

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA  
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO

DISEÑO DE UNA ESTRATEGIA ORIENTADA A EVALUAR LA CALIDAD DE LA  
ATENCIÓN QUE SE BRINDA EN LOS HOGARES DE LARGA ESTANCIA PARA  
PERSONAS ADULTAS MAYORES MEDIANTE EL DESARROLLO DE  
DIMENSIONES ESTRATÉGICAS, EN EL CANTÓN DE ESCAZÚ, PERIODO 2018.

Tesis sometida a la consideración de la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en  
Salud Pública para optar al grado y título de Maestría Profesional en Salud Pública con  
Énfasis en Gerencia de la Salud.

MARÍA ELENA LÓPEZ BERMÚDEZ

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica

2020

## **Agradecimientos**

Un sincero agradecimiento al Dr. Alexander Barrantes Arroyo, Dr. Juan Ignacio Silesky Jiménez y al Dr. Adolfo Ortiz Barboza, por el tiempo y apoyo brindando durante este proceso, ha sido un privilegio contar con su guía.

Gracias a todos los profesionales que participaron en esta investigación, por su buena disposición, criterio y paciencia.

A mi hermana, por ser durante toda mi vida un ejemplo de lucha y esfuerzo, por enseñarme que los logros solo se alcanzan con dedicación y trabajo.

A mi querida amiga Diana por su apoyo incondicional.

Gracias a todas las personas que de una u otra manera han hecho más fácil lo difícil y me ayudaron durante estos años.

“Este trabajo final de investigación aplicada fue aceptado por la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Salud Pública de la Universidad de Costa Rica, como requisito parcial para optar al grado y título de la Maestría Profesional en Salud Pública con Énfasis en Gerencia de la Salud.”

JUAN ANTONIO CARAZO SALAS (FIRMA) Firmado digitalmente por JUAN ANTONIO CARAZO SALAS (FIRMA)  
Fecha: 2020.05.21 17:51:59 -06'00'

Dr. Juan Antonio Carazo Salas

Representante del Decano Sistema de Estudios de Posgrado

ALEXANDER BARRANTES ARROYO (FIRMA) Firmado digitalmente por ALEXANDER BARRANTES ARROYO (FIRMA)  
Fecha: 2020.05.19 10:15:54 -06'00'

M.Sc. Alexander Barrantes Arroyo

Directora de tesis

ADOLFO ENRIQUE ORTIZ BARBOZA (FIRMA) Firmado digitalmente por ADOLFO ENRIQUE ORTIZ BARBOZA (FIRMA)  
Fecha: 2020.05.25 15:57:29 -06'00'

M.Sc. Adolfo Ortiz Barboza

Lector

JUAN IGNACIO SILESKY JIMENEZ (FIRMA) Firmado digitalmente por JUAN IGNACIO SILESKY JIMENEZ (FIRMA)  
Fecha: 2020.05.19 09:14:52 -06'00'

M.Sc. Juan Ignacio Silesky Jiménez

Lector

SANDRA TATIANA GAMBOA GAMBOA (FIRMA) Firmado digitalmente por SANDRA TATIANA GAMBOA GAMBOA (FIRMA)  
Fecha: 2020.05.26 14:52:57 -06'00'

M.Sc. Tatiana Gamboa Gamboa

Representante del Director del Programa de Posgrado en Salud Pública

MARIA ELENA LOPEZ BERMUDEZ (FIRMA) Firmado digitalmente por MARIA ELENA LOPEZ BERMUDEZ (FIRMA)  
Fecha: 2020.05.27 20:02:16 -06'00'

María Elena López Bermúdez

Sustentante

## TABLA DE CONTENIDO

<b>INTRODUCCIÓN</b>	1
<b>CAPÍTULO 1. ANTECEDENTES</b>	3
1.1. Antecedentes internacionales	3
1.2. Antecedentes nacionales	13
1.3. Antecedentes locales	14
<b>CAPÍTULO 2. JUSTIFICACIÓN</b>	15
<b>CAPÍTULO 3. OBJETIVOS</b>	19
3.1. Objetivo general	19
3.2. Objetivos específicos	19
<b>CAPÍTULO 4. MARCO TEÓRICO</b>	20
4.1. Salud Pública	20
4.2. Atención de Salud para la población adulta mayor	24
4.3. Evaluación de la Calidad de la atención	30
<b>CAPÍTULO 5. MARCO METODOLÓGICO</b>	50
5.1. Paradigma	50
5.2. Diseño de estudio	52
5.3. Procedimiento metodológico	53
5.3.1. Población y unidad de análisis	53
5.4. Contexto para abordaje del problema	55
5.5. Cuadro de categorías	57
5.6. Recolección de información	59
5.7. Análisis de resultados	61
5.8. Garantía ética	64
<b>CAPÍTULO 6. RESULTADOS Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN</b>	66
6.1. Etapa. Análisis en sitio	135
6.1.1. Resultado de la primera entrevista de validación	135
6.1.2. Resultado de la segunda entrevista de validación	146
6.2. Etapa. Foco de análisis y análisis profundo de la información	150
6.3. Etapa. Presentación de análisis al grupo de investigación	163
<b>CONCLUSIONES</b>	206

<b>RECOMENDACIONES</b>	208
<b>ALCANCES</b>	210
<b>LIMITACIONES</b>	210
<b>REFERENCIA INFORMATIVA</b>	211
<b>ANEXOS</b>	225

## Índice de tablas

Tabla 1. Indicadores de Atención Humanística	6
Tabla 2. Resultados de la revisión bibliográfica sistematizada, según base de datos consultada.	66
Tabla 3. Distribución de los artículos, según las dimensiones estratégicas encontradas.	67
Tabla 4. Distribución de preguntas para la primera entrevista semiestructurada según la dimensión estratégica tratada.	128
Tabla 5. Distribución de preguntas para la segunda entrevista semiestructurada según la dimensión estratégica tratada.	144

## **Índice de anexos**

Anexo 1. Componentes de la técnica PICO en la búsqueda bibliográfica de los antecedentes.	225
Anexo 2. Mapa del Cantón de Escazú	226
Anexo 3. Técnica de búsqueda de revisión bibliográfica sistematizada.	227
Anexo 4. Ficha de Indicador	228
Anexo 5. Guía de Entrevista semiestructurada I.	229
Anexo 6. Guía de Entrevista semiestructurada II.	236
Anexo 7. Mini-Nutricional Test	240

## RESUMEN

En Costa Rica se espera que para el 2050 el número de personas adultas mayores alcance a más de un millón (Instituto de Estadística y Censo, 2011, párr.1); esta situación tiene implicaciones a nivel económico, político y sanitario, ya que este grupo etario tiene más demandas en atención de salud y alternativas institucionales que se encarguen de atenderlos (CONAPAM), 2012, pp. 1- 5).

El país cuenta con varias modalidades que brindan cuidado a esta población, una de ellas son los hogares de larga estancia para personas adultas mayores, que son centros donde las personas viven de forma permanente y se les brinda diferentes servicios de salud (CONAPAM, 2014, párr. 2); estas instituciones son regidas por el Ministerio de Salud, quien aplica un reglamento que evalúa aspectos de estructura, como: recurso humano y material, documentación, infraestructura y gestión, pero no indaga sobre la calidad en los procesos y resultados.

Ante esta situación surge la necesidad de establecer las dimensiones estratégicas dirigidas a la evaluación de la calidad de la atención que se brinda en los hogares de larga estancia; para ello, se desarrolló una investigación cualitativa con un diseño de estudio de caso múltiple. Se inició con una búsqueda bibliográfica sistematizada que arrojó las dimensiones más relevantes que evalúan la calidad de la atención que se brinda a los adultos mayores institucionalizadas en otros países, con dicha información se confeccionó una entrevista semiestructurada que fue aplicada a expertos (as) en el tema para así validar las dimensiones en los hogares adscritos al Área Rectora de Salud de Escazú.

El producto de este proceso, determinó cuales indicadores de calidad caracterizaron dicha información; estos indicadores fueron cualitativos o cuantitativos, según el aspecto que se deseaba medir en cada dimensión validada. Finalmente, una vez conociendo los indicadores que evalúan la calidad de la atención, se generó una propuesta de evaluación para los hogares de larga estancia adscritos al Área Rectora de Salud de Escazú.

En total se confeccionó 22 indicadores que pretenden medir la calidad de la atención que se brinda en los hogares de larga estancia, de los cuales tres fueron cualitativos y el resto cuantitativos, con la siguiente distribución en las dimensiones estratégicas propuestas: cuatro para la dimensión de estructura, tres de procesos, dos de caídas, dos de úlceras por presión, tres de errores de medicación y uno del estado funcional y de fragilidad, cuidados del pie, manejo del dolor, actividades socio recreativas y físicas, salud bucodental, estado nutricional y cuidado centrado en la persona.

Cabe señalar, que dentro de las limitaciones en el desarrollo de dichos indicadores se halló que algunas dimensiones, a pesar de que se creyeron importantes para valorar la calidad de la atención, no fue posible concretar la forma más idónea para medirlas, pues los datos obtenidos se dirigieron a recomendaciones sobre el cuidado; como fue el caso de la dimensión de calidad del sueño, diversidad sexual, expresión de la sexualidad y uso de psicotrópicos.



## LISTA DE ABREVIATURAS

ASCOT	Kit de herramientas de resultados de atención social para adultos (por sus siglas en inglés)
CCSS	Caja Costarricense de Seguro Social
CONAPAM	Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor
EBAIS	Equipos Básicos de Atención Integral en Salud
FESP	Funciones Esenciales de la Salud Pública
FODESAF	Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares
IMAS	Instituto Mixto de Ayuda Social
INEC	Instituto de Estadística y Censo
INTECO	Instituto de Normas Técnicas de Costa Rica
MIDEPLAN	Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
RAI-MDS 2.0	Resident Assessment Instrument – Minimum Data Set 2.0



**Autorización para digitalización y comunicación pública de Trabajos Finales de Graduación del Sistema de Estudios de Posgrado en el Repositorio Institucional de la Universidad de Costa Rica.**

Yo, María Elena López Bermúdez, con cédula de identidad 1-1309-0478, en mi condición de autor del TFG titulado DISEÑO DE UNA ESTRATEGIA ORIENTADA A EVALUAR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN QUE SE BRINDA EN LOS HOGARES DE LARGA ESTANCIA PARA PERSONAS ADULTAS MAYORES MEDIANTE EL DESARROLLO DE DIMENSIONES ESTRATÉGICAS, EN EL CANTÓN DE ESCAZÚ, PERIODO 2018.

Autorizo a la Universidad de Costa Rica para digitalizar y hacer divulgación pública de forma gratuita de dicho TFG a través del Repositorio Institucional u otro medio electrónico, para ser puesto a disposición del público según lo que establezca el Sistema de Estudios de Posgrado.

SI  NO \*

\*En caso de la negativa favor indicar el tiempo de restricción: \_N/A\_ año (s).

Este Trabajo Final de Graduación será publicado en formato PDF, o en el formato que en el momento se establezca, de tal forma que el acceso al mismo sea libre, con el fin de permitir la consulta e impresión, pero no su modificación.

Manifiesto que mi Trabajo Final de Graduación fue debidamente subido al sistema digital Kerwá y su contenido corresponde al documento original que sirvió para la obtención de mi título, y que su información no infringe ni violenta ningún derecho a terceros. El TFG además cuenta con el visto bueno de mi director(a) de Tesis o Tutor (a) y cumplió con lo establecido en la revisión del Formato por parte del Sistema de Estudios de Posgrado.

**INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE:**

Nombre Completo: María Elena López Bermúdez

Número de Carné: A63216. Número de cédula: 1-1309-0478

Correo Electrónico: mlopezb87@gmail.com

Fecha: 04-05-2020. Número de teléfono: 83-40-18-51

Nombre del director (a) de Tesis o Tutor (a): Alexander Barrantes Arroyo.

MARIA ELENA  
LOPEZ BERMUDEZ  
(FIRMA)

Firmado digitalmente  
por MARIA ELENA LOPEZ  
BERMUDEZ (FIRMA)  
Fecha: 2020.05.04  
10:44:17 -06'00'

## FIRMA ESTUDIANTE

Nota: El presente documento constituye una declaración jurada, cuyos alcances aseguran a la Universidad, que su contenido sea tomado como cierto. Su importancia radica en que permite abreviar procedimientos administrativos, y al mismo tiempo genera una responsabilidad legal para que quien declare contrario a la verdad de lo que manifiesta, puede como consecuencia, enfrentar un proceso penal por delito de perjurio, tipificado en el artículo 318 de nuestro Código Penal. Lo anterior implica que el estudiante se vea forzado a realizar su mayor esfuerzo para que no sólo incluya información veraz en la Licencia de Publicación, sino que también realice diligentemente la gestión de subir el documento correcto en la plataforma digital Kerwá.

## **INTRODUCCIÓN**

El crecimiento de la población adulta mayor es un evento que se logra observar en diferentes países a nivel mundial, Costa Rica no es la excepción y se espera que para el 2050 el número de personas adultas mayores alcance a más de un millón (Instituto de Estadística y Censo, 2011, párr.1). Esta situación es un desafío para el gobierno costarricense, pues este grupo etario posee necesidades particulares que implican un impacto a nivel económico, político y sanitario, ya que tienen más demandas en atención de salud y presentan cierto grado de dependencia física, mental o social que requiere de alternativas institucionales que se encarguen de brindarles atención (CONAPAM), 2012, pp. 1- 5).

Desde esta perspectiva, es importante que el país trabaje en una reforma de sus políticas para que incluyan a las personas adultas mayores y de esa forma logre brindar condiciones idóneas para ellas, pues existe mayor prevalencia de enfermedades crónicas y degenerativas que pueden llegar a producir limitaciones funcionales y/o cognitivas que necesiten de atención por parte de especialistas y cuidados en los hogares o instituciones durante un largo período, pues como menciona Marín y Col en el 2004:

“... el 8% de los adultos mayores requieren de cuidados de largo plazo y la probabilidad promedio de un adulto mayor de vivir institucionalizado es del 1.6%; pero este porcentaje aumenta con la edad...” (Citado en MIDEPLAN, 2017, p. 10).

Por esta razón se planteó el siguiente trabajo final de graduación, que pretende dar una propuesta de evaluación de la calidad de la atención que se brinda en una muestra de hogares de larga estancia; dicha evaluación tiene el fin de brindar una visión global de cómo son tratados los adultos mayores que están institucionalizados, para con ello velar por el cumplimiento de sus derechos.

El siguiente documento muestra una reseña de las investigaciones afines a la evaluación de la calidad de la atención que se ofrece en los hogares de larga estancia para las personas adultas mayores a nivel internacional, nacional y local, con el fin de crear un

antecedente del tema. Asimismo, se presenta la justificación de la importancia para la Salud Pública el abordaje de la temática, desde un enfoque gerencial y se realiza un acercamiento a las ideas teóricas que fundamentan el análisis de la información.

Este trabajo final de graduación corresponde a un estudio de caso múltiple que ayuda a establecer las dimensiones estratégicas de la evaluación de la calidad de la atención que se les brinda a las personas adultas mayores institucionalizados en hogares de larga estancia ubicados en el cantón de Escazú habilitados por el Área Rectora de Salud del Ministerio de Salud.

## **CAPÍTULO 1. ANTECEDENTES**

Mediante una búsqueda exhaustiva en diferentes bases de datos de SIBDI, Pubmed, y Google académico se concretan los siguientes antecedentes que pretenden dar una visión global del tema planteado a nivel internacional, nacional y local; para ello, se delimitó a publicaciones posteriores al año 2012 que incorporan aspectos relacionados con la evaluación de la calidad de la atención que se brinda en los Hogares de Larga Estancia para las Personas Adultas Mayores o instituciones afines.

Dicha búsqueda se realizó en el primer cuatrimestre del 2018 y se seleccionaron un total de trece documentos que ejemplifican cómo se ha abordado el tema en otros lugares y muestran estructuras metodológicas que se podrían utilizar de referencia para el presente estudio. Para lo anterior, se utilizó la estrategia de búsqueda de evidencia PICO (P: problema de interés, I: intervención, C: control o comparación, O: outcomes o resultados) con el propósito de concretar los antecedentes de forma más certera (Landa & Arredondo, 2014, pp.261-262.) (ver anexo 1).

### **1.1. Antecedentes internacionales**

En el ámbito internacional se propone a Netten et al (2012, pp.512-517), que hicieron un estudio para identificar la relación entre los resultados y la calificación de calidad obtenida por los Hogares de Larga Estancia para Personas Adultas Mayores; su trabajo se recopiló en 83 hogares inspeccionados en Inglaterra y sus hallazgos se midieron con el kit de herramientas de resultados de atención social para adultos (ASCOT, por sus siglas en inglés) que calcula el puntaje general de bienestar según las respuestas sobre calidad de vida relacionada con la atención en aspectos de limpieza personal, alimentación, seguridad, confort del alojamiento, control de la vida cotidiana y participación social.

Esta investigación generó métodos innovadores para señalar los resultados de la atención social en la calidad de vida de los adultos mayores; se encontró que los centros de atención estaban produciendo efectos sustanciales en aspectos más básicos como limpieza personal, alojamiento, seguridad y comida, dejando de lado necesidades de autorregulación como participación social, control de actividades cotidianas y ocupación. Además, se refirió

que los centros más costosos tienden a tener mejor calidad de atención y que el ASCOT puede validar cualquier sistema, permitiendo una comprensión y mejora de la calidad de atención social.

Seguidamente, Estabrooks et al (2013, pp.1-6) efectuaron una investigación para desarrollar un conjunto de indicadores de calidad sensibles a la práctica clínica, es decir que se adecuen al trabajo de enfermería, de médicos o ambos, esto utilizando los indicadores validados en el sistema RAI-MDS 2.0 (Resident Assessment Instrument – Minimum Data Set 2.0) de Canadá; el cual consiste en un instrumento de valoración de los residentes que está enfocado en mejorar la atención a través de la estandarización del proceso de evaluación y planificación del cuidado.

El procedimiento consistió en una valoración de los indicadores por dos expertos para seleccionar los más sensibles y después ser evaluados según área de trabajo (enfermería, medicina y formuladores de políticas). De lo anterior, se obtuvo 13 indicadores para ser más fácil su aplicación y generar una mejora en el funcionamiento de la atención; estos fueron: úlceras por presión, empeoramiento del dolor, uso de restricciones físicas, uso de antipsicóticos sin diagnóstico de psicosis, catéter permanente, disminución del estado de ánimo, disminución de síntomas del comportamiento, caídas en los últimos 30 días, tubo de alimentación, deterioro de la pérdida de la actividad de vida diaria, síntomas de delirio, pérdida de peso sin explicación e infecciones urinarias.

En otro orden de ideas, Rivera et al (2013, pp.802-809) evaluaron la calidad de la ejecución de un subprograma de Atención Comunitaria al Adulto Mayor en el área de salud del Policlínico Universitario “José Martí Pérez” en Cuba. Ellos efectuaron una investigación en sistemas y servicios de salud, donde valoraron elementos de estructura, proceso y resultado.

Dentro de sus hallazgos, se determinó que el área de salud tenía los recursos humanos y materiales suficientes para atender a los adultos mayores, pues los indicadores estructurales cumplían el 100%; sin embargo, las competencias de los profesionales y la evaluación de los

resultados fueron inadecuados, con un cumplimiento del 20%. Concluyendo de esa forma en que las normas de estructura no aseguran una asistencia de calidad.

En el caso de Álvarez et al (2014, pp.388-401), plantearon una investigación con el objetivo de evaluar la calidad del proceso de atención que se brinda a las personas adultas mayores en los consultorios del médico de familia Luis Pasteur y Luis de la Puente Uceda, en Cuba. Dicho estudio fue evaluativo, descriptivo y transversal, seleccionaron cien historias clínicas para valorar los siguientes puntos a través de un formulario validado: dispensarización (proceso de evaluación dinámica, organizada y continua del estado de salud de las personas en su entorno familiar y social), planificación de consultas, procesos específicos de atención, examen periódico de salud (examen físico, evaluación nutricional, evaluación funcional, exámenes complementarios), seguimiento, rendimiento del personal, vacunación e interconsulta con otras especialidades.

Entre los hallazgos, se encontró que el interrogatorio y examen físico tienen resultados positivos con un 100%, seguido de la dispensarización y planificación con 95% y 94 % respectivamente; sin embargo, para el examen periódico y evaluación funcional solo alcanzaron un 56% y para el proceso de atención específico se obtuvo un 25% lo cual evidencia una baja calidad en la atención. En general el 31.2 % de los puntos evaluados fueron clasificados como buenos, mientras que los demás no alcanzaron el estándar, lo cual arroja las variables por mejorar en la atención de este grupo etario para dicha área de salud.

De forma semejante, Freitas et al (2014, pp.454-460) realizaron una evaluación de la calidad de los cuidados que brinda el personal de enfermería, la satisfacción de los(as) usuarias y la correlación entre ambas variables, en un hospital de enseñanza en Brasil. Dichas investigadoras por medio de un estudio transversal clasificaron la evaluación de la calidad de la atención en deseable, segura y pobre; encontrando que solo los cuidados de higiene, confort físico, nutrición e hidratación son seguros, mientras que las demás variables psicosociales son clasificados como pobres.



Este estudio concluye en que existe un déficit en los cuidados que ofrecen estos profesionales y la correlación entre la calidad de atención y satisfacción del usuario es débil a moderada; además, la elaboración de este trabajo les permitió identificar potencialidades y deficiencias que sirven de material para reorganizar las actividades asistenciales, gerenciales y de enseñanza en esta rama.

Otro estudio fue el de Lee y Wang (2014, pp.75-81), quienes confeccionaron una investigación para elaborar indicadores de atención humanística, pues mediante el desarrollo de diferentes trabajos se logró evidenciar insatisfacción con la atención brindada a la población adulta mayor institucionalizada de Taiwán; con base a la problemática estos autores iniciaron una revisión de literatura para identificar y clasificar los indicadores de atención humanística en ocho elementos: ambiente amigable, cuidado integral, empatía, individualización, autonomía, participación en toma de decisiones, uso adecuado de herramientas de cuidado y evaluación de la satisfacción del cliente.

Posteriormente, identificados estos elementos aplicaron la técnica Delphi para elaborar los indicadores y se solicitó a expertos en el tema establecer su validez, dicho proceso se efectuó por medio de la aplicación del cuestionario en tres rondas. En general, el estudio tomó el concepto abstracto de atención humanística y lo transformó en indicadores concretos para evaluar a los centros de atención; de esta manera los resultados obtenidos podrían servir como guía para las personas encargadas del cuidado de los adultos mayores, pues permiten monitorear y mejorar la atención y servir para acreditar los centros.

A continuación, se muestran los indicadores propuestos por dichos autores:

**Tabla 1. Indicadores de Atención Humanística**

Adopción del modelo de "unidad de cuidado" para la disposición del espacio
Las particiones y las instalaciones aseguran la privacidad de los residentes

Iluminación suficiente en el espacio público y en los dormitorios de los residentes
Marcas claras y reconocibles para residentes de edad avanzada
Ambiente libre de barreras
Ambiente hogareño, armonioso y humanista en el espacio público
Las mesas, sillas y equipos de baño cumplen con los diseños universales
Espacio para actividades al aire libre cómodo
Las instalaciones de videovigilancia no invaden la privacidad de los residentes
Animar a los residentes a participar en actividades religiosas
Mejorar las actividades de ocio de los residentes
Mejorar la interacción interpersonal de los residentes
Mejorar la interacción de los residentes con las familias
Mejorar la interacción de los residentes con la sociedad / comunidades
Aceptar y respetar las expresiones emocionales de los residentes
Involucrar a los residentes en actividades al aire libre
Medidas concretas que ayudan a los nuevos residentes a adaptarse al nuevo entorno
Proteger la privacidad de los residentes al proporcionar el servicio

Respetar los sentimientos de los residentes al prestar el servicio y garantizar una comunicación y respuestas suficientes
Manejo adecuado de las quejas de los residentes / familias
Proporcionar ayudas de comedor basadas en las necesidades individuales de los residentes
Proporcionar servicios de actividades individuales basados en las necesidades individuales de los residentes
Proporcionar habitaciones con características individuales a los residentes
Proporcionar cuidados de prevención de caídas en función de las necesidades individuales de los residentes
Proporcionar cuidado holístico de la piel en función de las necesidades individuales de los residentes
Los residentes pueden decidir cuándo ir a dormir
Los residentes pueden decidir cuándo levantarse
Los residentes pueden decidir cuándo comer
Los residentes pueden decidir qué ponerse y cómo arreglarse
Los residentes pueden programar sus actividades diarias
Los residentes pueden participar en la organización de las actividades del festival

Los residentes pueden participar en la organización de actividades de rutina
Los residentes pueden participar en el diseño de los planes de comidas
Las familias pueden participar en la discusión de los planes de atención
Brinde atención adecuada a los residentes con tubos nasogástricos de acuerdo con las instrucciones del médico o los planes para extraer los tubos nasogástricos
Brindar la atención adecuada a los residentes con catéteres de acuerdo con las instrucciones del médico
Proporcionar cuidado adecuado para residentes con evacuación intestinal deficiente
Proporcionar protección de seguridad adecuada para los residentes de acuerdo con las instrucciones del médico y proporcionar planes de atención adecuados
Brindar atención adecuada a los residentes con tubos de traqueotomía o planes para extraer los tubos de traqueotomía
Las casas de reposo llevan a cabo encuestas de satisfacción regularmente
Las escalas de satisfacción se basan en conceptos de cuidado humanista
Las casas de reposo realizan mejoras basadas en los resultados de las encuestas de satisfacción
Seguimiento de hogares de ancianos sobre medidas de mejora

Fuente: Lee & Wang (2014, p. 78).

