recreación?						
36. los animan para que disfruten los momentos de recreación?						
37. aprovecha los momentos de visita, para estimular a los familiares a que mantengan ese vínculo con el anciano?						
38. respeta su individualidad?						
39. lo escucha con atención?						
40. lo llama por su nombre?						

**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE ENFERMERÍA**



**ANEXO 1.3**

**ENTREVISTA PARA LA RECOLECCION DE INFORMACION SOBRE LA  
SATISFACCION POR LA ATENCION AL ANCIANO RESIDENTE**

**Autora: TSU García Ayaney**

**Caracas, Junio 2011**

## **PRESENTACION**

La presente entrevista tiene como finalidad obtener información para medir el grado de satisfacción que siente el anciano residente, por la atención que recibe de las personas encargadas de su cuidado. El estudio se realiza como un requisito exigido por la Universidad Central de Venezuela para optar al título de Licenciado en Enfermería.

El éxito del estudio dependerá de la forma como el investigador aborde al anciano entrevistado para lograr la confianza y obtener la mayor sinceridad en las respuestas que nos proporcionan.

La entrevista tiene un carácter confidencial y no requiere firma de los entrevistados.

## INSTRUCCIONES

- La entrevista consta de unas series de preguntas con tres alternativas de respuestas:

El grado de satisfacción se considerará de acuerdo a lo expresado por el anciano, clasificándolo como:

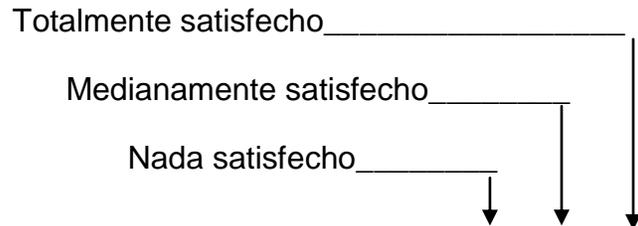
**1 = Totalmente satisfecho**

**2 = Medianamente satisfecho y**

**3 = Nada satisfecho**

- Ubique al anciano en un ambiente adecuado: cómodo, libre de ruidos y de interrupciones.
- Explíquese el objetivo de la entrevista y la necesidad de que se ajuste a lo que verdaderamente siente en relación a esa situación.
- Cree un ambiente psicológico de confianza, asegure la confidencialidad de las respuestas.
- Lea cuidadosamente cada una de las preguntas.
- Asegúrese que el anciano comprendió la pregunta.
- Registre de manera objetiva, la respuesta obtenida.
- Precise la respuesta y registre en la alternativa que mejor exprese, la opinión del anciano.
- Registre una sola alternativa.
- No deje ninguna pregunta sin respuesta.

**Encierra en un círculo la respuesta que se corresponda con la realidad:**



<b>Como se siente usted por el cuidado que recibe en cuanto a:</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
41.- la vigilancia para mantener la higiene personal			
42.- el control para que ingiera los alimentos			
43.- el control para que se cumplan las horas de descanso y sueño			
44.- la ayuda que recibe para el desplazamiento por las áreas del establecimiento			
45.- que el desplazamiento cumpla con las normas de seguridad			
46.- que se le respete como ser humano			
47.- los momentos de compañía para intercambio de ideas			
48.- la atención que recibe cuando tiene afectada su salud			