De igual manera, Bonaccorsi et al (2015, pp.1-10) realizaron una investigación que tenía el objetivo de especificar los indicadores estructurales, de proceso y resultado de la

atención nutricional que reciben las personas institucionalizadas en 67 Hogares de Larga Estancia para Adultos Mayores de Toscana, Italia; asimismo evaluar los factores predictivos y los relacionados con la calidad de la atención con el fin de prever los indicadores de resultado de la malnutrición proteinoenergética.

Se desarrolló un estudio transversal y para su confección aplicaron varios instrumentos de evaluación nutricional y diseñaron una encuesta posterior a una exhaustiva revisión literaria relacionada con el tema. Dentro de los hallazgos demostraron que dichos centros poseen puntajes subóptimos en los indicadores estructurales como, por ejemplo; tipo de báscula, número de personas que administran las comidas y empleo de dietistas; asimismo, obtuvieron puntajes subóptimos en los indicadores de calidad de proceso para la atención nutricional como: uso de herramientas de evaluación nutricional, protocolos para valorar el peso y evaluación de disfagia.

Por último, estos autores concluyeron que su trabajo contribuye a la evaluación de la calidad de los hogares de larga estancia, principalmente desde el aspecto de riesgo de desnutrición. Igualmente, ellos recomiendan mejorar la calidad de atención y equipar a los centros con un instrumento de evaluación nutricional y desarrollar modelos de indicadores de resultados.

En otro sentido, Rocha et al (2015, pp. 143-158) desarrollaron una evaluación de la calidad del proceso de atención que se da a los adultos mayores institucionalizados en el Hogar de Ancianos “General Peraza”, en Cuba. Implementaron una investigación evaluativa, descriptiva y transversal que incorpora variables biomédicas como: dispensarización, planificación de consultas, consultas realizadas, evaluaciones trimestrales, procesos específicos priorizados, evaluación multidimensional por el Equipo Multidisciplinario de Atención Gerontológica, evaluación multidimensional por el hogar, evaluación funcional y nutricional, exámenes complementarios, indicaciones médicas e interconsultas.

En los resultados de la investigación se halló un cumplimiento de variables biomédicas del 75%, pero la valoración multidisciplinaria del equipo geriátrico fue mala,

mientras que la atención por el personal de enfermería fue satisfactoria, concluyendo que la calidad de la atención de dicho centro es insuficiente según los estándares establecidos y que no se da una prioridad a la asistencia de la población adulta mayor.

Igualmente, Bayarre et al (2016, pp. 7-17) elaboraron un instrumento para valorar la calidad del proceso de atención que se da a los adultos mayores, dicho documento incluye criterios de validez, fiabilidad, factibilidad y capacidad para discriminar. La metodología empleada se clasificó como trabajo de desarrollo tecnológico y se implementó en el Policlínico “Salvador Allende” en Cuba; algunas de las variables a analizar fueron dispensarización, chequeo médico, vacunación e interconsulta.

Este proceso dio como producto una herramienta de evaluación de la calidad de los procedimientos que se realizan en los consultorios de médicos y enfermeras de familia; está compuesto de cinco módulos que cumplen con los criterios clínicos validados para ser utilizados: datos generales, dispensarización, examen periódico de salud, vacunación e interconsultas.

De otro modo, Kjos y Havig (2016, pp.330-339) realizaron una investigación transversal para examinar si la política del gobierno de Noruega ha logrado aumentar las actividades físicas y sociales en los hogares de asistencia para adultos mayores, asimismo comparar la atención general con dichas actividades, el grado de movilidad de los residentes y las características del personal.

Para su efecto aplicaron una encuesta a 444 proveedores de salud de 40 salas de reposo, con el fin de evaluar la calidad desde las dimensiones de atención general y de actividades físicas y sociales; la primera dimensión incorporó aspectos como: atención al final de la vida, tratamiento de úlceras por presión, atención oral y enfoque profesional, mientras que la segunda abarcó: el ejercicio físico organizado, ejercicio de caminar, actividades sociales y la interacción del personal con el residente.

Estos autores concluyeron que el nivel de atención general percibido por los proveedores de salud es significativamente alto y las actividades físicas y sociales significativamente bajo; es decir, que la política del gobierno no ha logrado tener éxito; además los niveles altos de personal no se asocian con las actividades físicas y sociales, pero los niveles altos de personal sin licencia si se asocian negativamente con dichas actividades y la atención general. Concluyendo que el tema de calidad desde estas dos dimensiones es complejo y se requiere de un cambio cultural del personal.

Finalmente, Sardá et al (2017, pp.8-17) realizaron un estudio sobre calidad de atención del personal de enfermería que atiende adultos mayores fármaco- dependientes del Policlínico 30 de noviembre en Cuba; éste fue una investigación evaluativa, descriptiva de corte transversal que abarcó datos de estructura, proceso y resultado. Los indicadores citados fueron recursos humanos, materiales y físicos, conocimiento del profesional, auditorias de historia clínica, nivel de satisfacción de usuarios(as) y del personal e indicadores evaluativos.

Estos autores encontraron que los criterios de calidad de estructura estuvieron por debajo del estándar al igual que los procedimientos de enfermería y nivel de conocimiento profesional, mientras que los resultados de la evaluación de satisfacción fueron adecuados, pero no así los indicadores del programa del adulto mayor. En general, concluyeron que la calidad de la atención es adecuada; sin embargo, existen aspectos que mejorar que son importantes para el abordaje de este grupo poblacional.

En general, se evidencia el desarrollo de indicadores para evaluar la calidad, lo cual podría llevar a la contextualización de calidad desde la prestación de servicios en los Hogares de Larga Estancia para Personas Adultas Mayores; además, la mayoría de las investigaciones coinciden en que la atención que reciben los(as) residentes en los hogares de larga estancia no es lo suficientemente adecuada para garantizar una asistencia de calidad. Por ello, se considera que el camino para alcanzarlo es arduo y faltan muchos aspectos por mejorar en los gobiernos e instituciones que brindan cuidado a este grupo etario.

## 1.2. Antecedentes nacionales

A nivel nacional Gascón y Redondo (2014, pp. 15-78) realizaron un estudio que pretendió aumentar y mejorar el conocimiento en el tema de calidad de los servicios que se brindan en los Hogares de Larga Estancia para las Personas Adultas Mayores; su trabajo consistió en una revisión bibliográfica de definiciones, enfoques, elaboración de indicadores, cambios en los paradigmas de evaluación, entre otros aspectos de calidad desarrollados en diferentes países pioneros, una vez finalizada su revisión propusieron una homologación con los estándares de América Latina.

En el caso de Costa Rica, estos autores expusieron que en el 2012 se reglamentó los indicadores y procedimientos para la habilitación y la evaluación de estas instituciones sean públicas o privadas, señalando al Ministerio de Salud como el ente fiscalizador, este documento se llama: “Reglamento para el otorgamiento del permiso sanitario de funcionamiento de los Hogares de Larga Estancia para Personas Adultas Mayores”; dichos criterios para la habilitación corresponden a indicadores de estructura, pero no retoman los derechos de los(as) usuarias; de igual manera, la Red de Cuido está enfocada en situaciones vinculadas con pobreza y dependencia y no muestra criterios para evaluar la calidad.

Sin embargo, ellos resaltan la existencia de la Ley Integral para el Adulto Mayor (Ley N°7935, publicada desde 1999), que especifica que las personas de este grupo etario tienen derecho a relacionarse afectivamente con su familia, recibir información de todos los servicios y su costo, así como de su condición de salud; además indica que pueden oponerse a recibir tratamiento experimental o exceso de drogas terapéuticas, a no ser trasladado sin su consentimiento, a no ser aislado, a administrar su dinero y gozar de privacidad.

Por otro lado, se debe rescatar el trabajo desarrollado por el Instituto de Normas Técnicas de Costa Rica (INTECO) (2017), quien expone los requisitos mínimos de habilitación para los Hogares de Larga Estancia para Adultos Mayores con el fin de regular el funcionamiento de sus servicios, fomentar la seguridad y la calidad de vida. Este documento incorpora aspectos estructurales como: los requisitos de las instalaciones, recurso humano, tipo de profesionales, entre otros puntos.



En la sección de Gestión de la Calidad del Servicio promueve el mejoramiento continuo de la atención con el uso de formularios y evaluaciones del desempeño del personal, organización de actividades recreativas, de revitalización y socialización; así como, valoraciones iniciales a las personas que ingresan por primera vez a las instituciones y el desarrollo de una adecuada gestión de prevención de caídas.

De este modo, se puede decir que a nivel nacional se encontró escasas investigaciones o trabajos de evaluación de la calidad de los procesos y resultados de la atención que se brindan en los Hogares de Larga Estancia para Personas Adultas Mayores, lo cual constituye una necesidad para los entes encargados de velar por el cumplimiento de los derechos de este grupo poblacional.

### **1.3. Antecedentes locales**

A nivel local no se cuenta con documentos relacionados con el tema tratado; puesto que hasta el momento solo se realiza evaluaciones de estructura por medio del Reglamento para el otorgamiento del permiso sanitario de funcionamiento de los Hogares de Larga Estancia para Personas Adultas Mayores (No. 37165-S, publicado el 2012), el cual es de carácter nacional y se aplica en todos los hogares públicos o privados que brindan cuidados de higiene personal, alimentación, rehabilitación, recreación, asistencia en actividades diarias y estimulación mental; dicho reglamento incluye valoraciones de recurso material, recurso humano, gestión, documentación y planta física (Ministerio de Salud, párr. 9, 2012).

## **CAPÍTULO 2. JUSTIFICACIÓN**

Al igual que en otros países latinoamericanos, la población adulta mayor costarricense es un grupo etario en constante crecimiento, como lo expone el Instituto de Estadística y Censo (INEC), el Centro Centroamericano de Población y la Universidad de Costa Rica al elaborar las proyecciones de la población para el periodo 2012-2050: “... esta población se triplicará en los próximos 40 años, pasando de 316 mil personas en el 2012 a más de 1 millón en el 2050” (INEC, 2011, párr. 1); dicha situación está relacionada con el incremento de la esperanza de vida al nacer y la disminución de la tasa de mortalidad, aumentando así la longevidad de la población.

Este panorama corresponde a un desafío a nivel económico, político y sanitario, ya que la condición social actual de este grupo etario genera necesidades particulares, tales como: nuevas demandas en cuidado ante el riesgo de padecer enfermedades que generen dependencia física, social o mental, escasez de alternativas de cuidado directo, transitorio o permanente que implican recargos en los centros de atención de salud, dificultad en el mercado laboral de mujeres, pues tradicionalmente se convierten en cuidadoras de los miembros mayores de su familia, limitaciones económicas que garanticen una vida digna relacionado con tema de pensiones o entorno familiar, entre otras (Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM), 2012, pp. 1- 5).

En respuesta a lo anterior, Costa Rica cuenta con tres modalidades de instituciones que brindan cuidado a los adultos mayores: hogares de larga estancia para personas adultas mayores, albergues y centros diurnos, financiadas por el Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor, quien es el ente rector en el tema de envejecimiento en el país. Los hogares de larga estancia corresponden a centros donde los y las residentes se establecen de forma permanente y se les brinda servicios médicos, rehabilitación, alimentación, estimulación, apoyo espiritual, entre otros (CONAPAM, 2014, párr. 2).

Al realizar una revisión de fuentes informativas y consultas con los encargados del Área Rectora de Salud de Escazú en torno al tema, se encontró que existen diez hogares de larga estancia en el cantón, los cuales cuentan con un reglamento para su habilitación que

abarca aspectos de infraestructura, recurso humano, recurso material, documentación, gestión, entre otros; además cabe señalar que estas instituciones no poseen un proceso de acreditación que garantice la calidad, pues la acreditación corresponde a un conjunto de evaluaciones internas y externas que hacen constar el cumplimiento de los estándares definidos en torno a la gestión, seguridad y calidad, garantizando así la satisfacción del usuario(a) y su familia (Motta & Silvino, 2012, pp. 310-311).

Ante esta situación surgen las siguientes preguntas: ¿qué aspectos de calidad de la atención se deberían evaluar en los hogares?, ¿cómo se valoran los procedimientos que se realizan en dichos centros?, ¿de qué manera se estiman los resultados obtenidos con la atención?, ¿qué percepción tienen los y las residentes sobre la calidad de la atención que reciben?

Todas estas interrogantes apuntan a la necesidad de desarrollar una propuesta de evaluación de la calidad de la atención que les permita orientar y mejorar su labor; por ello, se plantea el siguiente problema de investigación ¿Cómo se puede evaluar la calidad de la atención brindada en los Hogares de Larga Estancia para Personas Adultas Mayores adscritos al Área Rectora de Salud de Escazú?

El abordaje de la investigación se considera importante en el sentido de que evaluar la calidad de la atención contribuye a mejorar la calidad de vida en esta población, debido a que se enfoca a obtener mejores resultados con el mínimo de riesgos para el o la usuaria; además, la aproximación a una evaluación objetiva sirve de insumo para tomar decisiones en salud y realizar una gestión adecuada, ya que se hace uso eficiente de los recursos disponibles (Bayarre et al, 2016, p. 9).

Por otra parte, la calidad de la atención es poco estudiado y para mejorar la calidad se necesita ampliar los indicadores de resultado para no solo enfocarse en aspectos de infraestructura; según lo afirman Gascón y Redondo (2014, p.15), quienes agregan que la información sobre la calidad de los servicios y resultados adversos deben ser transparentes,

con el fin de proteger a las personas adultas mayores usuarias y generar un clima de competencia por la calidad entre las instituciones.

Igualmente, el desarrollo de este tema de investigación colabora con el mejoramiento de las condiciones de salud pública del país, pues fortalece el compromiso de brindar una atención integral, adecuada y oportuna a poblaciones vulnerables como lo son las personas adultas mayores residentes en hogares de larga estancia.

Además, se asocia a dos Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP) propuestas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2002, p.70): la FESP número nueve que habla sobre la garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos a través de sistemas de evaluación y de satisfacción de los(as) usuarias para garantizar el cumplimiento de los derechos de las personas. Asimismo, la confección de este trabajo cumple con la propuesta FESP número diez, pues corresponde a una investigación en salud pública que contribuye con la producción de conocimiento que crea soluciones y ayuda a tomar decisiones.

Adicionalmente, el planteamiento de la propuesta de investigación incorpora destrezas gerenciales como: creatividad, innovación, emprendedurismo, comunicación, liderazgo, evaluación, planificación, organización, medición, entre otras habilidades que responden al carácter directivo de la gerencia de los servicios de salud. Según Ayuso y Gimeno (2014, p. 1) la calidad de la atención es un punto fundamental que deben desarrollar el equipo de directivos y profesionales de la salud para mejorar la práctica asistencial y conseguir la satisfacción del usuario(a) y su familia.

Finalmente, en cuanto al tema de viabilidad cabe rescatar que el desarrollo de este trabajo es posible, pues se recibió apoyo e interés por parte del Área Rectora de Salud de Escazú para encontrar la forma más adecuada para valorar la calidad de la atención que se brinda en los Hogares de Larga Estancia para Personas Adultas Mayores.

De igual forma la investigación se considera viable, debido a que el tema planteado cuenta con suficiente acceso de información primaria en diferentes fuentes; además, de que su ejecución no causará daño a ninguna persona o comunidad, ya que lo que se busca es proponer las dimensiones estratégicas para evaluar la calidad de la atención de los hogares.

## **CAPÍTULO 3. OBJETIVOS**

### **3.1. Objetivo general**

Establecer dimensiones estratégicas dirigidas a la evaluación de la calidad de la atención que se brinda en los Hogares de Larga Estancia para las Personas Adultas Mayores adscritos al Área Rectora de Salud de Escazú, en el período 2018.

### **3.2. Objetivos específicos**

1. Identificar las dimensiones estratégicas más importantes para la evaluación de la calidad de la atención que se brinda en los Hogares de Larga Estancia para Adultos Mayores.
2. Validar las dimensiones estratégicas más relevantes para la evaluación de la calidad de la atención.
3. Determinar los indicadores que evalúen la calidad de la atención que se brinda en los Hogares de Larga Estancia para Personas Adultas Mayores.
4. Generar la propuesta de evaluación de la calidad de la atención en los hogares de larga estancia.

## **CAPÍTULO 4. MARCO TEÓRICO**

### **4.1. Salud Pública**

Para iniciar es esencial conceptualizar salud pública, lo cual va a depender del momento histórico y la evolución del conocimiento en torno al tema; en este sentido, Julio Frenk la expone como "... la aplicación de las ciencias biológicas, sociales y de la conducta al estudio de los fenómenos de salud en las poblaciones humanas" (citado en Rojas, 2011, p.605); este autor añade al concepto la importancia del desarrollo de estudios epidemiológicos e investigaciones en políticas, servicios, recursos y organizaciones de sistemas de salud, pues son temas que afectan a las poblaciones.

En el mismo sentido, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2002, p.4) la define como la práctica social en la que intervienen múltiples disciplinas y la acción colectiva del Estado y la sociedad que lo conforma, con el fin de promover, proteger y restaurar la salud. En sí, es una práctica multidisciplinaria que gestiona la salud y estudia la enfermedad de las poblaciones; además, genera información y destrezas para mejorar la prestación de la atención médica a través de la investigación y el empleo de ciencias sociales.

Su importancia radica en que está dirigida a mejorar las condiciones sanitarias y prevenir las enfermedades, lesiones o incapacidades de las personas a través de programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, así como por medio de servicios accesibles e intervenciones que garanticen calidad de atención a los diferentes grupos etarios. En el caso de la atención a la población adulta mayor, es de suma importancia considerar los elementos que amortiguan las pérdidas que se relacionan con el envejecimiento y los elementos que fortalecen la recuperación, adaptación y crecimiento psicológico y social, para que de esa manera los encargados de la gestión en salud puedan responder a las verdaderas necesidades de este grupo etario (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2015, párr. 15).

Teniendo en cuenta lo anterior, es relevante que el abordaje de las personas adultas mayores se incorpore en los sistemas de salud desde un enfoque salubrista, tal como lo expone Morales (2015, p. 75) "...la geriatría debe incluirse en los sistemas de salud con una

visión integral, con un énfasis especialmente comunitario, con sentido social y humanitario, y con un enfoque inclusivo, con perspectiva de derechos humanos...”, pues constituye una herramienta que potencializa los recursos y medidas para atender sus necesidades.

Para lograr comprender la situación de la población adulta mayor, se debe conocer los principales aspectos demográficos, pues permiten tener una visión global de la condición actual y las tendencias futuras. A nivel mundial los países con ingresos bajos y medianos han logrado alcanzar esperanzas de vida mayores a los 60 años debido a la disminución en las tasas de mortalidad durante la infancia y nacimiento y la reducción del número de muertes por enfermedades infecciosas; en los países de ingresos altos se asocia a la reducción de mortalidad en la población mayor y la disminución en las tasas de fecundidad, aunque este último aspecto afecta también las regiones con ingresos bajos y medianos (OMS, 2015, p. 3).

El envejecimiento poblacional se logra observar en todo el mundo, datos actuales apuntan a Japón con un 30% de su población en edades superiores a los 60 años, pero se espera que para el 2050 muchos lugares de Europa, América del Norte, Chile, China, Rusia, Corea, Irán, Tailandia y Vietnam lleguen a tener cifras similares. En términos generales las causas de muerte de las personas adultas mayores se espera que sean por enfermedades no transmisibles, aunque las enfermedades transmisibles aún cobran un número considerable de vidas; también, se hace hincapié en algunas causas comunes que producen discapacidades, según el proyecto Carga Mundial de la Morbilidad, estas corresponden a: dolor de espalda y cuello, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, depresión, caídas, diabetes, demencia y artrosis (OMS, 2015, pp. 45, 47, 61).

En el caso de Costa Rica, algunos aspectos que han incidido en el aumento de la población adulta mayor son: disminución de la tasa de natalidad y la tasa de mortalidad, así como, por el aumento de la esperanza de vida de las personas; esto gracias a las políticas de educación y control prenatal, así como por los servicios de salud que ha brindado la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS). Desde esta perspectiva se encuentra que alrededor del 70% de la población tiene entre 15 a 64 años de edad y el 30% restante está en edades que conllevan una dependencia económica; por ello, se dice que la pirámide poblacional es



joven, pero con tendencia al envejecimiento (Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica (MIDEPLAN), 2017, p. 1).

En torno a lo anterior, MIDEPLAN (2017, p. 4) agrega que Costa Rica en el año 2015 contaba con una población joven de 0 a 14 años que representaba el 23%, pero según las proyecciones del INEC para el 2045 será solo el 16%, en el otro extremo las personas de 50 a 64 años pasarán de un 14% a un 21% y la población de 65 años y más se transformará de un 7% a un 18%; exponiendo así el cambio progresivo de las tendencias demográficas que se dirigen a una población más envejecida.

Asociado a este comportamiento demográfico, es importante conocer cuáles son las enfermedades crónicas y agudas que más afectan a las personas mayores de 65 años, pues de ahí partirán las medidas y políticas de atención. Las enfermedades crónicas que se presentan con mayor incidencia en esta población corresponden a la hipertensión arterial, diabetes, enfermedades cardíacas, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, osteoporosis, entre otras; mientras que las enfermedades agudas más comunes son las infecciones del sistema respiratorio, intestinales y urinarias (Morales, 2015, p. 76).

Esta situación genera nuevos retos a nivel socioeconómico, político y de salud para el país, pues, por ejemplo, estos mismos autores señalan que en el eje económico el cambio demográfico a una población envejecida alerta por la disminución en mano de obra y la sostenibilidad del sistema de pensiones. Además, se espera una mayor prevalencia de enfermedades crónicas y degenerativas que pueden llegar a producir limitaciones funcionales y/o cognitivas que precisen de atención por parte de especialistas y cuidados en los hogares o instituciones durante un largo período. En este aspecto Marín y Col en el 2004 estiman que:

“... el 8% de los adultos mayores requieren de cuidados de largo plazo y la probabilidad promedio de un adulto mayor de vivir institucionalizado es del 1.6%; pero este porcentaje aumenta con la edad, desde 0.59% entre los 60 y 64 años, hasta 7.7% en los mayores de 90 años de edad...” (Citado en MIDEPLAN, 2017, p. 10).

Por tanto, se considera importante que el gobierno dirija las nuevas políticas hacia las necesidades de este grupo etario para lograr sobrellevar de la mejor manera esta transición demográfica. En este aspecto Costa Rica cuenta con algunas políticas de salud pública que incluyen dentro de sus acciones a las personas adulta mayores; estas se exponen brevemente a continuación:

La Política Nacional de Envejecimiento y Vejez 2011-2021 (N° 38036-MP-MBSF, publicada en la Gaceta el 21 de febrero del 2014), se confeccionó para proteger y promover los derechos fundamentales de los adultos mayores, ésta se responsabiliza a eliminar cualquier tipo de discriminación y está clara en que este grupo etario puede disfrutar de una vida saludable, segura y con una participación social activa, en ella se incluyen cinco ejes estratégicos (CONAPAM, 2013, pp. 6-7):

1. Protección social, ingresos y prevención de pobreza.
2. Abandono, abuso y maltrato.
3. Participación social e integración intergeneracional
4. Consolidación de derechos
5. Salud Integral

De igual manera, la propuesta de la Política Nacional de Atención, Promoción y Protección de la Salud Bucodental dedica el tercer eje estratégico a la población adulta mayor costarricense que abarca temas de capacitación y formación de profesionales especialistas en la atención de este grupo etario, incorpora programas de educación bucodental dirigida al público, así como de promoción de estilos de vida saludables e investigaciones afines a sus necesidades (Colegio de Cirujanos Dentistas de Costa Rica, 2011, pp. 18-20).

Por otro lado, la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional 2011-2021 tiene dentro de su eje de acción mejorar el acceso a los alimentos de calidad a los grupos vulnerables como los adultos mayores, por medio del fortalecimiento de programas de ayuda alimentaria o subsidios que se dirigen a ese fin; asimismo incluye acciones para ajustar los

alimentos de la canasta básica a las necesidades nutricionales de este grupo etario, entre otras (Ministerio de Salud, 2011, p. 43).

Finalmente, la Política Nacional de Salud “Juan Guillermo Ortiz Guier”, abarca temas importantes para la población adulta mayor incluyendo el “...abordaje integral del envejecimiento saludable como una etapa del ciclo de vida, con énfasis en el fomento de la salud y de la funcionalidad...” donde se exponen acciones en pro al envejecimiento activo, atención integral, acreditación de hogares de larga estancia para personas adultas mayores y centros diurnos, entre otros aspectos (República de Costa Rica, 2015, p. 79).

En general, se observa que en el país se ha estado incorporando diferentes estrategias para atender y mejorar las condiciones de las personas adultas mayores a través de la confección de políticas sensibles a sus necesidades; sin embargo, el cambio demográfico a una población envejecida en un futuro cercano exige mayor atención e intervención por parte del gobierno. Pues como lo menciona la OMS (2015, p. 14), el Estado en respuesta al derecho a la salud debe designar “... sin discriminación de ningún tipo, centros de salud, bienes y servicios disponibles, accesibles, aceptables y de buena calidad.

#### **4.2. Atención de Salud para la población adulta mayor**

En cuanto a la atención de las personas mayores de 65 años, hay que tener en cuenta que sus requerimientos deben atenderse de manera progresiva iniciando con la promoción y prevención de la salud que incluye medidas en pro de los estilos de vida saludables, seguidamente de la potencialización de las acciones que refuerzan el autocuidado para tratar de mantener la salud; asimismo, se deben implementar programas de tamizaje para atender las enfermedades no detectadas que afectan la calidad de vida, así como para las enfermedades crónicas y agudas (Morales, 2015, pp. 75-76).

Costa Rica cuenta con diferentes niveles y servicios de atención con proyección hacia este grupo poblacional; Morales (2015, pp. 76-78) los describe a continuación: el Primer Nivel de Atención está conformado por áreas de salud que están divididas en sectores, los cuales son gestionados por los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS). Los

EBAIS tienen instrumentos de valoración médica, psicológica, funcional y social para los adultos mayores, cuyo fin es la identificación de factores de riesgo que requieran de una atención integral a nivel local, o bien que se identifique la necesidad de elaborar alguna referencia a otro nivel más especializado.

El Segundo Nivel de Atención incluye el trabajo de hospitales regionales y periféricos, clínicas y Centros de Atención Integral en Salud, pero solo alrededor de veinte de dichas instituciones tienen geriatras a la disposición de la población, por lo que existe una necesidad de contratar o especializar al personal en Geriátrica y Gerontología.

Por otro lado, el Tercer Nivel de Atención está conformado por tres hospitales nacionales (Hospital San Juan de Dios, Hospital México y Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia) que brindan atención especializada, así como tratamiento médico y quirúrgico complejo y los hospitales especializados son cinco: Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva, Hospital Nacional de Geriátrica y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes, Hospital Nacional de Niños Carlos Sáenz Herrera, Centro Nacional de Rehabilitación Dr. Humberto Araya Rojas y el Hospital Psiquiátrico Dr. Roberto Chacón Paut; cabe señalar que todas estas instancias interaccionan entre sí para responder a la Red de Geriátrica que dispone la Ley Integral para la Persona Adulta Mayor.

En el caso particular del Hospital Nacional de Geriátrica y Gerontología Dr Raúl Blanco Cervantes, este brinda atención integral de forma individualizada; para los(as) usuarias ambulatorias están los servicios de consulta externa, emergencias, hospital de día, atención comunitaria, clínicas de la memoria, sueño, depresión, entre otras; mientras que para los hospitalizados se ofrece el servicio de diagnóstico y tratamiento, recuperación funcional y cuidado crítico.

Finalmente, la Red de Atención Progresiva para el Cuidado Integral de las Personas Adultas Mayores brinda cuidado a las personas de 65 años o más que presentan enfermedades con cierto grado de dependencia física y/o cognitiva, pobreza extrema u otra condición de vulnerabilidad. Según el CONAPAM (L2012, p. 15)., se define como

“... una acción del Estado en la formulación e implementación de políticas y estrategias de protección social, que faciliten una vida digna y con calidad, desde la perspectiva de las características necesidades e intereses de las personas adultas mayores y sus familias, incrementando la seguridad, dignidad y autodeterminación e integridad en la vejez...”

En dicha red participan familias, grupos de la comunidad, instituciones no gubernamentales y del Estado, quienes mediante programas dirigidos al cuidado de este grupo etario tratan de solventar las necesidades y brindar bienestar. Dentro de las modalidades de atención que se ofrecen están: alimentación, compra de medicamentos, artículos de higiene personal y para el hogar, atención en salud que no se pueda coordinar con la CCSS, promoción y prevención de la salud, compra de artículos técnicos que faciliten la vida cotidiana, mejoras en la casa de habitación, subsidios para pago de servicios básicos y pago de asistente domiciliario, reubicación en familias solidarias, hogares y viviendas comunitarias, centros diurnos y hogares de larga estancia para adultos mayores (CONAPAM, 2012, pp. 22-25).

En cuanto a los Hogares de Larga Estancia para Personas Adultas Mayores, se definen como: “...establecimientos de carácter privado que administran fondos públicos, sin fines de lucro, donde residen personas adultas mayores en forma permanente y en los cuales se brindan servicios integrales como respuesta a problemas de abandono familiar, social y económico...”. Sus requisitos de admisión comprenden la edad (mayores de 65 años), estar en condición de indigencia o pobreza extrema, tener un diagnóstico médico, aprobar el estudio socioeconómico, entre otros (CONAPAM, 2014, párr. 1-3).

Como toda organización, estos centros deben de regirse por principios que orienten su quehacer, dentro de los más relevantes están: la atención asequible y accesible a toda la población, defender los derechos humanos, respetar la dignidad, tratar de mejorar las capacidades intrínsecas del individuo, el cuidado es centrado en la persona, el personal que brinda el cuidado debe recibir un trato justo y el gobierno debe ser el responsable por la administración de dichos hogares (OMS, 2015, p. 144).

Según CONAPAM (2014, párr. 2), los hogares de larga estancia deben brindar servicios como: atención médica y de enfermería, rehabilitación física y ocupacional, valoraciones por trabajo social, nutrición balanceada, estimulación mental, instalaciones con adaptaciones especiales, coordinación de actividades culturales, religiosas y recreativas, entre otras actividades más que tienen el objetivo de mejorar el desempeño funcional y brindar bienestar físico y emocional.

Es por esta razón que deben de contar con personal capacitado que se encargue no solo de las necesidades básicas de las personas usuarias, pues se precisa la realización de actividades que fortalezcan funciones como desplazarse, socializar, aprender, tomar decisiones y contribuir a la comunidad. Para ello, es crucial la participación de las familias, comunidad, amigos y el equipo de cuidadores, además, de una adecuada gestión de la atención y la colaboración del sistema de salud (OMS, 2015, p. 136).

En los centros de cuidado de largo plazo, ya sean comunitarios o residenciales, se pueden violentar los derechos de las personas adulta mayores, como por ejemplo, cuando se inmoviliza a la persona para reducir el riesgo de caídas o para controlar conductas que generan problemas a los(as) cuidadores; o bien, cuando se prescribe antipsicóticos para tratar el comportamiento sin un diagnóstico de psicosis, entre otras situaciones que pueden llegar a limitar la autonomía, afectar la dignidad y seguridad de las personas (OMS, 2015, p. 142).

Por ello, es importante contar con un marco normativo que apele al respeto y cumplimiento de los derechos de esta población y que garantice el disfrute de su dignidad y de sus libertades fundamentales. En este sentido CONAPAM (2013, pp. 6 -10) hace una descripción de la normativa nacional que acoge a estas personas y se describe a continuación:

Iniciando con la Constitución Política quien introduce la protección de este grupo etario en varios artículos; en el art.50 de manera general habla sobre la responsabilidad del estado de brindar bienestar a todas las personas y ya en su art. 51 específica la protección a grupos vulnerables como los adultos mayores, incorporándolo como derecho fundamental;

igualmente, en el art 83 designa al estado como el encargado de la educación de toda persona mayor de 65 años que desee mejorar su condición intelectual, social y económica.

En torno a las leyes, se cuenta con la Ley Integral para la Persona Adulta Mayor (N°7935, publicada el 16 de mayo del 2002), que tiene como fin mejorar la calidad de vida y defender los derechos de este grupo etario. Ésta se encarga de regular todo tema relacionado con el envejecimiento y vejez, en ella se designan responsabilidades particulares para instituciones de carácter público que desarrollan programas y actividades con esta población. Los principales derechos que se incluyen son: el derecho para mejorar la calidad de vida, los derechos laborales, los derechos de residentes o usuarios en establecimientos privados y el derecho a la integridad e imagen.

De igual manera, la Ley del Sistema Financiero Nacional para la Vivienda (N°7052, publicada el 27 de noviembre de 1986), se crea con el fin de impulsar el ahorro e inversión para recaudar recursos económicos que ayuden a solucionar el problema de vivienda en el país. En su art 51, se crea un subsidio de vivienda para las personas adultas mayores en condición de pobreza y sin familia y en el art 59 se especifica que, si la persona cuenta con algún impedimento laboral para poder solventar sus necesidades, también podrá optar por el beneficio, previo a las valoraciones correspondientes.

Por otra parte, la Reforma a la Ley de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares (N°8783, publicada el 14 de octubre del 2009) crea un Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares (FODESAF) que proporciona un monto a las instituciones encargadas del cuidado de los adultos mayores. Al otro extremo, la Ley Autorización para el cambio de nombre de la Junta de Protección Social y establecimiento de la distribución de rentas de las loterías nacionales (N° 8718, publicada el 18 de febrero del 2009) asigna que la junta de protección destinará un porcentaje de las utilidades netas de algunos de sus productos a instituciones que atiendan y protejan a las personas mayores de 65 años como los hogares, albergue y centros diurnos.

En otro orden de ideas, La Ley Reforma del Artículo 54 y Derogación del Transitorio Único de la Ley Integral para la Persona Adulta Mayor (N° 8153, publicada el 26 de noviembre del 2001) indica que toda institución pública, privada o mixta que pretenda brindar atención a las personas adultas mayores tendrán que cumplir con el reglamento de habilitación que indica el Ministerio de Salud para que de esa forma puedan optar por el respaldo económico de CONAPAM y el Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS).

Igualmente, la Ley de Protección al Trabajador (N°7983, publicada el 18 de febrero del 2000) refuerza el régimen no contributivo, donde la CCSS otorga una pensión a los adultos mayores en condición de pobreza; además, define que este régimen debe ser universal para aquellas personas de bajos recursos que no cuentan con ninguna pensión. En el caso de la Ley Creación de Cargas Tributarias sobre Licores, Cervezas y Cigarrillos (N°7972, publicada el 01 de febrero del 2000) establece una contribución para el CONAPAM para el desarrollo de programas de rehabilitación, tratamiento y atención; asimismo, para programas de capacitación que potencialicen una mejor calidad de vida para este grupo etario.

Finalmente, la Ley Reforma del Artículo 33 de la Ley Reguladora de Transporte Remunerado de personas en vehículos automotores (N°7936, publicada el 08 de diciembre de 1999) define que las personas adultas mayores que viajen en transporte público en distancias menores a los 25 kilómetros no tendrán que pagar, si la distancia está entre los 25 a los 50 kilómetros pagarán el 50% del costo y mayores a los 50 kilómetros pagarán un 75%.

Lo anterior, deja entrever los esfuerzos del gobierno por incluir acciones en las leyes en pro de la población adulta mayor, con el fin de mejorar la calidad de vida y hacer cumplir sus derechos. De la misma manera, es importante conocer los principales decretos que apoyan estas leyes, según CONAPAM (2013, pp. 11-15):

El Decreto N° 37165-S, publicado el 26 de junio del 2012, instaura la regulación que va a fortalecer los hogares de larga estancia en el tema de atención y cuidado, principalmente para personas en riesgo social. El N°36607-MP, publicado el 17 de junio del 2011, expone a



la Red de Atención Progresiva para el Cuidado Integral de las Personas Adultas Mayores como un tema de interés público.

Asimismo, el decreto N°36511-MOP, publicado el 12 de abril del 2011, expone la exoneración total o parcial del pago del pasaje de tren para los adultos mayores usuarios del servicio y el N° 34961-MP, publicado el 01 de enero del 2009, asigna al CONAPAM como el ente encargado de calificar a las personas adultas mayores que opten por el bono de vivienda.

Por otro lado, el decreto N° 33158-MP, publicado el 30 de mayo del 2006, define el 15 de junio como el Día Nacional Contra el Abuso, Maltrato, Marginación y Negligencia contra las Personas Adultas Mayores, con el fin de que se haga conciencia y se reduzcan los casos de estas situaciones. El N° 33131-MP, publicado el 31 de mayo del 2006, establece un premio a las instituciones que realicen actividades que mejoren la calidad de vida de este grupo etario, dicho premio se llama “Diego Fernández Trejos Corrales”.

Por último, el decreto N° 32062, publicado el 27 de octubre del 2004, define el 1 de octubre como el Día de la Persona Adulta Mayor, con el fin de incorporar actividades intergeneracionales que concienticen el respeto por estas personas.

#### **4.3.Evaluación de la Calidad de la atención**

La calidad de la atención en los servicios de salud resulta un tema de complejidad, pues requiere del cumplimiento de normas y reglas esenciales para satisfacer las necesidades de los(as) usuarias, la OMS la define como “...la que identifica las necesidades de salud de los individuos o de la población de una forma total y precisa y destina los recursos necesarios (humanos y otros) a estas necesidades, de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite...” (Citado en Fajardo & Hernández, 2012, p. 26).

En la definición de calidad existen componentes subjetivos y objetivos que van a depender de las circunstancias y juicios de valor de las personas involucradas, pues como lo dice Donabedian “... la definición de calidad puede ser casi cualquier cosa que se quiera que

sea, si bien por lo común es un reflejo de los valores y metas vigentes en el sistema de atención médica y en la sociedad más amplia de la que ésta es una parte...” (Donabedian, 2001, p. 11).

En línea similar, es importante conocer ciertas particularidades que se relacionan estrechamente con calidad en salud, pues son referencias para modificar o adaptar métodos en los procesos, éstas son: la persona usuaria es sujeto y objeto que da valor al servicio, el prestador de la atención influye en el consumo, en el usuario(a) y en la institución, los errores prevenibles ocasionan repeticiones en las intervenciones, cada caso de atención es único y la calidad de atención influye en la mejora de la calidad de vida de las personas (Ávalos, 2010, p. 10).

En ese sentido, existen atributos de salud pública que identifican a la calidad, tales como: eficacia, efectividad, eficiencia, optimización, aceptabilidad, legitimidad y equidad. En el caso de eficacia se hace referencia a la capacidad de los avances en la ciencia y la atención sanitaria para mejorar las condiciones y bienestar de las personas; la efectividad es la mejora en salud alcanzada con la práctica médica cotidiana y la eficiencia considera a las acciones que consiguen la mejora en la salud al menor costo posible (Donabedian, 2001, pp. 96-97).

En el caso de la optimización, se refiere a la manera en que se determinan los valores de las diferentes variables involucradas en un proceso de atención, para que el resultado sea el mejor posible y la aceptabilidad consiste en acomodar la atención a los requerimientos y deseos de los(as) usuarias y familia. Por último, la legitimidad se define como las acciones en la atención sanitaria que están de acuerdo con los derechos de las personas y la equidad “... determina qué es justo en la distribución de la atención y sus beneficios entre los miembros de una población...” (Donabedian, 2001, p. 99).

En lo que se refiere a la evaluación de calidad Donabedian (2001, p. 31) la conceptualiza como:

“... un juicio sobre el proceso de la atención, proporcionado por los técnicos y profesionales, en forma individual o colectiva. Cuando no se cuenta con

información directa sobre dicho proceso o cuando ésta resulta incompleta, se pueden deducir algunas cosas sobre el “proceso”, estudiando cosas sobre el “proceso”, estudiando la “estructura” o el “resultado”...”

Estos componentes para evaluar la calidad expuestos por Avedis Donabedian se conceptualizan de la siguiente manera: los de estructura detallan todos los atributos físicos, y organizacionales, el entorno y sistema de atención de la institución (por ejemplo; recurso humano, financiero, normas, reglamento, entre otros); el proceso hace referencia a lo que el personal responsable del cuidado puede hacer por los usuarios (por ejemplo; aplicación de procedimientos, acción del personal y el o la usuaria, comunicación, entre otros) y el resultado es lo que se alcanza con la atención, ya sea una mejora en la condición de salud o un cambio en actitud en relación a la salud (por ejemplo; cumplimiento de indicadores, satisfacción del usuario(a), acreditación del centro, entre otros) (Torres & Vázquez, 2015, p. 62).

En torno a lo anterior, se encuentra que la evaluación de la calidad de la atención posee dos posiciones, la primera hace referencia al punto de vista subjetivo de cada persona usuaria y la segunda a la objetiva o externa que responde a los parámetros aceptados por la sociedad; es en esta posición donde se pueden incluir los estándares que definen el grado de cumplimiento exigible a un criterio de calidad, pues según Gascón y Redondo (2014, p. 23):

“... a través de ellos se establecen los umbrales mínimos y máximos requeridos en la prestación y en los resultados que de esa prestación se obtienen, a fin de garantizar a los ciudadanos condiciones de equidad en el acceso a bienes y servicios de calidad...”.

Una forma de medición del cumplimiento de los estándares es por medio de los indicadores, que deben ser pertinentes, fiables y validados para que faciliten un monitoreo objetivo y efectivo. La cantidad de indicadores no se ha especificado, pero se recomienda un número menor a los 25, los cuales van a ser indicativos de la situación actual, es decir, que no van a ser una descripción de todo lo que está pasando. (OMS, 2012, pp. 10-11).

En general el indicador se define como:

“...una expresión numérica, simbólica o verbal usada para caracterizar actividades (eventos, objetos o personas) tanto en términos cuantitativos como cualitativos para evaluar el valor de las actividades caracterizadas y el método asociado...” (Stubbs, 2004, p. 151).

Esta proyección cualitativa y cuantitativa se complementan y generan información valiosa para evaluar la calidad; los indicadores cuantitativos usan procedimientos estandarizados, hacen referencia a cantidad o frecuencia de un fenómeno; mientras que los indicadores cualitativos señalan alguna cualidad del fenómeno bajo estudio, por ello, se dice que brindan información intangible o subjetiva (Stubbs, 2004, p. 152). Según López et al (2000, p.5), la elección de alguno de los dos no va a depender del método de recolección de la información sino de lo que se desea medir

En relación a lo anterior, el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (2013, p.12) agrega que los indicadores deben tener una relación entre dos o más variables y una contextualización geográfica y de tiempo; asimismo, indica que los indicadores de calidad valoran atributos, capacidades o características que deben poseer los bienes y servicios que se ofrecen (2013, p.24).

En torno a la atención de la persona adulta mayor, Teresa Martínez (2016, p. 112) expone que algunos indicadores deben relacionarse con la dimensión de salud, como el “... estado de la piel, úlceras por presión, nivel de nutrición, número de hospitalizaciones, etc...”; o bien, con ciertas prácticas “... prescripción de psicofármacos, aplicación de restricciones físicas, caídas, ect...”. Sin embargo, la nueva perspectiva de evaluar la calidad de los cuidados que se le proporciona a la población adulta mayor requiere incorporar objetivos que valoren el progreso de cambio, la calidad asistencial y las opiniones de los(as) usuarios, familia y profesionales en salud (Martínez, 2016, p. 196).

En este sentido, se considera que para lograr brindar una atención de calidad se deben conocer los requerimientos que posee la población meta; algunos de esas necesidades son:

comprender lo que sucede a su alrededor, sentirse útil, seguro, tener sentido de pertenencia y capacidad de progreso; estas perspectivas permiten conocer cuáles aspectos además de las necesidades fisiológicas se deben incorporar en los procesos de atención de esta población (Martínez, 2017, p. 31).

Según la teoría de Martínez (2017, pp. 87-88), se encuentra que la evaluación de la atención centrada en la persona adulta mayor engloba dos grandes dimensiones, **la primera corresponde a las Prácticas Centradas en la Persona** que posee cinco componentes que se describen a continuación:

1. El conocimiento; hace referencia al manejo de la información por parte del personal encargado sobre datos como gustos, valores y hábitos del usuario(a), los cuales debe utilizar de forma respetuosa.
2. La autonomía; indica como el personal debe incentivar a los(as) usuarias a participar en la toma de decisiones de actividades diarias y en el caso de que la persona tenga alguna dificultad por su deterioro cognitivo se debe considerar su historia de vida y valores.
3. La comunicación; debe ser respetuosa y empática entre el o la cuidadora y la persona usuaria.
4. La individualización/bienestar; busca satisfacer las necesidades de cada una de las personas de manera especial y concreta.
5. La intimidad; relacionada con la protección y respeto de identidad de cada individuo, así como de su espacio personal.

En cuanto a **la segunda dimensión, Entorno Facilitador de la Atención Centrada en la Persona**, se exponen cinco componentes:

1. La actividad cotidiana; donde se estimula el desarrollo y la participación en actividades atractivas para la población adulta mayor.
2. Espacio físico; busca la igualdad de acceso y seguridad para los(as) usuarias de los hogares de larga estancia.
3. Familia y amistades; se debe estimular el involucramiento de las familias en las actividades diarias.

4. La comunidad; se refiere al grado en el que el centro de cuidado forma parte activa de la comunidad, manteniendo buenas relaciones sociales.
5. La organización; los centros de cuidado deben ser flexibles y abiertos al cambio.

Es por ello, que están surgiendo diferentes iniciativas en los hogares de larga estancia para personas adultas mayores que incentivan un trato de calidad, entre ellas se puede citar la transformación de las instituciones a espacios físicos hogareños, las rutinas de cuidado se ajustan a los deseos de los(as) usuarias (principalmente en tiempos de comida, baño, descanso, entre otras), se proporcionan diferentes alternativas en el menú de comida, se organizan actividades recreativas, se negocian algunas decisiones en torno a tratamiento y dieta y se programa actividades que involucran a las familias y la comunidad (Martínez, 2016, p. 51).

Dentro de los beneficios de proporcionar una atención de calidad, se han encontrado registros de cambios positivos en el estado físico y emocional de los(as) usuarias, mejoras en las relaciones sociales y ejecución de actividades, existe menos discomfort, agitación y agresividad y con ello menor consumo de fármacos. Además, hay mejor clima organizacional y los(as) cuidadoras se ausentan menos (Martínez, 2016, pp. 85-100).

En cuanto a la evaluación de la calidad, ésta tiene como objetivo: determinar los problemas que se presentan en la atención, generar servicios efectivos y eficientes, planificar rutas eficaces que faciliten un servicio de calidad, que respete los derechos fundamentales y responda a las necesidades de las personas (OMS, 2015, pp. 8-9). Además, Forrellat (2014, p. 182) agrega que la evaluación brinda información y le permite al o la usuaria elegir e incrementar la satisfacción.

En relación al grado de satisfacción con la atención brindada en los hogares de larga estancia, es importante evaluar la opinión de las personas adultas mayores institucionalizadas y la de sus familias, para lograr conectar a los(as) usuarias de los servicios con el personal encargado del cuidado y evaluar la calidad de la atención. Sin embargo, si las instituciones son pequeñas las entrevistas deben ser realizadas por personas externas, lo cual puede

aumentar los costos si se hace de forma frecuente; generalmente se recomienda evaluaciones anuales con cuestionarios de opinión y satisfacción (Gascón, & Redondo, 2014, p. 30 y 78).

Finalmente, es relevante puntualizar algunos aspectos relacionados con la estructura, procesos y resultados que se esperan obtener con la atención brindada por los hogares de larga estancia, con el fin de alcanzar servicios de calidad para la población adulta mayor. En este sentido, según el Reglamento para el otorgamiento del permiso sanitario de funcionamiento de los Hogares de Larga Estancia para Personas Adultas Mayores, en Costa Rica, estas instituciones deben contar con ciertos requisitos en torno a recursos materiales, recurso humano, gestión, documentación y planta física (Ministerio de Salud, párr. 9, 2012).

En relación al recurso humano, los hogares deben contar con personal médico (médico general o geriatra), personal de enfermería, terapeuta físico y ocupacional, personal encargado de cuidado básico, nutricionista, cocinero, auxiliar de cocina y personal de limpieza, asimismo, debe tener acceso a voluntarios, personal de mantenimiento, trabajo social y psicología, con el fin de satisfacer las necesidades de los(as) residentes. Asimismo, se menciona que deben tener en promedio un encargado(a) del cuidado básico por cada 10 residentes, dicho número se delimitará según al grado de ocupación y no de capacidad del hogar (Ministerio de Salud, 2012, pp. 4-5).

En el tema de calidad en la atención los estilos de vida saludables son importantes; en este sentido es preciso mencionar a la actividad física que hace referencia a toda actividad que se realiza en la vida cotidiana, como caminar, realizar jardinería, tareas domésticas, ejercicio, entre otras; Serón et al (2010, p. 1232) la define como "... cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos y que resultan en gasto energético".

La actividad física en este grupo etario tiene implicaciones fisiológicas, psicológicas y sociales, pues influye en la movilidad funcional, reduce las enfermedades cardiovasculares, diabetes, obesidad y ciertos tipos de cáncer, asimismo, ayuda a conservar y recobrar el equilibrio físico y mental y retrasa la pérdida de músculo (Boyaro & Tió, 2014, p. 8).

Las actividades deportivas en específico, se relacionan con la prevención de arteriosclerosis y mejoría de función endocrina que tiene un papel importante en la resistencia y adaptación al estrés. Mientras, que las actividades de la vida cotidiana (vestirse, bañarse, subir escaleras, entre otras) precisan de cierta independencia funcional que se logra si la persona sostiene una adecuada condición física. Entre los beneficios psicológicos, la actividad física promueve el bienestar general, reduce la ansiedad, el insomnio y depresión, ayuda al equilibrio psicoafectivo, aumenta la participación social e induce a cambios en el estilo de vida (Boyaro & Tió, 2014, pp. 8-9).

La Organización Mundial de la Salud (2018, párr. 6), recomendó que la población mayor de 65 años debe realizar actividad física moderada al menos 150 minutos a la semana o 75 minutos a la semana si es una actividad intensa, si la persona tiene alguna limitación en la movilidad debe practicar al menos 3 días a la semana para mejorar el equilibrio y evitar caídas.

En la misma línea, las actividades socio recreativas, conciernen a toda actividad que la persona hace en su tiempo libre y le brindan placer (Sánchez, 2014, párr.3). Entre los beneficios que éstas promueven están: mejor salud mental y física, mejor función cognitiva, generan estilos de vida saludables, reducen el riesgo de mortalidad, aumentan la percepción de felicidad, incrementan el sentimiento de pertenencia y bienestar, entre otras (Carmona et al, 2010, pp. 164-166).

Estas actividades tienen una dependencia moderada con el bienestar de la persona, por ello, entre más frecuente se realicen mayores beneficios se obtienen. En cuanto a la medición de las actividades sociales y recreativas se utiliza una escala con 7 ítems, los cuales están relacionados con las actividades que la persona adulta mayor realiza con sus amigos(as), familia y pareja, cada ítem se califica con la opción de frecuentemente, a veces o nunca. Los ítems corresponden a: tiene un grupo de amigos, asiste a eventos sociales, recibe visitas, realiza actividades en pareja, realiza actividades con los(as) hijas, realiza alguna actividad económica y prefiere quedarse en casa que salir (Carmona et al, 2010, pp.169-175).



Por otro lado, un adecuado estado nutricional de las personas de este grupo etario ayuda en la prevención y tratamiento de enfermedades crónicas; sin embargo, gran parte presenta problemas de malnutrición tales como: desnutrición, sobrepeso u obesidad, los cuales incrementan el riesgo de morbilidad y mortalidad (Valdés et al, 2017, p. 645). En este sentido, Tafur et al (2018, p.361) expone que los problemas nutricionales generan alteraciones en el estado inmunitario, empeora procesos infecciosos y distintas patologías, generando deterioro en la capacidad funcional, más hospitalizaciones y mayor gasto de recursos sanitarios.

Por esta razón, es importante contar con una oportuna valoración nutricional para identificar situaciones de riesgo y causas de los problemas; una de las metodologías para evaluar el estado nutricional de la persona adulta mayor, es el cribado nutricional, que identifica de forma precoz a las personas que necesitan una valoración exhaustiva y que pueden favorecerse de una intervención nutricional temprana. El cribado, debe realizarse mensualmente en las personas institucionalizadas en hogares de larga estancia e incluir: índice de masa corporal, pérdida voluntaria de peso y cambios en la ingesta (Camina et al, 2016, pp. 53-54).

Del mismo modo, una herramienta útil para esta valoración es el Mini-nutritional test (ver anexo7), que corresponde a un método sencillo, rápido y fácil de aplicar, mediante el cual se detecta personas adultas mayores en riesgo de malnutrición o en condición de malnutrición, es decir, con déficit o desnutridas. Este instrumento se ha validado en diferentes países para uso hospitalario, cuidados en casa o personas ambulatorias; evalúa la condición general (morbilidad, estilos de vida, medicación), antropométrica (peso, estatura, circunferencia del brazo, circunferencia de la pantorrilla), dietética (frecuencia de consumo de algunos grupos de alimentos) y subjetiva (autopercepción de salud y nutrición) (Deossa et al, 2016, pp. 496-497).

Asociado al estado nutricional, una salud bucodental es un elemento clave para favorecer la calidad de vida de la persona adulta mayor; la Organización Mundial de la Salud

(2018, párr. 11) hace referencia que la salud bucodental es una condición donde no hay dolor, cáncer bucal o de garganta, infección oral, periodontopatías, caries, pérdidas de dientes, entre otras afecciones que producen dificultad para morder, masticar, reír o hablar. Sin embargo, se ha observado que en las personas de tercera edad es usual encontrar problemas de masticación, dolor, dificultad para comer y ausencia de piezas dentales; esto relacionado con el escaso acceso a servicios de salud bucal (Esquivel & Jiménez, 2010, p. 128).

En este sentido, es importante considerar las siguientes recomendaciones dadas por Duarte & Duarte (2011, p. 52):

- La frecuencia de las citas odontológicas será según la historia clínica, presencia de problemas periodontales severos o de enfermedades crónicas no transmisibles.
- En los casos de personas con limitaciones visuales o motoras, se deberá realizar adaptaciones en los implementos de limpieza dental o contar con una persona que le asista en su higiene dental.
- Si la persona tiene trastornos psicológicos se le deberá proporcionar una atención interdisciplinaria.
- Antes de cualquier intervención odontológica, se debe conocer tratamiento médico e historia clínica, sino la conoce, se debe remitir a un médico para su valoración correspondiente.

En otro orden de ideas, es necesario procurar que las personas adultas mayores institucionalizadas tengan una adecuada cantidad y calidad del sueño, pues restablece las fuerzas y evita la sensación de somnolencia y cansancio; lo recomendado es descansar entre 8 y 9 horas diarias (Carmona & Molés, 2018, p.72).

Para este grupo poblacional, una calidad del sueño se relaciona con el buen estado de ánimo, memoria y rendimiento cognitivo. En ocasiones los problemas socioeconómicos o de salud, así como, la mala higiene del sueño desencadena trastornos del sueño en más de una tercera parte de las personas mayores de 60 años, lo cual se ha visto asociado a irritabilidad,

angustia, alteraciones endocrinas e inmunes, deterioro cognitivo, hipertensión, obesidad, entre otras (Ganoza et al, 2017, p. 84).

Otro aspecto relevante en la vida de las personas institucionalizadas es la expresión de la sexualidad, pues la sexualidad se asocia al afecto y a las relaciones humanas que se dan durante toda la vida, forma parte del bienestar e influye en la calidad de vida, ésta se manifiesta en la necesidad de intimidad, formación de vínculos, autoerotismo y autoimagen; en la etapa de la adultez mayor se puede ver afectada de forma negativa por los cambios fisiológicos y psicológicos (García et al, 2014, p.11).

Entre los factores que pueden afectar la expresión de la sexualidad durante el envejecimiento son: el estado civil, responsabilidades familiares, jubilación, dificultades económicas, relaciones conflictivas, prejuicios, enfermedades, entre otros aspectos propios de la edad (Árraga, 2011, p.155).

Del mismo modo, la vivencia de la sexualidad por parte de las personas adultas mayores se puede ver influenciada de forma positiva porque en el hombre existe mayor control del momento de la eyaculación, lo cual puede favorecer a que esté más atento de satisfacer a su pareja, se aumenta el interés por el contacto físico y la comunicación; además, existe mayor tiempo para compartir en pareja y no se requiere de métodos anticonceptivos (Quevedo, 2013, p. 74).

La vivencia de la sexualidad en los hogares de larga estancia, se puede ver afectada por la privacidad limitada y por la prohibición de la intimidad. En este sentido, García et al (2014, pp. 17-18) recomiendan los siguientes puntos al personal encargado del cuidado:

- Mantener grupos de adultos mayores en actividades educativas sobre promoción de estilos de vida saludables y prevención de enfermedades.
- Incentivar la práctica de ejercicio físico y actividades culturales.
- Orientar al adulto mayor y a su familia sobre cómo proceder en situaciones que generan estrés.

- Detectar, controlar y cambiar los factores de riesgo que pueden afectar su estado de salud.
- Brindar capacitaciones al personal de los hogares de larga estancia sobre cómo favorecer la expresión de la sexualidad de los(as) residentes.

Igualmente, en la atención de estas personas se debe tener presente el concepto de orientación sexual, el cual hace referencia al objeto seleccionado para satisfacer los deseos sexuales, eróticos o amorosos de una persona, dando a lugar a diversas opciones tales como; elección de personas del mismo sexo (homosexual), elección de personas de diferente sexo (heterosexual) o la elección de ambos sexos (bisexual) (Duranti, 2011, pp. 6-7).

A esta población se le ha asignado las siglas LGBT, que consisten en: L: orientación lésbica, G: orientación homosexual o gai, B: orientación bisexual y T: transgénero y transexual (Centro de investigación y Promoción para América Central de Derechos Humanos, 2017, p.10).

En torno a las personas adultas mayores LGBT, existe una tendencia de que tienen más probabilidad de vivir solas y no tener pareja ni hijos, pero este último punto se da con más frecuencia en las personas homosexuales. Desde esta perspectiva, se puede mencionar que esta población posee factores externos e internos que le generan estrés, los internos son cuando se oculta la identidad sexual y el externo es cuando existe una discriminación por su condición, lo cual genera afectaciones en la salud, depresión, maltrato, entre otros inconvenientes (Roqué, 2015, p. 32, 63).

En relación a este tema, se encontró que los hogares de larga estancia no son sitios seguros para hablar sobre diversidad sexual, porque es un ambiente que les genera a los adultos mayores miedo a ser discriminados, maltratados o descuidados; en estos casos las personas se sentirían más cómodos si las instituciones se identificaran como aptos para apoyar las necesidades de la población LGBT (Roqué, 2015, pp. 65-66).

Conocer la orientación sexual e identidad de género/sexo de los(as) usuarias de los hogares de larga estancia ayuda a adecuar los servicios a sus necesidades, pero, es importante realizar evaluaciones de las acciones iniciadas por medio de encuestas, donde se exprese la calificación de la atención recibida y las recomendaciones para el cuidado (Centro de investigación y Promoción para América Central de Derechos Humanos, 2017, p.24).

Entre las estrategias para la atención de las personas adultas mayores LGBT dirigidas a la organización están: reconocer de forma clara el derecho de que cada usuario(a) puede hablar sobre sus necesidades afectivas y sexuales, no tolerar ningún tipo de discriminación y resguardar el derecho a la privacidad e intimidad, así como su confidencialidad. En cuanto a las estrategias dirigidas al personal están: tener un plan de formación en materia de sexualidad previo al inicio de labores y de manera anual, contar con un registro de potenciales situaciones problemáticas, brindar educación a los(as) usuarias y familia sobre los derechos sexuales y la expresión de las necesidades e incluir a las familias en las intervenciones (Villar et al, 2017, pp.62-75).

De la misma manera, en la atención de la población adulta mayor institucionalizada, es preciso contar con un examen periódico de salud que señale de forma anticipada las enfermedades o factores de riesgos para crear un plan de atención que incorpore tratamiento y medidas de prevención; según Domínguez y García (2014, p.21) esta evaluación geriátrica integral se define como: "...un proceso diagnóstico multidimensional e interdisciplinario, diseñado para identificar y cuantificar los problemas físicos, funcionales, psíquicos y sociales..."

Dentro de esta valoración se incorpora: la revisión médica que evalúa la visión, audición, antecedentes patológicos personales y uso de medicamentos; la salud mental que indaga sobre el deterioro cognitivo, signos y síntomas de depresión; la funcionalidad que explora la capacidad de realizar actividades diarias y la marcha; por último, la dimensión social que revisa los recursos sociales que posee la persona (Cervantes et al, 2014, p. 331). A esto, Álvarez et al (2014, p. 392) incluye la valoración nutricional, vacunación y realización de exámenes específicos por cáncer.

Los objetivos que se espera obtener con la aplicación de la evaluación geriátrica integral son: promover estilos de vida saludables, prevenir o atrasar el inicio de enfermedades y discapacidad, proporcionar atención y rehabilitación integral y eficaz, incentivar la participación comunitaria, capacitar recurso humano y generar campos para la investigación (Álvarez et al, 2014, p. 394).

En cuanto a la valoración del estado funcional, hace referencia al conjunto de capacidades que tiene el individuo para realizar actividades de la vida diaria por sí mismo; existe una relación que, a mayor dependencia de las actividades básicas, mayor riesgo de mortalidad en este grupo etario (Bejines et al, 2015, p. 10).

Por ende, se debe contar con instrumentos que permitan realizar una valoración funcional completa y adecuada para detectar estados de enfermedad y de riesgo de eventos adversos; además, para ayudar a perfeccionar los planes de cuidado y la toma de decisiones, controlar los cambios y valorar los efectos de una intervención (Laguado et al, 2017, p. 136).

En este sentido, el estado funcional se mide según la evaluación de actividades básicas de la vida diaria (comer, control de esfínteres, uso de inodoro, bañarse, caminar, entre otros), evaluación de actividades instrumentales (capacidad de uso del teléfono, control de medicamentos, manejo de dinero, entre otras) y la marcha (Cervantes et al, 2014, p. 331).

Según la Organización Mundial de la Salud (citado en Secretaria de Salud de México, 2017, pp. 14-15), toda intervención que se le realice a la persona adulta mayor debe ser ajustada a la fase en la que se encuentra en torno a la capacidad funcional, éstas se describen a continuación:

- Individuo con nivel alto y estable de capacidad intrínseca; las intervenciones deben enfocarse a mantener dicha condición por el mayor tiempo posible, mediante la prevención y control de enfermedades.
- Individuo con algún deterioro; se precisa contar con acciones que moderen o reviertan dicha condición.

- Individuo con pérdida significativa de la capacidad; se debe garantizar instituciones que se ajusten a sus derechos básicos y a la dignidad humana para asegurar una calidad de vida.

Otra valoración necesaria es la medición del grado de fragilidad, que es conocida como un síndrome clínico que posee múltiples factores que se asocian con el deterioro funcional, caídas, fracturas, hospitalizaciones recurrentes, dependencia, entre otras. Por ello, a la persona se le debe valorar de forma integral, tomando en cuenta sus características físicas, condiciones médicas y condiciones de vida (independencia, red de apoyo, entorno, etc.) (Korenvain et al, 2018, p. 2).

Según la Organización Mundial de la Salud (2015, p. 66), la fragilidad se define como:

“... un deterioro progresivo relacionado con la edad de los sistemas fisiológicos que provoca una disminución de las reservas de capacidad intrínseca, lo que confiere extrema vulnerabilidad a factores de estrés y aumenta el riesgo de una serie de resultados sanitarios adversos”.

La escala más utilizada para medir la fragilidad es la del modelo de Fried (citada en Díez et al, 2019, pp. 64-65), que define a la persona frágil si tiene 3 o más de los siguientes aspectos: pérdida de peso en el último año, agotamiento, debilidad, velocidad de la marcha y nivel bajo de actividad física.

En relación a lo anterior, se debe considerar el tema de caídas, el cuál es considerado como el resultado de cualquier evento que precipite a la persona contra el suelo, de forma involuntaria (Calero et al, 2016, p. 72), en la población adulta mayor este evento tiene varios factores causales, tales como el acceso inadecuado, problemas de salud que causan invalidez, hipotensión ortostática, pérdida del equilibrio, entre otros.

El porcentaje de caídas de personas adultas mayores institucionalizadas en hogares de larga estancia registrado por Carballo et al (2017, p.115) es del 32%; mientras, que en la

comunidad la prevalencia de caídas oscila entre 16, 6% y 26, 3%; de igual forma, estos autores expusieron que las caídas por repetición rondan entre los 12, 7% y 21, 7%.

Entre las consecuencias que producen estos eventos son: lesiones, fracturas, incapacidad funcional, dependencia, hospitalizaciones, muerte, afectación de la calidad de vida, entre otras. Por ende, es de suma importancia que los hogares de larga estancia posean instrumentos para evaluar el riesgo de caída, que incorporen ítems de movilidad, fuerza muscular, equilibrio, marcha, nivel de actividad diaria y miedo a caer, para con ello implementar un plan de atención y prevención personalizado (Terra et al, 2014, p.15).

Del mismo modo, los cuidados del pie es un tema relevante en esta población, pues las enfermedades podológicas geriátricas son frecuentes; se calcula que más del 70% sufre alguna complicación en los pies; las cuales pueden ser: alteraciones biomecánicas-ortopédicas, afecciones dermatológicas y ungueales y problemas en personas diabéticas. El principal problema con los cuidados de los pies, es la dificultad para cortar las uñas y el dolor que genera su manipulación (Santalla et al, 2010, p.37).

Las medidas para prevenir las complicaciones en los pies son de bajo costo y fáciles de implementar, pues corresponden a un examen completo y sistemático del pie, brindar cuidados de higiene, protección de la piel, prevención de úlceras por presión y realizar ejercicios que trabajen los músculos que participan en la marcha (Carrillo & Gómez, 2017, p. 4).

Según Iglesias y Roura (2015, p.26), la clasificación del riesgo de pie diabético y la recomendación para su inspección es la siguiente: bajo riesgo es cuando la sensibilidad está conservada y hay pulsos palpables, en dicho caso se inspecciona cada año; en riesgo aumentado existe una neuropatía, no hay pulsos u otro factor de riesgo, para este caso la revisión se recomienda de cada 3 a 6 meses; en alto riesgo existe neuropatía, no hay pulsos y se tienen cambios en la piel, deformidades o úlceras, para estos casos se revisa cada 1 a 3 meses y en pie ulcerado, el tratamiento es individualizado, con revisiones de cada 1 a 3 meses.



En el caso propio de úlceras por presión, éstas se definen como lesiones en la piel y tejidos subyacentes que se generan por presión prolongada o fricción entre una prominencia ósea y una superficie dura; los factores desencadenantes son principalmente movilidad restringida, encamamiento prolongado, problemas nutricionales, disminución de la percepción sensorial, incontinencia urinaria y/o fecal, estado de conciencia, diabetes mellitus, entre otros (Patiño et al, 2018, pp.40-41).

En cuanto al manejo de las úlceras por presión es importante contar con una adecuada documentación que incluya: valoración de riesgo, estado de la piel, reevaluación de riesgo, cuidados preventivos planificados y cambios en la condición de la piel. Con dicha información, se debe de llevar el indicador de proceso: valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión al ingreso, con un estándar de cumplimiento del más del 95% y el indicador de resultado: porcentaje de pacientes con úlceras por presión, con un estándar menor al 6%, ambos indicadores se recomiendan realizarse anualmente (Servicio Madrileño de Salud, 2014, p.17).

Otro aspecto que se considera de interés es el manejo del dolor, según García (2017, p.78), el dolor se considera como una experiencia sensorial y emocional molesta que puede estar relacionado con una lesión tisular real o potencial; en cuanto a la población adulta mayor, se encuentra que las personas que viven en comunidad prevalece el dolor crónico entre un 25-76%, mientras que los individuos institucionalizados se incrementan a un 83-93%, siendo la mayoría de los casos mujeres (Sáez et al, 2015, p.271).

Si el tratamiento para el manejo del dolor no es adecuado puede llegar a producir: depresión, ansiedad, desnutrición, deterioro cognitivo, alteración del sueño, alteraciones funcionales, reducción de la socialización y práctica de actividades de ocio. Entre las causas que generan dolor en la persona adulta mayor se registran las siguientes: enfermedad coronaria, osteoporosis, polimialgia reumática, neuropatías, procesos oncológicos, fibromialgia, entre otras (De André et al, 2014, pp. 675-676).

En torno a esto, el déficit cognitivo y sus múltiples patologías dificultan la evaluación del dolor en este grupo etario, así como el deterioro de la audición y visión, la menor capacidad de expresión facial, limitación del movimiento, entre otras circunstancias; por ello, un examen físico e historia clínica meticulosa son necesarias. Entre los métodos de valoración del dolor, el auto reporte es el mejor para caracterizarlo, pues muchas veces los cuidadores subestiman a la persona; sin embargo, cuando existe deterioro cognitivo podría usarse una escala que muestre su grado de dolor (escala numérica, escala de puntuación verbal o la escala analógica visual) (De André et al, 2014, pp. 677-678).

En relación al manejo del dolor, se recomienda iniciar con tratamiento no farmacológicos, ya sea intervenciones físicas o educativas, para llegar al uso de medicamentos solo en caso necesario. El fin del tratamiento es mejorar la funcionalidad física y psíquica de la persona, para que controle el dolor y se exponga a mínimos riesgos posibles (Fernández et al, 2018, p. 45).

Entre las recomendaciones sobre el manejo del dolor de Registered Nurses' Association of Ontario (2013, pp. 8-10), están las siguientes:

- Valoración de dolor: realizar una evaluación cuando una persona haya referido alguna molestia, al ser valorado por un profesional de la salud, después de un cambio en la condición clínica y antes y después de un realizar un procedimiento.
- Planificación: crear junto al usuario(a) metas del manejo del dolor y un plan de cuidados, considerar las creencias de la persona y su nivel de comprensión.
- Implantación: crear un plan de atención a nivel institucional sobre manejo del dolor, en cual se minimicen los efectos adversos por medicamentos.
- Educación: brindar información al usuario(a) y su familia; además, de contar con actualizaciones sobre el manejo del dolor para el personal.

Junto a este tema, se asocian los errores de medicación, los cuales corresponden a un problema de salud pública frecuente, según la Organización Mundial de la Salud (2018, p. 2)

estos se definen como “...un fallo en el proceso de tratamiento que conduce, o tiene el potencial de conducir, a un daño en el paciente”.

Estos fallos pueden darse cuando los medicamentos son prescritos, suministrados, dispensados, preparados o administrados, por ende, se considera que su origen puede ser dado por factores humanos, de sistemas de funcionamiento o como resultado de la atención médica mal diseñada, pero, según un estudio en Inglaterra y Gales, los casos más asociados fueron la administración de medicamentos con un 50%, la prescripción con 18%, medicamento omitido y retrasado 16% y dosis incorrecta el 15% (Organización Mundial de la Salud, 2018, p.3, 8).

Dado a que estos fallos pueden producir efectos nocivos en las personas, se considera importante la notificación de todo error en la medicación con el fin de aprender sobre ellos y tomar medidas preventivas. La Organización Mundial de la Salud (2018, pp.33-36) recomienda algunos métodos de identificación y notificación:

1. Uso de tarjeta amarilla u otros formularios de notificación individual que incluya nombre del afectado, acontecimiento adverso, medicamento sospechoso, todo medicamento utilizado, factores de riesgo, peso, historia médica, concentración de la formulación, estatus legal del medicamento y su uso apropiado, nombre y dirección del notificador.
2. Método P, que permite examinar el proceso completo del uso del medicamento, desde su prescripción hasta su uso para detectar factores de riesgo prevenibles.
3. Para detectar errores de medicación en la práctica se pueden utilizar los siguientes métodos: revisión de notificaciones de incidentes e historial del paciente, observación directa o intervención de farmacéuticos.

Los factores que están asociados a mayor riesgo de eventos adversos de medicación en la población adulta mayor son diversos, pues los cambios fisiológicos propios de la edad alteran los procesos de farmacocinética y farmacodinamia, asimismo la multimorbilidad, la

polifarmacia y medicamentos prescritos inadecuadamente producen interacciones que pueden afectar el estado de salud de la persona (Salech et al, 2016, p. 661).

Por ende, se considera que para mejorar la seguridad de la prescripción se debe hacer una conciliación de terapias que especifique todo su tratamiento, revisar contraindicaciones e interacciones entre los fármacos, evitar el uso innecesario, hacer un ajuste de dosis de manera adecuada y vigilar la adherencia y reacciones adversas (Salech et al, 2016, p. 667).

Otro punto relevante en el tema de medicación, es el uso de psicotrópicos en la población adulta mayor que se encuentra entre los medicamentos más y peor utilizados, entre ellos están los antidepresivos, ansiolíticos, hipnóticos sedantes y antipsicóticos. El problema surge en que no siempre un síntoma psicológico se asocia a una enfermedad psiquiátrica; lo más conveniente es descartar si su origen es por una enfermedad sistémica. Por ello, antes de su prescripción se debe realizar una evaluación geriátrica integral que incluya el reconocimiento de la indicación específica, selección de medicamento adecuado, registro en su historia clínica, educación al usuario(a) y seguimiento del caso (Peralta et al, 2013, pp. 231-236).

En torno al tema, se ha observado que son las mujeres quienes consumen más este fármaco y las razones están asociadas al divorcio, viudez, bajo nivel educativo, problemas somáticos crónicos, problemas económicos o sociales, depresión y ansiedad; además, historial de consumo de drogas o alcohol incrementa el riesgo del mal uso de los psicotrópicos (Becerra & Arteaga, 2017, p. 4).

En general, las dimensiones asociadas a la calidad de la atención que se le brindan a la población adulta mayor institucionalizada abarcan diferentes aspectos, cuyo objetivo es mejorar la calidad de vida a través del apoyo a la autonomía, participación social y bienestar físico y emocional; lo cual está asociado al acceso a servicios de atención y a personal capacitado para el abordaje de las necesidades particulares de este grupo etario.

## **CAPÍTULO 5. MARCO METODOLÓGICO**

### **5.1. Paradigma**

Las investigaciones con diseños cualitativos han ganado mayor auge en los últimos años, pues permiten la participación de diferentes disciplinas como educación, enfermería, medicina, psicología, sociología, comunicación, entre otras. Este enfoque de investigación, es sensible a las realidades de las personas, ya que pretende comprender el contexto de las situaciones vividas según el significado que le otorgue cada individuo, buscando de esa manera mejorar las condiciones para los sujetos bajo estudio (Salgado, 2007, pp. 71-72).

En este sentido, el paradigma cualitativo, naturalista, fenomenológico o interpretativo es definido como:

“... un conjunto de prácticas interpretativas que hacen al mundo “visible”, lo transforman y convierten en una serie de representaciones en forma de observaciones, anotaciones, grabaciones y documentos. Es naturalista (porque estudia los fenómenos y seres vivos en sus contextos o ambientes naturales y en su cotidianidad) e interpretativo (pues intenta encontrar sentido a los fenómenos en función de los significados que las personas les otorguen)...” (Hernández & et al, 2014, p. 9).

En sí, este tipo de paradigma permite conocer las experiencias humanas como los sentimientos, pensamientos o creencias que desde un enfoque cuantitativo no se lograría comprender. Según Salamanca (2006), el enfoque cualitativo se rige por los siguientes principios: existen varias realidades que provienen de la mente de las personas (llamadas constructos), busca cooperar con la creación de teorías, realiza conclusiones a partir de hipótesis o antecedentes particulares (es inductivo) y trata de comprender los fenómenos desde el contexto en el cual se desarrollan (Citado en Vanegas, 2010, p. 130).

Se puede señalar, que los estudios con este tipo de enfoque son abiertos, flexibles, ofrecen datos ricos y profundos en contenido, incrementan el conocimiento sobre el contexto,

hallan explicaciones significativas sobre el fenómeno, determinan patrones y realizan relaciones entre las variables (Ugalde & Balbastre, 2013, pp. 182-183).

Por ello, el paradigma que se seleccionó para la presente investigación corresponde al cualitativo, pues gracias a sus características permitirá realizar una descripción de las perspectivas que hay en torno a la evaluación de la calidad de la atención que se proporciona en los hogares de larga estancia, para así explicar y comprender la situación existente y establecer las dimensiones estratégicas más oportunas para la valoración de la calidad de la atención de los hogares adscritos al Área Rectora de Salud de Escazú; pues como lo menciona Lee y Lings (2008): "... la investigación cualitativa parece la más adecuada para contestar aquellas cuestiones que requieren una descripción, una interpretación y una explicación, detallada del fenómeno a estudiar..." (Citado en Ugalde & Balbastre, 2013, p. 183).

Igualmente, para lograr un mejor entendimiento del estudio planteado, es preciso contextualizar los tres planos del conocimiento que propician claridad en ciertas posiciones y determinan lo que es la investigación, pues como menciona Martínez, 2004 "...un conocimiento de algo, sin referencia y ubicación en un estatuto epistemológico que le dé sentido y proyección, queda paradigmáticamente huérfano y resulta ininteligible; es decir, que ni siquiera sería conocimiento" (Citado en Boza, 2012, p. 127); por tanto, a continuación se describe el plano ontológico, epistemológico y metodológico.

En el plano ontológico que cuestiona sobre la naturaleza de la realidad, se encuentra que es una realidad dinámica que depende de la construcción que hagan las personas a nivel individual o colectiva, la cual puede tener múltiples verdades (Parra, 2005, pp. 70-71). A partir de esa concepción se considera que las dimensiones estratégicas para la evaluación de la calidad de la atención, es un medio para valorar si las necesidades que presentan las personas adultas mayores institucionalizadas en los hogares de larga estancia están siendo abordadas de forma adecuada.

En este sentido, se cree que esta medición de la calidad de la atención depende de las perspectivas y requerimientos de las personas involucradas en el cuidado, incluyendo al

usuario(a) y su familia; además, se necesita de una interacción e interpretación de las personas afines al tema, pues sus experiencias han generado estándares y conocimientos específicos que han producido resultados en el tema de calidad de la atención a la población adulta mayor.

De igual forma, en el plano epistemológico que plantea cuál es la naturaleza de la relación entre el investigador y la construcción del conocimiento, se encuentra que el interés inicial por abordar el problema de investigación surgió por la interacción con actores sociales involucrados directamente con los centros de cuidado, quienes expusieron sus principales necesidades y dificultades a la hora de evaluar la calidad de la atención que se da en los hogares de larga estancia; una vez realizada esta aproximación se espera plantear en conjunto con los(as) encargadas y expertos(as) en el tema los indicadores de calidad de la atención que conformen una estrategia de evaluación para los hogares y así obtener una mejor atención y monitoreo.

Finalmente, en el plano metodológico se pretende que para obtener la información sobre las dimensiones estratégicas para la evaluación de la calidad de la atención, la investigadora deberá utilizar métodos cualitativos como la revisión bibliográfica sistematizada que examinará puntos de vista de diferentes autores que han tratado la temática, logrando así un adecuado entendimiento; de igual manera, tendrá que indagar con un grupo de expertos si los elementos identificados son o no relevantes para los hogares de larga estancia del cantón de Escazú, esto mediante la técnica Delphi que permitirá llegar a un consenso; por último, al concluir con este proceso descrito se determinará los indicadores de calidad que dejarán una estrategia de evaluación para dichos centros.

## **5.2. Diseño de estudio**

Es importante contar con una guía de la estrategia de investigación cualitativa para abordar el problema de investigación; en este caso se cree conveniente el diseño de estudio de caso múltiple, pues según Eisenhardt (1984), este tipo de estudio corresponde a: "... una estrategia de investigación dirigida a comprender las dinámicas presentes en contextos

singulares” ... con el fin de describir, verificar o generar teoría...” (citado en Martínez, 2006, p.174).

De igual manera, este diseño de investigación permite transferir teorías a otros casos; pues, identifica y describe diversos factores que están involucrados en el fenómeno bajo estudio (Martínez, 2006, p. 171). Además, según Cebreiro y Fernández (2004) es preciso considerar esta metodología cuando el objeto de estudio es complicado y genera controversia, o bien, cuando se desea analizar problemas que poseen múltiples variables relacionadas (Citado en Álvarez & San Fabián, 2012, p. 4).

Es por ello que se seleccionará este diseño de investigación, porque permite indagar a profundidad en las dimensiones más relevantes para la evaluación de la calidad de la atención de los hogares de larga estancia; incorpora la opinión de expertos como criterio para su validez y facilita la creación de una estrategia que valore la atención que se da en los hogares de Escazú. Además, el abordaje de las diferentes variables involucradas en la calidad de la atención ampliará el conocimiento que existe sobre el tema en dicho cantón y aportará anotaciones relevantes sobre la evaluación de la calidad de la atención que se brinda en dichas instituciones.

### 5.3. Procedimiento metodológico

#### **5.3.1. Población y unidad de análisis**

En el diseño de estudio de caso múltiple se puede utilizar varios casos para analizar la problemática propuesta, según Hernández et al (2014, p. 2): “... el estudio de caso se centra en la descripción y el examen o análisis en profundidad de uno o varias unidades y su contexto de manera sistémica y holística...”; por ello, para la presente investigación la unidad de análisis corresponderá al Hogar de Larga Estancia para la Población Adulta Mayor ubicado en el cantón de Escazú que se encuentre funcionando en el año 2018.

Por ende, la población de análisis que se utilizará serán los diez Hogares de Larga Estancia para Personas Adultas Mayores ubicados en dicho cantón, que corresponden a:



1. Asociación Vicentina de Escazú, en San Antonio.
2. Magdala y Centro Diurno, en San Rafael.
3. Residencia Geriátrica Verdeza y Centro Diurno, en San Rafael.
4. Residencia Geriátrica Bello Horizonte y Centro Diurno, en San Rafael.
5. Residencia Geriátrica Santa Clara, en San Rafael.
6. Divin Residencial y Casa Club Adulto Mayor, en San Rafael.
7. Residencia Geriátrica EMMA, en San Rafael.
8. Residencia Geriátrica Santa Clara II, en San Rafael.
9. Residencia Manahim I, en San Miguel.
10. Residencia Manahim II, en San Miguel.

Estas instituciones se describen a continuación, según datos brindados por los encargados del Área Rectora de Salud de Escazú en el 2018:

La Asociación Vicentina de Escazú es una institución que recibe financiamiento de la Junta de Protección Social, CONAPAM, pensiones, FODESAF y donaciones, tiene 11 años de brindar sus servicios de residencia permanente a un aproximado de 44 personas adultas mayores; asimismo, el Hogar Magdala es una organización de bien social que también recibe ingresos de la Junta Protección Social, CONAPAM, pensiones, FODESAF y donaciones, con 35 años de funcionamiento proporciona domicilio alrededor de 63 adultos mayores.

Por otra parte, la Residencia Geriátrica Verdeza, brinda servicios de residencia permanente y cuenta con más de cuatro años de experiencia, es de carácter privado por lo que son los(as) usuarias las que se encargan de costear los gastos. La Residencia Geriátrica Bello Horizonte, da servicios de residencia permanente, es privada y tiene seis años de experiencia atendiendo aproximadamente diez adultos mayores.

Las Residencias Geriátricas San Clara I y II son residencias privadas, con cinco y dos años de funcionamiento respectivamente, éstas atienden 22 personas cada una; la Residencia

Geriátrica Di Vin tiene cinco años de experiencia y funciona como residencia permanente a cerca de 14 personas adultas mayores.

La Residencia Geriátrica EMMA es privada, tiene tres años de funcionamiento y da residencia permanente aproximadamente a 12 adultos mayores. En cuanto a la Residencia Manahim I y II son hogares que reciben financiamiento de la Junta de Protección Social, CONAPAM, pensiones, FODESAF y donaciones, pero se desconoce más datos sobre estos establecimientos.

En este sentido, se considerará como criterio de inclusión: ser un hogar de larga estancia adscrito al Área Rectora de Salud de Escazú y como criterio de exclusión: se excluirá al hogar que no desee o no pueda participar en la investigación por algún motivo organizacional (llámese cierre temporal o total).

#### **5.4. Contexto para abordaje del problema**

Como se ha mencionado los hogares de larga estancia que participarán en la investigación están ubicados en Escazú, cantón número dos de la provincia de San José que cuenta con tres distritos: Escazú (Centro), San Antonio y San Rafael (ver anexo 2), tiene un total de 65,201 habitantes según las estimaciones y proyecciones de la población distrital 2000-2025; es importante recalcar que dentro de la población el 8.1% (5301 personas) corresponde a personas adultas mayores (INEC, 2015, p.16).

Asociado a lo anterior, se encontró que en la zona existe una relación de dependencia demográfica de 41.9 (es decir, personas menores de 15 años o de 65 y más dependientes por cada 100 personas en edad productiva) (INEC, 2013, p.16). Igualmente, Escazú está entre los diez cantones con menor índice de pobreza, con un 13% que lo coloca en la posición ocho de los ochenta y dos cantones del país; además, gran cantidad de las personas que residen son extranjeras (Guevara, 2015, párr. 3-4).

La población se caracteriza por tener gran poder adquisitivo, pero también hay personas en condición de pobreza que viven en hacinamiento y precariedad en la zona del

Bajo de los Anonos (Tico Index, 2008, párr.12). Por otra parte, en Escazú existe una extensa variedad de establecimientos públicos y privados que brindan atención en salud (farmacias, laboratorios, hospital CIMA, EBAIS, Hogares de Larga Estancia para Personas Adulta Mayores, entre otros) (Guevara, 2015, párr.5). Asimismo, en torno al tema de salud, es importante añadir que las causas de muerte que predominan son por enfermedades no transmisibles tales como: enfermedades cardiacas y neoplasias (INEC, 2015, p.17).

### 5.5. Cuadro de categorías

**Objetivo General:** Establecer dimensiones estratégicas dirigidas a la evaluación de la calidad de la atención que se brinda en los Hogares de Larga Estancia para las Personas Adultas Mayores adscritos al Área Rectora de Salud de Escazú, en el año 2018.

Objetivo Específico	Categoría	Descripción	Subcategoría	Técnica
<p>1. Identificar las dimensiones estratégicas más importantes para la evaluación de la calidad de la atención que se brinda en los Hogares de Larga Estancia para Adultos Mayores.</p>	<p>Dimensiones Estratégicas teóricas.</p>	<p>Evidencia documentada de aspectos que se consideran necesarios para valorar la calidad de los cuidados que se brindan a las personas adultas mayores institucionalizadas en los hogares de larga estancia.</p>	<p>Conjunto de procesos que se realizan para satisfacer las necesidades de los adultos mayores institucionalizados.</p>	<p>Revisión bibliográfica sistematizada (Ver anexo de técnica de búsqueda PIO).</p>
			<p>Características de la persona adulta mayor que se deben considerar durante su atención.</p>	
			<p>Elementos que conforman una atención de calidad para la persona adulta mayor institucionalizada.</p>	
			<p>Resultados esperados con la atención brindada a los adultos mayores.</p>	
Objetivo Específico	Categoría	Descripción	Subcategoría	Técnica

2. Validar las dimensiones estratégicas más relevantes para la evaluación de la calidad de la atención.	Evaluación de la calidad de la atención validada.	Valoración de los procesos, resultados, elementos y/o características que califican la atención que se les brinda a los adultos mayores institucionalizados en hogares de larga estancia.	Estandarización de opiniones de los expertos en el tema de evaluación de la calidad de la atención.  Unificación de conocimientos en torno a la calidad de la atención que se le brinda a los adultos mayores institucionalizados.	Método Delphi, cuya entrevista se desarrollará con base a la información obtenida en la revisión bibliográfica planteada en el primer objetivo específico.
<b>Objetivo Específico</b>	<b>Categoría</b>	<b>Descripción</b>	<b>Subcategoría</b>	<b>Técnica</b>
3. Determinar los indicadores que evalúen la calidad de la atención que se brinda en los Hogares de Larga Estancia para Personas Adultas Mayores.	Indicadores de calidad de la atención.	Datos que brindan información sobre la situación actual que existe en torno a la calidad de la atención que se brinda en los hogares de larga estancia para personas adultas mayores.	Caracterización de los atributos que posee una atención de calidad.  Caracterización de las habilidades o capacidades necesarias en la atención de calidad.	Propuesta de la investigadora según el análisis de la información obtenida durante la revisión bibliográfica y método Delphi.
<b>Objetivo Específico</b>	<b>Categoría</b>	<b>Descripción</b>	<b>Subcategoría</b>	<b>Técnica</b>

4. Generar la propuesta de evaluación de la calidad de la atención en los hogares de larga estancia.	Propuesta de evaluación	Acciones que proponen la evaluación de la calidad, con el fin de generar innovaciones en la atención que se les brinda a las personas adultas mayores institucionalizadas en hogares de larga estancia.	Selección de indicadores de calidad	Ficha de indicador (ver anexo 4)
			Muestra de indicadores de calidad de la atención.	

## 5.6. Recolección de información

La recolección de la información es una de las etapas fundamentales de la investigación, pues permite obtener datos para describir, analizar y comprender la problemática; por ello, para el presente estudio se utilizaron diferentes instrumentos según el diseño cualitativo elegido. Las técnicas seleccionadas fueron: revisión bibliográfica sistematizada, entrevista semiestructurada y la validación por grupos de expertos; ya que, permiten recolectar percepciones, pensamientos, experiencias, entre otros aspectos. Estos se describen a continuación:

La revisión bibliográfica sistematizada consiste en una técnica de búsqueda detallada y selectiva de información sobre un tema en particular, según Villanueva (2013, p. 219) su metodología especifica las fuentes que utiliza "... bases de datos, el tipo de artículos, los años de búsqueda, revistas, etc., asegurando que no escape nada...". Por lo que este procedimiento incorpora el principio de transparencia al seguir de forma rigurosa los pasos de la búsqueda y la sistematización quien es la que determina cada uno de esos pasos: definición del problema, redacción de resultados y análisis de los documentos (Codina, 2017, párr.17).

En sí, se puede decir que este tipo de técnica no permite una búsqueda de información sesgada ni subjetiva, sino que obtiene las mejores fuentes de información; es completa, explícita y reproducible (Codina, 2017, párr. 20). Por ello, se usó para identificar las

dimensiones estratégicas que permiten evaluar la calidad de la atención que se brinda a las personas institucionalizadas en los hogares de larga estancia.

De manera más precisa, se revisó diferentes bases de datos de SIBDI (algunos sitios de referencia son: Cochrane, Science direct y EBSCO), donde se seleccionaron artículos con publicaciones posteriores al año 2012 en idioma inglés y/o español que abarcaron el tema de calidad de la atención para la población adulta mayor y criterios para su evaluación; de cada documento elegido se confeccionó un cuadro resumen de su contenido.

Por otro lado, el método Delphi facilita la obtención de datos a partir de la opinión de expertos en un tema, a los cuales se les realiza una serie de preguntas en profundidad que buscan una opinión consensuada, el instrumento de validación se le aplica a los(as) participantes seleccionados y una vez incorporadas sus observaciones se vuelve a validar el instrumento las veces necesarias (Reguant & Torrado, 2016, p. 88). Gracias a su metodología evita que los(as) participantes se sientan intimidados con los otros entrevistados, pues es de carácter anónimo; pero su validez va a depender de la elección adecuada de los(as) expertas en el tema (Figuerola, A et al, 2012, p. 45).

En relación a lo anterior, se encontró que algunos de los criterios de selección son los siguientes: experiencia, reputación en la comunidad, disponibilidad, deseos de participar y capacidad de ser imparcial. En cuanto al número de participantes, algunos autores indican un promedio de 10 a 20 expertos(as), donde si el 80% concuerdan con el ítem se incorpora en el instrumento de validación (Escobar & Cuervo, 2008, p. 29). El proceso finaliza cuando se logra un consenso entre las opiniones de los(as) participantes, por lo general son suficientes tres rondas, ya que posterior a esa cantidad se generan pocos cambios (Reguant & Torrado, 2016, p. 98).

En esta investigación el instrumento de validación se les aplicó a personas claves que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: tener deseo de participar, trabajar en el cuidado de la población adulta mayor institucionalizada en un plazo mayor a los tres años y/o contar con un título académico afín al tema de calidad de la atención como administración

y profesionales en salud. Una vez validado el instrumento, se realizó un informe que expuso las dimensiones estratégicas que permiten evaluar la calidad de la atención para los hogares de larga estancia y con dicha información se determinaron los indicadores que conformaron la propuesta de evaluación para los hogares adscritos al Área Rectora de Salud de Escazú.

Entorno a lo anterior, es importante describir la entrevista semiestructurada que fue utilizada como instrumento de validación; pues este método es flexible y abierto que permite intercambiar información entre el entrevistador(a) y entrevistado(a) para la construcción conjunta de significados sobre un tema, éstas tienen una guía de preguntas y el entrevistador(a) puede realizar cuestionamientos adicionales para indagar conceptos o para obtener más información (Hernández & otros, 2014, p. 403).

En general, la recolección de datos inició con la búsqueda bibliográfica sistematizada que arrojó las dimensiones más relevantes que evalúan la calidad de la atención que se brinda a los adultos mayores institucionalizadas en hogares de larga estancia; con dicha información se confeccionaron las preguntas que guiaron la entrevista semiestructurada que fue aplicada a los(as) expertas en el tema y así validar las dimensiones estratégicas en los hogares adscritos al Área Rectora de Salud de Escazú. El producto de este proceso, como se mencionó anteriormente, fue utilizado para determinar los indicadores que conformaron la propuesta de evaluación.

### **5.7. Análisis de resultados**

La autora Martínez (2006, pp. 187-189), expone las etapas de análisis que debe tener un estudio de caso con un paradigma de investigación cualitativo, éstas se detallan a continuación:

La primera etapa es el *análisis en sitio* que se implementa cuando se recolecta la información, para ello en cada entrevista se solicitó autorización al entrevistado(a) para grabar la conversación que fue posteriormente transcrita y complementada con los apuntes que se realizaron en el momento, para así verificar las respuestas que se obtuvieron con mayor precisión. Esto permitió: "... iniciar el proceso de estructuración y organización de los



mismos dentro de las respectivas dimensiones, variables y categorías, lo cual conduce a la comprensión del problema de investigación...” (Martínez, 2006, p. 188).

La segunda etapa es el *foco de análisis*, donde la investigadora se concentra en la información que permite comprender cuáles son las dimensiones estratégicas más relevantes para la evaluación de la calidad de la atención que se brinda en los hogares de larga estancia, en este caso se agruparon los datos y fueron comparados con los códigos establecidos en la revisión bibliográfica.

La tercera etapa de *análisis profundo de la información*, consistió en interpretar las relaciones encontradas entre las categorías definidas en la revisión bibliográfica con los datos obtenidos en las entrevistas, con el fin de “... explicar por qué existe dicha relación, lo cual conduce a la comprensión del fenómeno estudiado (conceptualización)...” (Martínez, 2006, p. 188).

Y la cuarta etapa de *presentación del análisis al grupo de investigadores*, permitió que la investigadora mostrara los resultados a cada uno de los(as) participantes, para asegurarse que el análisis final reflejaba las perspectivas que ellos querían exponer, permitiendo una retroalimentación que le da validez a los resultados obtenidos.

En resumen, se transcribió cada una de las entrevistas aplicadas a los(as) expertos y por medio del programa Microsoft Word Office 2013 y el criterio de la investigadora se analizó la información a través de la triangulación de datos, pues como expone Hernández et al (2014, pp.418, 457) corresponde al uso de diversas fuentes de recolección que permiten verificar y comparar las similitudes entre las opiniones brindadas por los(as) participantes y la teoría encontrada en la revisión bibliográfica sistematizada.

Este proceso descrito, generó las dimensiones estratégicas que evalúan la calidad de la atención que se brinda en los hogares de larga estancia adscritos al Área Rectora de Salud de Escazú y una vez establecidas se determinó cuáles indicadores de calidad caracterizaron

dicha información; estos indicadores fueron cualitativos o cuantitativos, según el aspecto que se deseaba medir en cada dimensión validada.

Para su formulación, se siguieron las siguientes recomendaciones expuestas por el Institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia (2017, pp. 19-32):

- El indicador debe tener un nombre, el cual hace referencia a su objetivo y elemento operativo.
- Debe ser claro, relevante, económico, medible y adecuado.
- Las fuentes de información para cada indicador pueden ser primarias (registros, archivos, estadísticas del centro de atención) o secundarias (datos que provienen de indicadores ya construidos y que se obtienen en sistema de información).
- Su objetivo debe ser entendible y no siempre se expresa de manera mensurable; un mismo objetivo puede tener varios indicadores.
- La unidad de medida debe ser acorde a la naturaleza del indicador.
- Todo indicador puede ser presentado como: cifra absoluta, porcentaje, promedio, proporción, razón o tasa.
- Se debe asignar una meta a cada indicador, señalando cantidad, calidad y tiempo.
- Las metas pueden obtenerse de referencias de otras entidades similares o de estándares establecidos en normas, deben buscar lo esencial y captar el interés de los usuarios(as) del indicador.
- Cada indicador debe tener un encargado que vele por su cumplimiento, medición y análisis.
- Si al indicador no se le puede asignar unidad de medida (por ejemplo; si esta expresado con: implementar, fomentar, promover, mejorar, entre otros) se debe realizar un informe que explique la ejecución de las actividades más importantes de ese indicador, se establece su periodicidad y se coloca como unidad de medida: Número; asimismo, se le asigna un responsable.
- Las tendencias del indicador se asignan según se expresan las metas, puede ser aumento (A), reducción (R) o se mantiene (M).

Finalmente, una vez conociendo los indicadores que evalúan la calidad de la atención, se generó una propuesta de evaluación para los hogares de larga estancia adscritos al Área Rectora de Salud de Escazú, ésta se presentó en un formato de ficha (ver anexo 4), que corresponde a una hoja metodológica para cada clase de indicador, la cual sirve como herramienta para su aplicación (Institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia, 2017, p. 31).

### **5.8. Garantía ética**

La ética debe estar inscrita en todas las etapas de la investigación desde su formulación, ejecución y evaluación, pues permite salvaguardar los derechos de los(as) participantes y respaldar las acciones del investigador(a), ya que un estudio no es solo un acto técnico, sino también un acto de responsabilidad social, pues como menciona Amador (2010, párr.1):

“...cuando hablamos de ética y de ciencia debemos relacionar estas palabras con los valores para demostrar que algo es justo, bueno y adecuado o que, por el contrario, es indeseable. La ciencia se basa en una serie de postulados que luego la llevan a una supuesta verdad, por tal motivo, el hombre está llamado a la búsqueda del saber por medio de la ciencia, pero de la mano de los valores éticos que lleven a la humanidad a un crecimiento científico”.

Por tanto, se cree importante incorporar en este Trabajo Final de Graduación principios éticos fundamentales, como: la beneficencia, no maleficencia, justicia, devolución, anonimato y confidencialidad, pues permitirán utilizar de manera íntegra la información obtenida.

En relación con la beneficencia, este estudio pretende brindar beneficios indirectamente a la población adulta mayor atendida en los hogares de larga estancia del cantón de Escazú, pues se considera que el establecer las dimensiones estratégicas para evaluar la calidad de la atención que se brinda en estos centros mejorará el cuidado y la gestión de estas instituciones. En este sentido, dicho principio va de la mano con la no

maleficencia, pues el desarrollo de esta investigación no generará ningún daño para los(as) participantes.

Del mismo modo, la elaboración de la investigación se realizará de forma justa, pues la información que se obtenga y las actividades que se realicen se harán respetando el bien común y las leyes que protegen a cada participante. Igualmente, la elaboración de este estudio pretende devolver al Área Rectora de Salud de Escazú una estrategia de evaluación de la calidad de la atención que podrá utilizar en la medida que lo crea oportuno.

Finalmente, cabe resaltar que en el proceso de la investigación la información brindada por los(as) participantes será manipulada de forma confidencial y será utilizada sólo con fines académicos, respetando así el principio de anonimato y confidencialidad; por tanto, a cada persona que participe se le solicitará la firma del consentimiento informado, que indicará sus deseos de participar o no; este documento les explicará la dinámica del estudio y cómo serán respetados cada uno de estos principios éticos antes descritos.

## **CAPÍTULO 6. RESULTADOS Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN**

En esta sección del trabajo final de graduación se desarrollan los procesos de recolección y análisis de la información utilizados para alcanzar cada uno de los objetivos específicos planteados.

En relación al primer objetivo: “Identificar las dimensiones estratégicas más importantes para la evaluación de la calidad de la atención que se brinda en los Hogares de Larga Estancia para Adultos Mayores”, se realizó una revisión bibliográfica sistematizada que dio a conocer los procesos que se realizan para satisfacer las necesidades de los(as) adultos mayores institucionalizados, así como las características individuales que deben ser consideradas durante su atención.

Igualmente, esta revisión bibliográfica expuso algunos elementos que conforman una atención de calidad y los resultados que se esperan alcanzar con el cuidado que se brinda a esta población. Para esto, se efectuó una búsqueda en diferentes bases de datos de SIBDI como: Cochrane, Science direct, EBSCO, dando los siguientes resultados:

**Tabla 2. Resultados de la revisión bibliográfica sistematizada, según base de datos consultada.**

<b>COCHRANE</b>	Total, de artículos encontrados 23 Artículos seleccionados 13
<b>Palabras claves</b>	Elderly- evaluations results- outcomes indicator
<b>SCIENCE DIRECT</b>	Total, de artículos encontrados 42 Artículos seleccionados 37
<b>Palabras claves</b>	Nursing home
<b>EBSCO</b>	Total, de artículos encontrados 15 Artículos seleccionados 14
<b>Palabras claves</b>	Quality of care of nursing home

En cada base de datos se utilizaron palabras claves relacionadas con el tema, dentro de los resultados obtenidos solo se seleccionaron los artículos que incorporaron aspectos específicos sobre la evaluación de la calidad de la atención en hogares de larga estancia para personas adultas mayores; es importante resaltar que no se excluyó ningún documento a pesar de que fuera solo un artículo el que representara a la dimensión estratégica.

En total se eligieron 64 publicaciones posteriores al 2012, en idioma inglés y/o español, el continente de origen se distribuyó de la siguiente manera: América del Norte 20 artículos, siendo Estados Unidos el país con más publicaciones (18 estudios), de Europa fueron 31 artículos, donde destacó Alemania y los Países bajos con 7 y 6 investigaciones respectivamente, en el caso de Oceanía fueron 5 artículos australianos y de Asia 8, 6 provenientes de China.

De acuerdo a la temática tratada en cada documento, se logró identificar las siguientes 18 dimensiones estratégicas para evaluar la calidad de la atención que se brinda en los hogares de larga estancia para personas adultas mayores, algunas de ellas se retoman en varios artículos, por lo que se confeccionó la siguiente tabla que guía la distribución de los temas:

**Tabla 3. Distribución de los artículos, según las dimensiones estratégicas encontradas.**

N°	Dimensión estratégica	N° de artículo correspondiente (*ver siguiente cuadro resumen).
1.	Actividad física	12, 24, 27, 28, 30, 36, 57, 63.
2.	Actividades sociales y recreativas	13, 24, 28, 30, 31.
3.	Caídas	9, 16, 17, 19, 22, 40, 46, 50, 58, 59, 62, 63.
4.	Calidad del sueño	30, 32, 35, 53.
5.	Condición de fragilidad	6, 15, 25.
6.	Cuidado centrado en la persona	20, 21, 26, 31, 34, 42, 45, 49, 53, 54, 55, 61.
7.	Cuidados del pie	11, 63.
8.	Diversidad sexual	2.

9.	Errores de medicación	7, 9, 51.
10.	Estado funcional	15, 25, 31, 37, 49,53, 55, 58.
11.	Estado Nutricional	8, 33,39, 50, 60, 61, 62.
12.	Estructura	1, 3, 18, 26, 37, 38, 47, 56, 62.
13.	Expresión de la sexualidad	41.
14.	Manejo del dolor	10, 31, 44, 52, 53.
15.	Procesos	3, 18, 23, 26, 33, 37, 38, 43, 47, 56, 62.
16.	Salud bucal	4, 29, 60, 64.
17.	Úlceras por presión	5, 9, 14, 37, 62.
18.	Uso de psicotrópicos	48.

De cada estudio se confeccionó un cuadro resumen que se expone a continuación:

N°	1
<b>Referencia</b>	Abrahamson, K (setiembre-octubre, 2016). <b>Is There a Business Case for Nursing Home Quality Improvement?.</b> Nursing Economics, 34 (5), 225-235. Obtenido de <a href="http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=43&amp;sid=4b69000d-9168-4888-9a5a-64d66e711658%40sessionmgr103">http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=43&amp;sid=4b69000d-9168-4888-9a5a-64d66e711658%40sessionmgr103</a>
<b>Objetivo</b>	<p>Este estudio tuvo el objetivo de investigar sobre la perspectiva económica que tienen las casas de atención para las personas adultas mayores que participan en el programa de la política de pago como incentivo según su rendimiento, en Minnesota.</p> <p>Dicho programa, busca promover la calidad de atención a través de la implementación de proyectos para mejorar la calidad de las organizaciones.</p>
<b>Tipo de estudio</b>	Investigación cualitativa
<b>Metodología</b>	<p>Se entrevistaron a 32 gerentes de instalaciones de cuidado de la persona adulta mayor con y sin fines de lucro, a los cuales se les preguntó sobre la misión, visión, plan estratégico, habilidad para atraer y retener el personal, asignación de recursos, marketing, entre otros temas.</p> <p>Estos datos se clasificaron en cuatro códigos de análisis: estrategia, faceta de mercadeo, finanzas y talento humano.</p>
<b>Resultados</b>	<p>Entre los resultados encontraron que participar en estos proyectos les proporcionó a las organizaciones una fuerte reputación por sus buenas prácticas y progresión hacia la calidad; asimismo, les permitió ser consistentes con la misión de su organización, tener menos rotación de personal, menos gastos por lesiones de los trabajadores, mayor satisfacción de los(as) clientes y retención de relaciones con otras organizaciones.</p> <p>Sin embargo, este estudio no logró dar una visión clara de las ventajas económicas al participar en esta política pública.</p>



N° 2	
<b>Referencia</b>	Acquaviva, K & Krinsky, L (noviembre-diciembre, 2015). <b>Bridging politics, policy, and practice: Transforming health care in Massachusetts through the creation of a statewide commission on LGBT aging.</b> ELSEIVER: Geriatric Nursing, 36 (6), 482-483. Obtenida de <a href="https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2015.10.006">https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2015.10.006</a>
<b>Objetivo</b>	<p>Este artículo pretende dar a conocer la participación de Massachusetts en la reforma del sistema de salud al incluir una propuesta para crear una comisión de envejecimiento LGBT (Lesbianas/Gais/Bisexuales/Transgénero) que vele por las necesidades de esta población.</p> <p>Con el fin de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Garantizar igualdad de acceso, tratamiento y atención.</li> <li>Examinar estrategias que aumenten el conocimiento de las necesidades de las personas adultas mayores LGBT y sus cuidadores.</li> <li>Evaluar el financiamiento de programas.</li> <li>Examinar las mejores prácticas que reduzcan el aislamiento, prevengan el abuso y explotación, promuevan la independencia, entre otros puntos.</li> </ul>
<b>Tipo de estudio</b>	Artículo de revista
<b>Metodología</b>	No aplica
<b>Resultados</b>	No aplica
N° 3	
<b>Referencia</b>	Amador, L et al (2018). <b>Evaluación de la calidad de la atención en salud y enfermería en un Hogar de Ancianos.</b> Revista Cubana de Enfermería, 34 (2), 1. Obtenido de <a href="http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2780/344">http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2780/344</a>
<b>Objetivo</b>	El objetivo de este trabajo es evaluar la calidad de la atención en salud y de enfermería que se brinda a los adultos mayores.

<b>Tipo de estudio</b>	Es una investigación descriptiva longitudinal
<b>Metodología</b>	<p>Estos autores trabajaron con 80 personas adultas mayores y 17 profesionales de enfermería. El estudio se desarrolló en el Hogar de Ancianos Carlos Castellanos de Pinar del Río.</p> <p>Donde se valoró estructura (recurso humano y recursos materiales), procesos (historia clínica, examen físico, tratamiento, seguimiento, vacunación, examen bucal, examen por fisiatra, examen de mama, evaluación multidimensional) y resultados, aplicando su propio instrumento.</p>
<b>Resultados</b>	<p>Estos autores encontraron que este hogar posee buena cobertura de recurso humano, pero con un déficit en el personal de enfermería.</p> <p>En cuanto a equipamiento, existen ciertas dificultades técnicas, pero no persistentes. Igualmente, algunos procesos como historias clínicas en su mayoría se evaluaron aceptables, así como el nivel de cumplimiento de vacunación. Además, agregaron que se requiere de una mejor evaluación multidimensional y aplicación del plan de atención.</p> <p>En general, concluyen que este hogar a nivel de estructura no tiene insuficiencias, tampoco problemas organizativos y de calidad de historias clínicas y de aplicación del plan de atención de enfermería, que son factores que influyen positivamente con la calidad en los procesos de atención.</p> <p>En cuanto a resultados, existió satisfacción con la calidad de la atención al cliente.</p>
<b>N°4</b>	
<b>Referencia</b>	Anderson, R et al (diciembre, 2018). <b>Working together to learn new oral hygiene techniques: Pilot of a carepartner-assisted intervention for persons with cognitive impairment.</b> ELSEIVER: Geriatric Nursing. Obtenida de <a href="https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2018.11.002">https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2018.11.002</a>
<b>Objetivo</b>	El objetivo fue elaborar un plan piloto de intervención asistida para que cuidadores de personas con deterioro cognitivo desarrollaran habilidades para mejorar la higiene bucal de las personas adultas mayores que atendían.

<b>Tipo de estudio</b>	Es un estudio piloto cualitativo.
<b>Metodología</b>	<p>Los autores entrevistaron a 30 participantes mayores de 60 años con deterioro cognitivo leve o demencia leve y sus cuidadores, que consultaron en el Centro Médico de la Universidad de Duke.</p> <p>Para el estudio se realizaron tres visitas domiciliarias y dos contactos telefónicos adicionales, donde se les evaluó sus técnicas, costumbres, conocimientos y se les brindó educación, los datos obtenidos se analizaron según tres códigos:</p> <p><i>Adaptación al cambio:</i> que valoró los desafíos de adaptación a las nuevas situaciones, aprendizajes y cambios de comportamiento.</p> <p><i>Adaptación al trabajo:</i> el cuidador con participación activa permite cambios específicos (valores, habilidades, aprendizaje y comportamientos) que necesita para resolver aspectos clínicos.</p> <p><i>Trabajo colaborativo:</i> ambas partes deben comprender los síntomas, respuestas, desafíos y significados, para con ello realizar planes técnicos en conjunto.</p>
<b>Resultados</b>	<p>Estos autores encontraron que los(as) participantes sienten frustración por el uso correcto del cepillo dental eléctrico, falta de deseo de cambiar, dudas sobre la corrección de la técnica y dificultad para sostener por dos minutos el cepillo.</p> <p>Asimismo, indicaron como desafío el aprendizaje de nuevas técnicas de comunicación y el trabajar en conjunto. Sin embargo, consideraron que los resultados sugieren que los(as) participantes aprendieron estrategias de adaptación a nuevos hábitos de higiene bucal y creen que si la higiene oral mejora se reducirían las placas y gingivitis.</p>
<b>N°5</b>	
<b>Referencia</b>	Bakerjian, D & Zisberg, A (setiembre-octubre, 2013). <b>Applying the Advancing Excellence in America's Nursing Homes Circle of Success to improving and sustaining quality</b> . ELSEIVER: Geriatric Nursing, 34 (5), 402- 411. Obtenida de <a href="https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2013.06.011">https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2013.06.011</a>
<b>Objetivo</b>	El fin de este trabajo fue describir el liderazgo de las enfermeras registradas en la aplicación y mantenimiento de un proceso de mejora de la calidad de atención en los hogares para la persona adulta mayor.
<b>Tipo de estudio</b>	Estudio de caso de úlceras por presión.

<b>Metodología</b>	<p>Para esta investigación se tomó el registro de úlceras por presión de un hogar para adultos mayores de Estados Unidos.</p> <p>El caso fue analizado por un experto en calidad en conjunto con el equipo interdisciplinario de la institución. Se analizó mediante las siguientes estrategias basadas en evidencia: identificar datos relevantes y crear un marco de referencia, examinar los procesos, crear mejoras, tener liderazgo, monitorizar procesos, integrar cambios en la cultura organizacional, celebrar los éxitos y seleccionar una meta.</p>
<b>Resultados</b>	<p>A partir de este estudio de caso, los autores concluyeron que el personal de enfermería precisa respaldar sus cuidados con evidencia científica actualizada. Además, proponen algunos métodos que enfermería puede usar utilizando el Círculo de Éxito de la Campaña de Excelencia Avanzada como guía organizativa.</p> <p>Finalmente, resaltan la importancia del papel de liderazgo del personal de enfermería en los procesos de calidad.</p>
<b>N°6</b>	
<b>Referencia</b>	<p>Behm, L et al (julio, 2016). <b>Health Promotion Can Postpone Frailty: Results from the RCT Elderly Persons in the Risk Zone.</b> Public Health Nursing, 33 (4), 303-315. Obtenido de doi: 10.1111/phn.12240</p>
<b>Objetivo</b>	<p>El desarrollo de este estudio se hizo con el fin de evaluar si las intervenciones en salud relacionadas con monitoreo y prevención de enfermedades pueden retrasar el deterioro de la fragilidad de la persona adulta mayor.</p>
<b>Tipo de estudio</b>	<p>Un ensayo controlado aleatorio con seguimiento de 1 a 2 años.</p>
<b>Metodología</b>	<p>Participaron 459 personas mayores de 80 años independientes y cognitivamente estables, elegidas al azar de dos distritos urbanos en Suecia.</p> <p>Estos recibieron intervención de diferentes profesionales que brindaron guía sobre el proceso de envejecimiento, autocuidado, uso de drogas, actividades cotidianas, tecnología, actividad física, nutrición, calidad de vida, consejos sobre manejo de incontinencia, prevención de caídas, entre otras.</p>

	En el seguimiento realizado a los años, se midió a las personas con ocho indicadores de fragilidad y con la escala Mob-T (Escala de movilidad y cansancio), los indicadores de fragilidad correspondieron a: cansancio, debilidad, bajo peso, baja actividad física, poco equilibrio, velocidad, marcha, discapacidad visual y cognitiva.
<b>Resultados</b>	<p>Ambos métodos de medición evidenciaron efectos positivos al retrasar la progresión de la fragilidad en términos de cansancio, pero ninguno mostró efectividad al medir la fragilidad como la suma de los indicadores de fragilidad.</p> <p>Dentro de sus conclusiones, los autores consideraron que la promoción de la salud para las personas adultas mayores tiene gran potencial y que el incorporar el abordaje de diferentes profesionales podría ser un factor que influya a una perspectiva más positiva hacia el envejecimiento.</p>
<b>N°7</b>	
<b>Referencia</b>	Blank, L et al (setiembre, 2012). <b>Bridging the Gap in Transitional Care: A Closer Look at Medication Reconciliation</b> . Official Section of the National Gerontological Nursing Association, 33 (5), 401-409. Obtenida de <a href="http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0197457212002728">http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0197457212002728</a>
<b>Objetivo</b>	El objetivo de este artículo es discutir la práctica actual de reconciliación de medicamentos durante los traslados de las personas adultas mayores de los hogares de reposo a centros hospitalarios, a través del uso de una lista de medicación completa y precisa que contenga la información clínica necesaria.
<b>Tipo de estudio</b>	Artículo de revista: revisión bibliográfica.
<b>Metodología</b>	Los autores realizaron una revisión bibliográfica sobre la sección de la reforma de salud de Estados Unidos que habla sobre la prioridad de brindar servicios de calidad a la persona adulta mayor; asimismo, abarcan diferentes modelos de atención durante las transiciones de adultos mayores entre instituciones y sobre la seguridad de medicamentos.
<b>Resultados</b>	Dentro de las conclusiones estos autores mencionaron que los errores de medicación son registrados como la mayor causa de morbilidad y mortalidad en el adulto mayor durante su transición entre instituciones. Agregaron, que no existe un proceso estandarizado que detecte los errores de medicación cuando las personas se transfieren de un lugar a otro.

	Consideraron que utilizar un formulario universal de conciliación de medicamentos que contenga datos clínicos relevantes ayuda a reducir los casos de errores en medicación, pero se precisa de más estudios para valorar la funcionalidad de esta herramienta.
<b>N°8</b>	
<b>Referencia</b>	Bouillanne, O et al (abril, 2013). <b>Impact of protein pulse feeding on lean mass in malnourished and at-risk hospitalized elderly patients: a randomized controlled trial</b> . Clinical nutrition, 32 (2), 186-192. Obtenido de DOI:10.1016/j.clnu.2012.08.015
<b>Objetivo</b>	Esta investigación tuvo el fin de evaluar la eficacia de una nueva estrategia nutricional llamada: alimentación proteica por pulsos.
<b>Tipo de estudio</b>	Estudio prospectivo aleatorizado.
<b>Metodología</b>	<p>Para este estudio se trabajó con 53 personas adultas mayores institucionalizadas en un hospital geriátrico de Paris, las cuales estaban en condición de desnutrición o en riesgo.</p> <p>A los(as) participantes se les brindó una dieta controlada por seis semanas, un grupo consumió una dieta proteica de cuatro tiempos y otro grupo consumió una dieta de pulso (donde la proteína se ingirió en una comida al medio día).</p> <p>Ambos grupos fueron evaluados al inicio y al final del estudio, donde se analizaron por: índice de masa magra, masa del músculo esquelético, masa corporal, absorciometría de rayos x, análisis de impedancia bioeléctrica, fuerza de agarre manual y puntaje de actividades cotidianas.</p>
<b>Resultados</b>	<p>Dentro de los resultados los investigadores encontraron que la alimentación por pulsos de proteínas fue significativamente más eficaz que la alimentación con proteínas dispersas para optimar el índice de masa magra, masa de músculo esquelético y masa corporal.</p> <p>Además, la comparación entre las dietas no dio resultado significativo en el efecto para la fuerza de agarre y en el puntaje de actividades cotidianas.</p>

	Es decir, la dieta de proteínas con pulso tiene resultados positivos en las personas adultas mayores con desnutrición y en riesgo de hospitalización.
<b>N° 9</b>	
<b>Referencia</b>	Buljac, M & Van Woerkom, M (julio, 2018). <b>Improving quality and safety of care in nursing homes by team support for strengths use: A survey study.</b> PLoS ONE, 13 (7), 1-16. Obtenido de <a href="https://doi.org/10.1371/journal.pone.0200065">https://doi.org/10.1371/journal.pone.0200065</a>
<b>Objetivo</b>	El propósito de la investigación fue estudiar la relación que existe entre: carga de trabajo, apoyo del equipo para el uso de fortalezas, calidad de la atención y seguridad de la persona institucionalizada en los hogares de larga estancia para adultos mayores.
<b>Tipo de estudio</b>	Estudio cuantitativo.
<b>Metodología</b>	Se realizaron 497 entrevistas a cuidadores de siete hogares para el adulto mayor ubicados en los Países bajos.  La encuesta aplicada incorporó temas como: carga de trabajo percibida, apoyo del equipo, percepción de los cuidadores sobre calidad de atención e incidentes de seguridad (caídas, errores de medicación, úlceras por presión y agresión).
<b>Resultados</b>	Entre sus hallazgos se encontró que la percepción de carga de trabajo no estaba significativamente relacionada con la calidad de atención percibida por los cuidadores y la frecuencia de los incidentes de seguridad; pues, la carga de trabajo solo se asocia con una menor calidad y seguridad cuando faltan recursos laborales.  Por otro lado, el apoyo percibido para el uso de fortalezas se relacionó positivamente con la calidad de la atención percibida por el equipo y negativamente con los errores de medicación; cabe señalar que no hubo relación significativa con los incidentes de caídas, úlceras por presión y agresión.  En este sentido, los autores indicaron que el apoyo del equipo para el uso de fortalezas puede ayudar a que los cuidadores lidien con altas cargas de trabajo, pues alivia el estrés y reduce la opción de que la calidad de la atención se vea afectada.

	La frecuencia percibida de las úlceras por presión, la agresión y los incidentes de caídas no se asociaron con el nivel de apoyo dado a las fortalezas de los cuidadores, porque la percepción de la calidad de la atención responde más al apoyo del equipo que a las percepciones más específicas de la ocurrencia de eventos adversos.
<b>N° 10</b>	
<b>Referencia</b>	Cervo, F et al (noviembre-diciembre, 2012). <b>The Role of the CNA Pain Assessment Tool (CPAT) in the Pain Management of Nursing Home Residents with Dementia.</b> Geriatric Nursing, 33 (6), 430- 438. Obtenida de <a href="http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0197457212001450">http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0197457212001450</a>
<b>Objetivo</b>	Este estudio tuvo como fin implementar y probar una herramienta de evaluación del dolor para personas con demencia institucionalizadas en hogares de larga estancia para adultos mayores.
<b>Tipo de estudio</b>	Diseño pre y post intervención no aleatorizado.
<b>Metodología</b>	<p>La investigación se realizó en un período de tres años, donde participó personal de enfermería y médicos que atendían a 215 adultos mayores con demencia de tres hogares de larga estancia de Nueva York.</p> <p>Para su desarrollo se capacitó al personal para implementar la herramienta para valorar el dolor, que incluyó: revisión de causas, dolor durante la tercera edad, barreras al reconocimiento, consecuencias del dolor no tratado, uso de medicamentos de bajo riesgo e importancia de reconocer, valorar, tratar y vigilar.</p> <p>Los ítems que se valoraron pre y post la intervención fueron: número de caídas, comportamiento de angustia y tasas de usos de antipsicóticos.</p>
<b>Resultados</b>	<p>Entre los resultados se obtuvo que las caídas y el comportamiento verbal agresivo bajaron después del tratamiento, pero no alcanzaron significación estadística.</p> <p>El uso de drogas antipsicóticas bajó significativamente después de la intervención. El puntaje obtenido con la herramienta de evaluación del dolor, bajaron después del tratamiento para el dolor.</p>



	Por ello, concluyeron que el uso de una herramienta de evaluación del dolor puede reducir las caídas, los comportamientos agresivos y el uso de antipsicóticos en las personas con demencia; además, de que es útil para valorar el efecto de los tratamientos del dolor.
<b>N° 11</b>	
<b>Referencia</b>	Chan, H et al (noviembre-diciembre, 2012). <b>The Effects of a Foot and Toenail Care Protocol for Older Adults.</b> Geriatric Nursing, 33 (6), 446-453. Obtenido de <a href="http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0197457212001991">http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0197457212001991</a> )
<b>Objetivo</b>	El objetivo de esta investigación fue desarrollar y examinar los efectos de un protocolo de cuidado de pies y uñas para promocionar la salud de los pies en las personas adultas mayores.
<b>Tipo de estudio</b>	Pre-posttest con no equivalente estudio de diseño grupal.
<b>Metodología</b>	<p>Este estudio se realizó en un centro geriátrico de rehabilitación de un hospital de Hong Kong, donde participaron un total de 160 personas mayores de 65 años.</p> <p>Dentro del protocolo se incluyó una evaluación detallada de la salud del pie, condiciones del calzado y capacidad de autocuidado.</p> <p>Se dividió el grupo en casos-controles y a todos se les realizó una valoración inicial; posteriormente, a un grupo de 80 personas se le aplicó el protocolo de cuidados del pie y al otro grupo control se le proporcionó cuidados habituales. De igual manera, se realizó una valoración del pie a todas las personas antes de su egreso para comparar resultados.</p> <p>Una vez dada de alta a los(as) participantes, se capacitó a todo el personal de enfermería sobre el protocolo de cuidados del pie y uñas.</p>
<b>Resultados</b>	<p>Entre los resultados obtenidos, los autores lograron diseñar un plan de atención de enfermería individualizado y concluyeron que el contar con un protocolo de atención incrementa la conciencia del personal de enfermería y del adulto mayor sobre la importancia del cuidado del pie.</p> <p>Igualmente, agregaron que la prevalencia de problemas en los pies y uñas en esta población es alta, pero aun así los cuidados proporcionados por el personal de enfermería se han descuidado.</p>

	Además, algunos problemas como uñas engrosadas, onicomicosis y percepción de la salud se pueden mejorar.
<b>N° 12</b>	
<b>Referencia</b>	Chen, M et al (noviembre, 2016). <b>Elastic Band Exercises Improved Activities of Daily Living and Functional Fitness of Wheelchair-bound Older Adults with Cognitive Impairment: a Cluster Randomized Controlled Trial.</b> American journal of physical medicine and rehabilitation, 95 (11), 789-799. Obtenido de DOI: 10.1097/PHM.0000000000000518
<b>Objetivo</b>	El objetivo de este trabajo fue evaluar los efectos de un programa de ejercicios de Banda Elástica Superior en las actividades de la vida cotidiana y en la aptitud funcional de las personas adultas mayores con discapacidad cognitiva en silla de ruedas.
<b>Tipo de estudio</b>	Ensayo controlado aleatorizado por grupos
<b>Metodología</b>	<p>El estudio se desarrolló con una muestra de 138 personas adultas mayores en sillas de ruedas y con deterioro cognitivo, usuarias de ocho hogares de larga estancia ubicados en el sur de Taiwán.</p> <p>El grupo experimental efectuó ejercicios de banda elástica superior tres veces por semana, durante seis meses, mientras que los controles realizaron rutinas cotidianas y recibieron atención estándar.</p> <p>Los ítems que se evaluaron al inicio, a los tres meses y al final del estudio fueron: actividades de la vida diaria y aptitud funcional (condición cardiopulmonar, flexibilidad corporal, rango de movimiento articular y fuerza muscular y resistencia).</p>
<b>Resultados</b>	<p>Esta investigación mostró que los indicadores de actividad de vida diaria y de aptitud funcional de los(as) participantes en el grupo experimental tuvieron mejoras significativas en comparación con el grupo control.</p> <p>No hubo cambios significativos en las cifras de presión arterial de ambos grupos; pero, la capacidad pulmonar aumentó en el grupo experimental.</p>

	<p>En relación a la flexibilidad corporal, movimiento de articulaciones, fuerza muscular y resistencia, hubo resultados significativos en el grupo que recibió el programa, mientras que en los controles se observó una tendencia decreciente.</p> <p>Concluyendo que los ejercicios con el programa de banda elástica superior tienen efectos positivos para la persona adulta mayor en silla de ruedas y con deterioro cognitivo. Por tanto, sugieren que se incluyan en las rutinas de los hogares de larga estancia para adulto mayor.</p>
<b>N° 13</b>	
<b>Referencia</b>	Chuan, Y & Wright, C (enero-febrero, 2014). <b>The association between participation in social activity and depressive symptoms in institutionalized elders in Taiwan.</b> ELSEIVER: Geriatric Nursing, 35 (1), 31-36. Obtenido de <a href="https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2013.09.004">https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2013.09.004</a>
<b>Objetivo</b>	El objetivo del estudio fue examinar las asociaciones entre la frecuencia, significado y disfrute de nueve tipos de actividades sociales y síntomas depresivos en las personas adultas mayores.
<b>Tipo de estudio</b>	Estudio transversal, descriptivo y correlacional.
<b>Metodología</b>	<p>Para el estudio participaron 174 personas adultas mayores institucionalizadas en trece centros de larga estancia, privados y de pago, ubicados en Taiwán.</p> <p>Los investigadores aplicaron: El cuestionario con variables sociodemográficas e institucionales.</p> <p>El índice de Barthel para medir la independencia funcional (bañarse, vestirse, usar el inodoro solos, etc).</p> <p>La Escala de depresión geriátrica que detecta síntomas depresivos significativos a nivel clínico.</p> <p>El inventario de actividades de apoyo social, que evaluó la frecuencia, significado y disfrute de las actividades (contacto con familia y amigos, conversar con conocidos, actividades relacionada con vacaciones, juegos cognitivos, realizar visitas individuales o grupales a instituciones, entretenimiento, viajar, clases de arte u oficio y actividades religiosas).</p>

<b>Resultados</b>	<p>El estudio mostró que la depresión de personas adultas mayores se relaciona con la percepción y la participación en actividades sociales.</p> <p>El tener contacto social frecuente con familiares y amigos se asocia significativamente con menos síntomas depresivos. El realizar viajes programados no mostró asociación significativa con la prevención de la depresión. Las actividades significativas y agradables se asociaron con menos síntomas depresivos entre los (as) participantes.</p> <p>Los ancianos clínicamente deprimidos tuvieron una probabilidad significativamente menor de informar un sentido de significado en la participación de actividades sociales o de informar si las actividades fueron agradables.</p> <p>En fin, los autores consideraron que la cantidad y la calidad de las actividades recreativas y sociales es un indicador de alta calidad de atención y que las actividades religiosas tienen un impacto positivo en la calidad de vida de los(as) residentes.</p>
<b>N° 14</b>	
<b>Referencia</b>	Dellefield, M & Magnabosco, J (marzo-abril, 2014). <b>Pressure ulcer prevention in nursing homes: Nurse descriptions of individual and organization level factors.</b> ELSEIVER: Geriatric Nursing, 35 (2), 97-104. Obtenido de <a href="https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2013.10.010">https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2013.10.010</a>
<b>Objetivo</b>	La investigación buscó describir las percepciones del personal de enfermería sobre los factores individuales y organizacionales que influyen en la prevención de úlceras por presión en dos hogares de ancianos para veteranos, con el fin de identificar si los factores son facilitadores o barreras.
<b>Tipo de estudio</b>	Diseño de estudio de entrevista cualitativo exploratorio, con triangulación de datos cualitativos y cuantitativos.
<b>Metodología</b>	<p>El estudio se desarrolló en dos hogares de larga estancia para personas adultas mayores veteranas en California, donde se entrevistaron a 16 profesionales en enfermería.</p> <p>A los(as) entrevistadas se les aplicó una entrevista semi estructurada que indagó en: percepciones, sentimientos y prácticas del personal sobre la prevención de úlceras por presión.</p>
<b>Resultados</b>	Entre los factores individuales que influyeron en la práctica está el sentido de responsabilidad para con los veteranos y la creencia en la efectividad e importancia de las medidas preventivas.

	<p>Los factores organizativos fueron la cooperación entre los(as) asistentes de enfermería y los profesionales en enfermería para evaluar el riesgo, comunicación y compromiso con el bienestar de los(as) residentes.</p> <p>Además, los(as) entrevistadas indicaron que la falta de retroalimentación de desempeño por parte de un gerente de enfermería podría potencialmente afectar el nivel de motivación de cada uno.</p> <p>Los autores recomendaron atraer la atención del personal a las prácticas existentes que son efectivas, para mantener a los trabajadores informados y aumentar la apreciación de sus fortalezas.</p>
<b>N° 15</b>	
<b>Referencia</b>	Eklund, K et al (julio, 2013). <b>One-year outcomes of fragility indicators and activities of daily living following the randomised controlled trial: “Continuum of care for frail older people.</b> BMC Geriatric, 13, 1-10. Obtenido de doi: 10.1186/1471-2318-13-76
<b>Objetivo</b>	El objetivo de la investigación fue evaluar los efectos de la intervención sobre la capacidad funcional en términos de actividades de la vida diaria.
<b>Tipo de estudio</b>	Ensayo controlado no ciego.
<b>Metodología</b>	<p>En el estudio participaron 161 personas adultas mayores, que fueron egresados del Hospital Universitario Sahlgrenska / Mölndal, Suecia, a los cuales se les dio un seguimiento a los tres, seis y doce meses</p> <p>En la intervención que implicó atención centrada en la persona y rehabilitación, colaboró una enfermera con competencia geriátrica en el servicio de emergencias, salas del hospital y un equipo multiprofesional que atiende a los adultos mayores.</p> <p>Las medidas que se tomaron en cuenta fueron: la independencia en actividades de vida diaria (medida por una entrevista e instrumento de observación que valoró: la acción de bañarse, hacer compras, transportarse y cocinar) y ocho indicadores de fragilidad (debilidad, fatiga, pérdida de peso, baja actividad física, mal equilibrio, baja velocidad de marcha, discapacidad visual y deterioro cognitivo).</p>

<b>Resultados</b>	<p>No hubo diferencias significativas en relación al cambio en la fragilidad, entre los grupos de control y los que recibieron la intervención.</p> <p>A los tres y doce meses los seguimientos del grupo de intervención duplicaron sus probabilidades de mejorar la independencia de realizar actividades diarias en comparación con el grupo control.</p> <p>La intervención tiene el potencial de reducir la dependencia en las actividades diarias, lo cual beneficia al individuo y a la sociedad.</p>
<b>N° 16</b>	
<b>Referencia</b>	Enderlin, C et al (setiembre-octubre, 2015). <b>Summary of factors contributing to falls in older adults and nursing implications.</b> ELSEIVER: Geriatric Nursing, 36 (5), 397-406. Obtenido de <a href="https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2015.08.006">https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2015.08.006</a>
<b>Objetivo</b>	<p>Este artículo examinó las principales prácticas actuales sobre: uso de herramientas de detección de caídas, factores de riesgos y temor a caídas, estrategias y recursos de prevención de caídas.</p> <p>Con el fin de ayudar al personal de enfermería a bajar el número de estos incidentes en las personas adultas mayores.</p>
<b>Tipo de estudio</b>	Artículo de revista, revisión bibliográfica.
<b>Metodología</b>	No aplica
<b>Resultados</b>	Los autores concluyen que la prevención de caídas en esta población es todo un reto; pero los casos de este incidente y la gravedad de las lesiones que producen se pueden reducir al identificar, eliminar y / o modificar varios factores de riesgo. Además, es necesario implementar intervenciones de reducción de riesgos y educar a la población.
<b>N° 17</b>	
<b>Referencia</b>	Garriga, G et al (junio, 2013). <b>The effect of functional circuit training on self-reported fear of falling and health status in a group of physically frail older individuals: a randomized controlled trial.</b> Aging clinical and experimental research, 25 (3), 329-336. Obtenida de doi: 10.1007/s40520-013-0048-3

<b>Objetivo</b>	El fin de la investigación fue evaluar si un programa de entrenamiento en circuito funcional de 12 semanas reduce el temor a caídas y mejora el estado de salud en un grupo de personas adultas mayores frágiles.
<b>Tipo de estudio</b>	Modelo lineal mixto.
<b>Metodología</b>	<p>El número de participantes considerados frágiles fue de 51 personas, el grupo se dividió en dos (grupo de intervención y grupo control), estos eran consultantes en el Centro de Atención Primaria en Salud en Barcelona.</p> <p>El programa de entrenamiento combinó el equilibrio funcional y ejercicios de fuerza de la parte inferior del cuerpo y brindó educación sobre salud.</p> <p>Los investigadores utilizaron la Escala de confianza en el equilibrio de actividades específicas, que valoró función física autoinformada, puntuación física compuesta y el puntaje compuesto mental. El estado de salud se valoró al inicio, a las 12 y 36 semanas.</p>
<b>Resultados</b>	<p>Como resultado encontraron que el grupo de intervención tuvo mayores mejoras en los aspectos relacionados con el temor a caídas y función física, asimismo, en la calidad de vida autoreportada por los(as) participantes.</p> <p>En fin, los autores consideraron que el programa de entrenamiento funcional es de corta duración, eficaz y sostenible para mejorar las medidas de temor a caídas y estado de salud en las personas adultas mayores consideradas frágiles. Pues, fue beneficioso para aumentar la velocidad de la marcha, mejorar el equilibrio y el rendimiento en las actividades diarias.</p>
<b>N ° 18</b>	
<b>Referencia</b>	Geraedts, M et al (marzo, 2016). <b>Trade-off Between Quality, Price, and Profit Orientation in Germany's Nursing Homes.</b> Ageing International, 41(1), 89-98. Obtenido de DOI: 10.1007/s12126-015-9227-1
<b>Objetivo</b>	El propósito del estudio fue examinar las relaciones entre la orientación a los beneficios, el precio y la calidad de los hogares de larga estancia para personas adultas mayores.
<b>Tipo de estudio</b>	Estudio transversal.

<b>Metodología</b>	<p>Para el estudio se usó datos secundarios de auditorías legales de calidad de todos los hogares de ancianos en Alemania, entre los años 2011-2012.</p> <p>En relación a la variable del precio, ellos consideraron: al costo de la atención de enfermería, alojamiento y alimentación.</p> <p>En cuanto calidad, usaron seis categorías: procesos de enfermería, documentación, resultados, servicios de asistencia, gestión de calidad y estructura. El análisis se hizo sobre las relaciones entre ganancias y precios cobrados por los hogares y por otra parte se analizó a la calidad.</p>
<b>Resultados</b>	<p>Los autores encontraron que, según cinco de las seis categorías de calidad en estudio, los hogares de larga estancia para adultos mayores con fines de lucro brindaron una calidad inferior a los hogares sin fines de lucro.</p> <p>Además, observaron que la calidad de la atención en todas las categorías de calidad mejoró al aumentar los precios por día. Pero, para cuatro de las seis categorías de calidad inspeccionadas, la diferencia de calidad entre los hogares con fines de lucro y sin fines de lucro existió independientemente del precio cobrado.</p> <p>En general, consideraron que para seleccionar un hogar con fines de lucro es mejor pensar en uno con costos altos para esperar una buena calidad de atención y en el caso de los hogares sin fines de lucro el precio es ajeno a la calidad brindada.</p>
<b>N° 19</b>	
<b>Referencia</b>	<p>Greenberg, M et al (octubre, 2015). <b>Emergency department stopping elderly accidents, deaths and injuries (ED steadi) program.</b> Annals of emergency medicine, 66 (4), (sin paginación). Obtenido de DOI: <a href="https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2015.07.030">https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2015.07.030</a></p>
<b>Objetivo</b>	<p>El estudio examinó si una ayuda de decisión para la prevención mecánica de caídas podría incrementar la participación del adulto mayor en las opciones de manejo que disminuyen el riesgo de caídas.</p>
<b>Tipo de estudio</b>	<p>Estudio prospectivo de control aleatorizado.</p>
<b>Metodología</b>	<p>Se desarrolló en un Centro de Trauma en Pennsylvania, participando 77 personas adultas mayores con riesgo de caídas, egresadas del servicio de urgencias.</p>



	<p>El grupo se dividió en: grupo control (25 personas) y grupo de intervención (52 personas).</p> <p>Los del grupo control se les dio un folleto con información estandarizada sobre el control del riesgo de caídas y el grupo de intervención recibió el folleto y fueron evaluados de forma individual sobre su riesgo de caída y se les dio indicación sobre qué actividades específicas podrían hacer para disminuir su riesgo. Ambos grupos se les dio seguimiento por teléfono a las seis semanas.</p>
<b>Resultados</b>	<p>Entre los resultados obtenidos después del seguimiento están: que 22 personas que recibieron la intervención y 6 del grupo control informaron haber elegido una estrategia de prevención de caídas.</p> <p>Igualmente, 24 del grupo control no comenzó un programa de ejercicio regular, ni revisó sus medicamentos con un médico y tampoco tomó medidas para hacer que su hogar fuera más seguro.</p> <p>Por otro lado, del grupo de intervención solo 3 participaron en un programa de ejercicio regular, tres revisaron sus medicamentos y siete reportaron que hicieron su hogar más seguro.</p> <p>En general, concluyeron que las personas que recibieron la intervención que orientaba sobre medidas personalizadas para prevenir caídas tenían más probabilidades de autoinformarse en acciones que podrían aminorar el riesgo de caerse, pero aún falta más investigación en este campo.</p>
<b>N° 20</b>	
<b>Referencia</b>	<p>Gutiérrez, B et al (diciembre, 2012). <b>La relación de cuidado requerida por las personas mayores en hogares de ancianos: un meta-estudio cualitativo.</b> Aquichan, 12 (3), 213-227. Obtenida de <a href="http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v12n3/v12n3a02.pdf">http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v12n3/v12n3a02.pdf</a></p>
<b>Objetivo</b>	<p>El fin del estudio fue describir que tipo de cuidados y de interacción humana solicitan las personas adultas mayores de su personal de enfermería en los hogares de larga estancia.</p>
<b>Tipo de estudio</b>	<p>Metaestudio cualitativo</p>
<b>Metodología</b>	<p>Se realizó una síntesis y reanálisis de una serie de 29 estudios primarios que han abarcado la experiencia de vivir en un hogar de larga estancia.</p>

	Para la búsqueda bibliográfica utilizaron las siguientes bases de datos: ISI Web of Knowledge, CINAHL, EMBASE, LILACS y CUIDEN PLUS.
<b>Resultados</b>	<p>Dentro de las categorías centrales que surgieron del análisis fueron:</p> <p><i>Cualidades personales solicitadas al personal encargado;</i> dentro de las cuales se mencionaron: el respeto por la persona usuaria, un trato personalizado, que el personal sea competente, atento y que se mantenga vigilante, así como, agradable, simpático y amable.</p> <p><i>Intervenciones cuidadoras;</i> los adultos mayores precisan de cuidados eficaces y rápidos a sus necesidades; además, de que se brinden en condiciones óptimas de seguridad y que estén orientados al mantenimiento de la salud y desarrollo de contactos sociales. Los cuidados siempre deben realizarse bajo consentimiento del usuario(a), deben negociarse y tomar decisiones en conjunto.</p> <p><i>La relación personal con los cuidadores;</i> en general los residentes de hogares de larga estancia solicitan establecer una relación más cercana de tipo familiar-amistoso con sus personas cuidadoras y otros desean únicamente interacciones de tipo profesional.</p> <p><i>Influencia de la relación persona mayor-cuidador;</i> un trato de calidad y más humano y cercano contribuyen al desarrollo de percepciones y beneficios para el adulto mayor, como: crecimiento psíquico y emocional, dignidad, independencia, calidad de vida, entre otros.</p>
<b>N° 21</b>	
<b>Referencia</b>	Hall, S et al (enero-febrero, 2014). <b>Maintaining dignity for residents of care homes: A qualitative study of the views of care home staff, community nurses, residents and their families.</b> ELSEIVER: Geriatric Nursing, 35 (1), 55-60. Obtenida de <a href="https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2013.10.012">https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2013.10.012</a>
<b>Objetivo</b>	El objetivo de la investigación fue explorar y comparar las opiniones de los(as) residentes en hogares de larga estancia para personas adultas mayores, sus familias y proveedores de cuidado para mantener la dignidad.

<b>Tipo de estudio</b>	Estudio descriptivo cualitativo.
<b>Metodología</b>	<p>Para el estudio se entrevistaron a 33 administradores de hogares de larga estancia, 29 asistentes de cuidado, 18 profesionales en enfermería, 10 enfermeras(os) comunitarios, 16 residentes y 15 miembros de familias de residentes, en Londres.</p> <p>Los ítems tratados fueron: independencia y privacidad, comodidad y cuidado, individualidad, respeto, comunicación, apariencia física y ser visto como humano, los cuales se abarcaron mediante una entrevista semiestructurada.</p>
<b>Resultados</b>	<p>Los investigadores concluyeron que la atención brindada con respeto, que promueva la independencia, autonomía y control reduce el riesgo y garantiza la privacidad para mantener la dignidad de los(as) residentes.</p> <p>Igualmente, proporcionar consuelo y atención, ver a las personas adultas mayores como como individuos y tener buena comunicación, también se consideró importante. Además, mencionaron que el fomentar la dignidad puede llegar a mejorar la calidad de la atención y la calidad de vida de los residentes de hogares de larga estancia.</p>
<b>N° 22</b>	
<b>Referencia</b>	<p>Hang, J et al (noviembre-diciembre, 2016). <b>Assessing knowledge, motivation and perceptions about falls prevention among care staff in a residential aged care setting</b>. ELSEIVER: Geriatric Nursing, 37 (6), 464-469. Obtenido de <a href="https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2016.06.019">https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2016.06.019</a></p>
<b>Objetivo</b>	El objetivo de la investigación fue determinar la viabilidad de encuestar al personal de atención sobre el tema de prevención de caídas y describir los niveles de conocimiento y conciencia del personal sobre el tema.
<b>Tipo de estudio</b>	Estudio de viabilidad.
<b>Metodología</b>	<p>Los investigadores aplicaron un cuestionario a 41 miembros del personal de atención de un hogar de larga estancia para personas adultas mayores en Australia.</p> <p>Se valoró el conocimiento sobre la prevención de caídas, la motivación, las percepciones del personal de atención, el uso de estrategias de prevención basadas en evidencia y experiencias previas de capacitación.</p>

<b>Resultados</b>	<p>El estudio estableció que encuestar al personal sobre la prevención de caídas es un medio viable que permite evaluar el potencial de cambio de comportamiento en torno al tema.</p> <p>Los autores encontraron que el personal entrevistado posee niveles bajos de conocimiento sobre el tema y un bajo nivel de conciencia sobre el riesgo de caídas de los(as) residentes del hogar de larga estancia.</p> <p>Consideraron que mejorar el nivel de conocimiento en el personal da oportunidad de facilitar la prevención de caídas de forma consistente.</p>
<b>N° 23</b>	
<b>Referencia</b>	<p>Hollaar, V et al (marzo, 2017). <b>Nursing home-acquired pneumonia, dysphagia and associated diseases in nursing home residents: A retrospective, cross-sectional study</b>. ELSEIVER: Geriatric Nursing, 38, 437- 441. Obtenida de <a href="https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2017.02.007">https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2017.02.007</a></p>
<b>Objetivo</b>	<p>Este estudio investigó sobre las posibles asociaciones entre las neumonías adquiridas en los hogares de larga estancia para personas adultas mayores y la disfagia, para buscar un perfil de riesgo médico para este tipo de neumonías.</p>
<b>Tipo de estudio</b>	<p>Estudio retrospectivo transversal.</p>
<b>Metodología</b>	<p>Participaron tres hogares de larga estancia ubicados en los Países Bajos, donde se revisaron 373 archivos médicos electrónicos de los(as) residentes.</p> <p>Los datos verificados fueron: edad, género, diagnóstico de disfagia y / o neumonía, diagnóstico médico y posible causa de muerte.</p>
<b>Resultados</b>	<p>Los(as) autores encontraron una diferencia significativa en la prevalencia de disfagia entre los hogares de larga estancia.</p> <p>La incidencia de neumonías fue de 5 a 12% en los hogares participantes. Y se encontró mayor incidencia estadísticamente significativa de neumonías en los(as) residentes con disfagia.</p>

	<p>Los(as) residentes con disfagia tuvieron estadísticamente significativa más enfermedades en comparación con las personas residentes sin disfagia.</p> <p>Y los análisis de regresión no mostraron asociaciones significativas entre neumonías adquiridas en hogares de larga estancia y otras patologías.</p> <p>El estudio concluyó que la disfagia era un factor de riesgo para este tipo de neumonía. Por ello, consideraron que el reconocimiento de los signos de disfagia por parte del personal de enfermería es importante para dar una atención adecuada y prevenir las neumonías.</p>
<b>N° 24</b>	
<b>Referencia</b>	Holmerová, I et al. (2010). <b>Effect of the Exercise Dance for Seniors (EXDASE) Program on Lower-Body Functioning Among Institutionalized Older Adults.</b> Journal of Aging and Health 22(1), 106–119. Obtenido de DOI: 10.1177/0898264309351738
<b>Objetivo</b>	El objetivo del estudio fue examinar el efecto del programa de ejercicio de danza (EXDASE) en el funcionamiento del cuerpo inferior entre las personas adultas mayores institucionalizadas.
<b>Tipo de estudio</b>	Ensayo de control aleatorio.
<b>Metodología</b>	<p>Se desarrolló en centros de atención residencial ubicados en la República Checa. Las 52 personas participantes se dividieron en 25 de grupo control y 27 del grupo experimental.</p> <p>El grupo control continuó participando en actividades regulares de los centros residenciales y el grupo experimental realizó un programa EXDASE de 3 meses, que buscó mejorar la movilidad y la marcha.</p> <p>Las evaluaciones de base incluyeron datos sobre edad, género, educación, participación en actividades físicas organizadas y sobre los tipos de actividades de la vida cotidiana. Además, se valoró la capacidad cognitiva global y funcionamiento del cuerpo inferior.</p>
<b>Resultados</b>	Los autores encontraron que el grupo experimental superó al grupo de control en mejorar el funcionamiento del cuerpo inferior, en el seguimiento realizado a la semana de terminar el programa.

	<p>Consideraron que un ejercicio simple basado en el baile puede apoyar el funcionamiento del cuerpo inferior en adultos mayores sedentarios y previamente sedentarios.</p> <p>Igualmente, acotaron que este tipo de ejercicio basado en el baile brinda otros beneficios como bienestar psicosocial y autoestima.</p>
<b>N° 25</b>	
<b>Referencia</b>	Jonker, A (agosto, 2015). <b>Benefits for elders with vulnerable health from the Chronic Disease Self-management Program (CDSMP) at short and longer term.</b> BMC Geriatric, 15, 1-10 Obtenido de doi: 10.1186/s12877-015-0090-4.
<b>Objetivo</b>	El fin del estudio fue observar los beneficios de un programa de autocontrol de enfermedades crónicas, que permite a las personas adultas mayores gestionar su salud.
<b>Tipo de estudio</b>	Ensayo controlado aleatorio.
<b>Metodología</b>	<p>Se trabajó con 169 personas adultas mayores en condición delicada que asistieron a guarderías en los Países Bajos. Se dividieron en un grupo de intervención y en uno de control.</p> <p>Se valoró tratamiento, recursos y bienestar psicológico de afrontamiento (autoestima, autoeficacia, afecto positivo, satisfacción vital, valoración de síntomas vitales y depresivos), tanto previo como a los 6 meses después de la intervención.</p> <p>Se utilizó un programa de autocontrol de enfermedades crónicas, que englobó aspectos como: ejercicio físico, nutrición, respiración, emociones, comunicación y medicamentos.</p>
<b>Resultados</b>	<p>El programa de autocontrol de enfermedades se consideró efectivo en relación al dominio, pero en los(as) participantes con menor nivel de educación. Asimismo, estabilizó la valoración de la vida en los(as) participantes, a diferencia del grupo control donde disminuyó. Y fue beneficioso para el comportamiento de la salud, en las variables de ejercicio y autocuidado.</p> <p>Además, se encontró que el buen funcionamiento cognitivo aumenta la posibilidad de beneficiarse del programa en temas de afrontamiento y bienestar.</p>

	El autor concluyó que este programa es aplicable en este grupo etario, por alto puntaje en apreciación y bajo abandono que se logró al aplicarlo.
<b>N° 26</b>	
<b>Referencia</b>	Kajonius, P & Kazemi, A (noviembre, 2016). <b>Structure and process quality as predictors of satisfaction with elderly care.</b> Health & Social Care in the Community, 24 (6), 699-707. Obtenido de DOI: 10.1111/hsc.12230.
<b>Objetivo</b>	El propósito de la investigación fue mostrar los resultados de una encuesta nacional, que incluyó varios indicadores de calidad para el cuidado de la persona adulta mayor.
<b>Tipo de estudio</b>	No especifica
<b>Metodología</b>	<p>Para el estudio se utilizó los resultados de la Encuesta Nacional del 2012 que realizó la Junta Nacional de Suecia de Salud y Bienestar, donde participaron 95.000 personas adultas mayores.</p> <p>Dicha encuesta fue para investigar la importancia de los factores estructurales y de procesos en la contabilidad y la calidad de la atención percibida por las personas que utilizan hogares de larga estancia.</p> <p>Las variables de estructura que abarcaron fueron: presupuesto, dotación de personal y formación. En el caso de procesos fueron: respeto, información, influencia y satisfacción general.</p>
<b>Resultados</b>	<p>Dentro de los resultados encontraron que la dotación de personal fue la variable estructural que predijo significativamente la calidad de atención.</p> <p>De igual forma, las variables de proceso como el respeto y acceso a la información explicaron el 40% y 48%, respectivamente, la varianza en la satisfacción con el cuidado.</p> <p>En cuanto a la formación, no reveló relaciones de satisfacción y la dotación de personal y el presupuesto tuvieron significativamente una asociación más débil con la satisfacción.</p>

	<p>Los datos obtenidos con la encuesta sugirieron que la calidad en el cuidado de la persona adulta mayor está determinada por factores asociados con el proceso, es decir, cómo se comportan los(as) cuidadoras hacia las personas mayores.</p> <p>Por tanto, concluyeron que para mejorar la calidad de atención se debe poner atención a los procesos que se brinda a este grupo etario.</p>
<b>N° 27</b>	
<b>Referencia</b>	Kemmler, W & von Stengel, S (noviembre, 2013). <b>Exercise frequency, health risk factors, and diseases of the elderly.</b> Archives of physical medicine and rehabilitation, 94 (11), 2046-2053. Obtenido de doi: 10.1016/j.apmr.2013.05.013
<b>Objetivo</b>	El objetivo fue establecer el efecto de dos frecuencias diferentes de ejercicio sobre múltiples factores de riesgo en personas adultas mayores.
<b>Tipo de estudio</b>	Análisis retrospectivo de una prueba de ejercicio aleatoria controlada.
<b>Metodología</b>	<p>En el estudio participaron 162 mujeres comunitarias de 65 años, ubicadas en Baviera. Estas se dividieron en grupos de ejercicio de alta frecuencia, otro de baja frecuencia y uno de inactividad.</p> <p>Durante 18 meses los investigadores usaron un protocolo mixto, aeróbico intenso de resistencia y equilibrio para el grupo de alta frecuencia; mientras que para el grupo de ejercicios de baja frecuencia tuvieron entrenamiento de poca importancia, volumen o intensidad.</p> <p>Valoraron aspectos como osteopenia, sarcopenia, número de caídas y riesgo de enfermedad coronaria.</p>
<b>Resultados</b>	<p>Entre los resultados obtuvieron que las caídas y los factores de riesgo de enfermedad coronaria fueron igualmente afectados por ambos grupos de ejercicios.</p> <p>Ellos consideraron que para prevenir la osteoporosis y sarcopenia es necesario brindar programas de ejercicios de intensidad adecuada y motivar a los adultos mayores a aumentar la frecuencia de sus ejercicios.</p> <p>Este estudio concluyó que una frecuencia de ejercicio general de al menos 2 sesiones semanales puede ser decisiva para impactar la masa ósea y muscular de la persona adulta mayor.</p>



N° 28	
<b>Referencia</b>	Kleynen, M et al (julio-agosto, 2014). <b>The development of the MIBBO: A measure of resident preferences for physical activity in long term care settings.</b> ELSEIVER: Geriatric Nursing, 36(4), 261-266. Obtenido de <a href="https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2015.02.004">https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2015.02.004</a>
<b>Objetivo</b>	El propósito del estudio fue probar el uso preliminar del MIBBO, que es una entrevista fotográfica para identificar las actividades más significativas para la persona adulta mayor institucionalizada.
<b>Tipo de estudio</b>	Estudio descriptivo
<b>Metodología</b>	Se efectuaron dos estudios pilotos para probar el MIBBO. En este proceso se investigaron a 133 residentes que vivían en hogares de larga estancia para adultos mayores y en un centro para residentes con trastornos psiquiátricos, en Holanda.  Para probar el uso del MIBBO se debía cumplir con las siguientes condiciones: 1) puede ser utilizado por diferentes disciplinas; 2) es fácil de usar; 3) es adaptable para la mayoría de los(as) residentes y 4) cubre una amplia gama de opciones de actividades.
<b>Resultados</b>	Se consideró que el MIBBO parece ser una medida útil para ayudar a los profesionales de la salud a identificar las actividades preferidas de los(as) residentes.  Los autores encontraron que las actividades nombradas con mayor frecuencia fueron: gimnasia, orquesta, preparar una comida, caminar, regar plantas y alimentar a las mascotas; logrando los mismos resultados en una revaloración.
N° 29	
<b>Referencia</b>	Kohli, R et al (julio-agosto, 2017). <b>Dental care practices and oral health training for professional caregivers in long-term care facilities: An interdisciplinary approach to address oral health disparities.</b> ELSEIVER: Geriatric Nursing, 38 (4), 296-301. Obtenido de <a href="https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2016.11.008">https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2016.11.008</a>
<b>Objetivo</b>	El objetivo de la investigación fue evaluar y analizar el conocimiento y las actitudes de los(as) cuidadores con relación a la atención dental para las personas adultas mayores residentes de hogares de larga estancia.  Además, capacitar a los(as) administradoras, personal médico y cuidadores en competencias de salud oral para dicha población.

<b>Tipo de estudio</b>	Estudio transversal
<b>Metodología</b>	<p>Se desarrolló en hogares de larga estancia para personas adultas mayores, ubicados en Oregón.</p> <p>Primero aplicaron un cuestionario para indagar sobre: conocimiento y actitudes de cuidadores entorno a los cuidados de la cavidad oral de los residentes de hogares de larga estancia.</p> <p>Posteriormente, a raíz de esos resultados construyeron la capacitación, que incorporó los siguientes temas: prácticas generales de salud oral, efectos de los medicamentos en la salud oral y la cobertura dental.</p>
<b>Resultados</b>	<p>Entre los resultados obtuvieron que a pesar de que la mayoría de cuidadores estuvieron cómodos con su historial de salud oral y actividades diarias, expresaron la necesidad de más capacitación sobre el tema.</p> <p>Los(as) cuidadoras reconocieron la mala salud bucal de los(as) residentes y apreciaron que el currículo de capacitación les facilitó las competencias necesarias para mejorar sus servicios diarios de salud bucal.</p> <p>El estudio demostró que la salud oral se puede integrar en las rutinas diarias de cuidado, lo que podría mejorar la salud y calidad de vida para las personas adultas mayores.</p>
<b>N° 30</b>	
<b>Referencia</b>	Kuck, J et al (noviembre- diciembre, 2014). <b>Effects of social activation and physical mobilization on sleep in nursing home residents.</b> ELSEIVER: Geriatric Nursing, 35 (6), 455-461. Obtenida de <a href="https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2014.08.009">https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2014.08.009</a>
<b>Objetivo</b>	El propósito de este estudio fue promover el sueño de los(as) residentes de hogares de larga estancia al mejorar su activación social y movilización física.
<b>Tipo de estudio</b>	Ensayo de intervención aleatorizado.
<b>Metodología</b>	Participaron 85 residentes de hogares de larga estancia de Berlín, los cuales se dividieron en un grupo experimental que asistió a un programa de activación y otros a un grupo control.

	<p>El programa de actividades incluyó dos sesiones de actividad social y dos sesiones de entrenamiento físico, la duración del curso fue de ocho semanas.</p> <p>El sueño fue evaluado por el Índice de gravedad del insomnio, las calificaciones del personal de enfermería y los parámetros del sueño basados en actigrafía (registro de movimientos de la mano de la persona durante las horas de sueño prolongado, para valorar patrones de sueño).</p>
<b>Resultados</b>	<p>Entre los resultados no se vio cambios en los parámetros de sueño basados en actigrafía, pero, las calificaciones subjetivas de la calidad del sueño de los(as) participantes mejoraron significativamente en comparación al grupo control.</p> <p>Además, según el criterio del personal de enfermería la mitad de los(as) residentes con trastornos del sueño se vieron beneficiados con la intervención.</p> <p>El estudio indicó que la movilización física y la activación social pueden mejorar la calidad subjetiva del sueño de los(as) adultos mayores institucionalizados.</p>
<b>N° 31</b>	
<b>Referencia</b>	<p>Leegaard, M et al (febrero, 2017). <b>A review of self-rated generic quality of life instruments used among older patients receiving home care nursing.</b> Health and Social Care in the Community, 26 (3), 321-328. Obtenida de doi: 10.1111/hsc.12447</p>
<b>Objetivo</b>	<p>El objetivo fue evaluar los estudios que incluyeron un instrumento para calificar la calidad de vida de las personas adultas mayores que reciben cuidados de enfermería domiciliar.</p>
<b>Tipo de estudio</b>	<p>Revisión bibliográfica sistemática.</p>
<b>Metodología</b>	<p>Los autores consultaron las siguientes bases de datos: Medline, Embase, PsycINFO y Cinahl, para obtener artículos publicados entre el 2005 y 2016, que incorporaron aspectos de calidad de vida en personas mayores de 65 años.</p>
<b>Resultados</b>	<p>Encontraron 17 estudios que cumplieron con los criterios de inclusión y evaluaron la calidad de vida en los adultos mayores.</p> <p>En general, las publicaciones señalaron dimensiones psicológicas y físicas de la calidad de vida; pero, variables como autonomía, control y la sensación fueron menos frecuentes.</p>

	Dentro de las variables consideradas para evaluar la calidad de vida en este grupo etario, también fueron mencionadas las siguientes: puntaje de dolor y malestar, fortaleza, ansiedad, depresión, movilidad y desarrollo de actividades, funcionamiento, autocuidado, dignidad y participación social.
<b>N° 32</b>	
<b>Referencia</b>	Lin, J (setiembre-octubre, 2018). <b>Correlates and influences of taking an afternoon nap on nocturnal sleep in Chinese elderly: A qualitative study</b> . ELSEIVER: Geriatric Nursing, 39 (5), 543-547. Obtenido de <a href="https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2018.03.002">https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2018.03.002</a>
<b>Objetivo</b>	El objetivo de la investigación fue describir la experiencia de la siesta desde las perspectivas de las personas adultas mayores, principalmente sobre los factores relacionados con la siesta y sus influencias en el sueño nocturno.
<b>Tipo de estudio</b>	Investigación Naturalista.
<b>Metodología</b>	Se realizaron entrevistas a profundidad a 50 adultos mayores chinos en Taiwán.  Las preguntas abarcaron: hábitos, políticas, tradición cultural, factores que promueven la siesta (creencias sobre los beneficios de las siestas, nada que hacer, baja energía, el clima, patrones del sueño perturbados, etc.).
<b>Resultados</b>	Entre los resultados obtuvieron que la mayoría de los(as) participantes durmieron entre 1 y 2 horas en las tardes.  Los factores que promovieron la siesta fueron: la creencia en los beneficios, nada que hacer, bajo nivel de energía, compensación por sueño alterado y clima extremo.  El autor descubrió que la siesta mayor a 1 hora era asociada con el retraso del inicio del sueño, la disminución de la duración del sueño y el sueño ligero. Por tanto, recomendó que la siesta fuera corta por la tarde (menos de 1 hora) para la población adulta mayor.
<b>N° 33</b>	
<b>Referencia</b>	Lorin, C et al (2018). <b>Process, structural, and outcome quality indicators of nutritional care in nursing homes: a systematic review</b> . BMC Health Services Research, 18, 1-14. Obtenido de DOI 10.1186/s12913-018-2828-0
<b>Objetivo</b>	El objetivo del estudio fue describir el uso de los indicadores estructurales, de proceso y de resultados de la atención nutricional en los hogares de larga estancia para personas adultas mayores y la relación entre ellos.

<b>Tipo de estudio</b>	Revisión sistemática
<b>Metodología</b>	<p>Se realizó una búsqueda en Pubmed, Embase, Scopus y Web of Science.</p> <p>Fueron incluidos los documentos que abarcaron el tema de calidad de atención y calidad de atención nutricional en los hogares de larga estancia para adultos mayores, asimismo, los que describieron el uso de los indicadores de calidad de atención nutricional y los que evaluaron la relación entre los indicadores estructurales, de proceso y de resultados de la atención nutricional.</p>
<b>Resultados</b>	<p>Se seleccionó 19 artículos que en su mayoría tenían un diseño transversal observacional.</p> <p>Un indicador que en la mayoría de estudios se incluyó fue la pérdida de peso, pero se encontró diferentes instrumentos para su evaluación.</p> <p>Otros indicadores relevantes fueron: presencia de exámenes de detección nutricional y su inclusión en el archivo de atención, la disponibilidad y el uso de protocolos sobre prevención y tratamiento de la desnutrición, la asistencia durante las comidas y el uso de tratamientos / suplementos nutricionales.</p> <p>No se encontró umbrales internacionales para los indicadores de calidad que podrían ayudar a guiar y facilitar el progreso en la calidad de la atención de los hogares para adultos mayores.</p> <p>Finalmente, en relación a la presencia de un miembro del personal con competencias en aspectos nutricionales, se relaciona con el riesgo de desnutrición en un solo estudio.</p>
<b>N° 34</b>	
<b>Referencia</b>	Ludlow, K et al (mayo-junio, 2018). <b>The effects of hearing loss on person-centred care in residential aged care: a narrative review.</b> ELSEIVER: Geriatric Nursing, 39 (3), 296-302. Obtenido de <a href="https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2017.10.013">https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2017.10.013</a>
<b>Objetivo</b>	El propósito de la investigación fue abordar cómo la pérdida auditiva afecta la atención centrada en la persona en entornos residenciales de cuidado de personas adultas mayores.

<b>Tipo de estudio</b>	Revisión sistemática
<b>Metodología</b>	<p>Se realizó la búsqueda en Scopus, Web of Science, PubMed y Embase.</p> <p>Se utilizaron artículos que abarcaron temas de cuidado en hogares de larga estancia para adultos mayores, residentes con pérdida de la audición en la vida adulta, atención centrada en la persona (toma de decisiones compartida, interacciones entre profesionales de la salud del consumidor, comunicación y autonomía) y los estudios sobre la relación entre la pérdida auditiva y la atención centrada en la persona.</p>
<b>Resultados</b>	<p>Encontraron seis factores comunes relacionados con la atención de residentes con pérdida de la audición en los hogares de larga estancia: ruptura de la comunicación, la superposición entre la pérdida de audición y el deterioro cognitivo, el aislamiento social y la disminución de la participación social, acceso limitado a servicios de audición, capacitación inadecuada al personal de atención y estrategias para mejorar la comunicación.</p> <p>En general, la atención centrada en la persona en estos casos se vio limitada. Por lo que, recomendaron: mejorar la interacción del personal con los residentes, capacitar al personal, contar con servicios y recursos de audición y realizar modificaciones ambientales.</p>
<b>N° 35</b>	
<b>Referencia</b>	MacLeod, S et al (setiembre-octubre, 2018). <b>Practical non-pharmacological intervention approaches for sleep problems among older adults.</b> ELSEIVER: Geriatric Nursing, 39 (5), 506-512. Obtenido de <a href="https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2018.02.002">https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2018.02.002</a>
<b>Objetivo</b>	El objetivo del estudio fue explorar enfoques de intervención no farmacológicos para el manejo del estrés para mejorar la calidad del sueño entre las personas adultas mayores.
<b>Tipo de estudio</b>	Revisión bibliográfica
<b>Metodología</b>	Se realizó la búsqueda en Pubmed, sobre artículos con enfoques para mejorar la calidad del sueño entre los adultos mayores, con énfasis en aquellos que integraron el manejo del estrés.
<b>Resultados</b>	Entre los resultados encontraron que la atención plena y la terapia cognitiva conductual mejora la calidad del sueño y la salud en este grupo etario.

	<p>Consideraron más exitosas las terapias que incluyen el manejo del estrés crónico; así como, los enfoques que combinan técnicas para mejorar el sueño, que incluyen el uso de medicamento inicial, pero que se va disminuyendo de forma gradual.</p> <p>Algunas de las técnicas que encontraron fueron: el control de estímulo, terapia de ejercicios, entrenamiento de higiene del sueño y relajación.</p> <p>Los resultados de esta revisión mostraron que los métodos de intervención no farmacológicos para abordar los problemas de calidad del sueño fueron efectivos, más seguros y preferidos a los medicamentos para el sueño.</p>
<b>N° 36</b>	
<b>Referencia</b>	Marmeleira, J et al (mayo- junio, 2018). <b>Exercise merging physical and cognitive stimulation improves physical fitness and cognitive functioning in older nursing home residents: a pilot study.</b> ELSEIVER: Geriatric Nursing, 39 (3), 303-309. Obtenida de <a href="https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2017.10.015">https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2017.10.015</a>
<b>Objetivo</b>	El objetivo fue explorar la viabilidad y los efectos de una intervención de ejercicio multimodal en el funcionamiento físico y cognitivo de las personas mayores institucionalizadas.
<b>Tipo de estudio</b>	Estudio piloto
<b>Metodología</b>	<p>Participaron 21 personas adultas mayores institucionalizada en 2 hogares de larga estancia en Portugal.</p> <p>Estos fueron evaluados al inicio, a las 5 y 14 semanas de participar en el programa de ejercicios, que fue dos veces por semana durante 8 semanas.</p> <p>Las variables evaluadas fueron: función cognitiva, función física, composición corporal y características sociodemográficas.</p>
<b>Resultados</b>	Los autores encontraron que después del programa de ejercicios, se hallaron mejoras significativas en todas las variables de aptitud física, flexibilidad y equilibrio y en la mayoría de las variables cognitivas (atención visual, funcionamiento ejecutivo y velocidad de procesamiento de la información).

	<p>En general, concluyeron que el ejercicio que combina la estimulación física y cognitiva podría tener amplios impactos en el nivel de funcionamiento de la persona y debería promoverse en los hogares de larga estancia para adultos mayores.</p> <p>Además, el combinar ejercicios físicos y cognitivos aumentó el interés de participar en este tipo de programas, por tanto, enfatizaron sobre la importancia de promover la motivación y el placer de los(as) residentes para realizar este tipo de actividades.</p>
<b>N° 37</b>	
<b>Referencia</b>	Mukamel, D et al (octubre, 2012). <b>The Effect of State Regulatory Stringency on Nursing Home Quality.</b> Health Services Research, 47 (5), 1791-1813. Obtenido de DOI: 10.1111/j.1475-6773.2012.01459.x.
<b>Objetivo</b>	El fin del estudio fue probar la hipótesis de que las regulaciones de calidad más estrictas ayudan a mejorar la calidad de la atención en los hogares de larga estancia para personas adultas mayores y evaluar su rentabilidad.
<b>Tipo de estudio</b>	Investigación en salud.
<b>Metodología</b>	<p>La información se obtuvo de datos primarios y secundarios de 16,352 hogares de larga estancia certificados por Medicare y Medicaid, en Estados Unidos, entre el 2005-2006.</p> <p>La calidad se midió por estructura (niveles de dotación de personal de enfermería por día ajustado por combinación de casos), calidad de procesos (la suma de los gastos para centros que prestan servicios de hotel, tales como ropa de cama y lavandería, limpieza y mantenimiento) y medidas de resultados de calidad (disminución de las actividades de la vida diaria, prevalencia de úlceras por presión y prevalencia de incontinencia urinaria).</p>
<b>Resultados</b>	<p>El rigor regulatorio se asoció significativamente con una mejor calidad en las siguientes medidas: dotación de personal, prevalencia de incontinencia urinaria y disminución de las actividades diarias.</p> <p>La variable de calidad de procesos, evaluada según servicios de lavandería, limpieza y mantenimiento no fue lo suficientemente sensible para captar el impacto de las regulaciones.</p> <p>Las estimaciones de costo-efectividad sugirieron que un mayor rigor regulatorio está en el escenario de otras prácticas aceptables de costo efectivo.</p>



	Concluyen que las variables usadas para medir la calidad de los hogares no están correlacionadas con los seguros; por tanto, es probable que las regulaciones puedan tener un impacto positivo en otros aspectos de la atención que no se incluyeron en este estudio.
<b>N° 38</b>	
<b>Referencia</b>	Müller, B et al (marzo, 2018). <b>Cleaning and Caring: Contributions in Long-term Residential Care.</b> Ageing International, 43 (1), 53-73. Obtenido de DOI: 10.1007/s12126-017-9290-x.
<b>Objetivo</b>	El artículo exploró tres contribuciones críticas que la limpieza y personal de limpieza hacen a la calidad de la atención en los hogares de larga estancia para personas adultas mayores.
<b>Tipo de estudio</b>	Revisión de investigaciones etnográficas.
<b>Metodología</b>	Los investigadores utilizaron datos de estudios etnográficos que observaron equipos interdisciplinarios e internacionales y que analizaron información sobre el trabajo de limpieza.  Los datos se tomaron principalmente del trabajo del Dr. Pat Armstrong: “Reimaginar la atención residencial a largo plazo: un estudio internacional de prácticas prometedoras”.
<b>Resultados</b>	Entre las contribuciones críticas encontraron que el personal de limpieza ayuda a conservar un ambiente limpio que permite mantener al personal y a los(as) residentes saludables, pues su trabajo permite controlar infecciones.  En segundo lugar, la limpieza mantiene una apariencia agradable y hogareña para las personas institucionalizadas en hogares de larga estancia.  En tercer lugar, el personal de limpieza no es ajeno al cuidado de los(as) residentes, pues, aunque no se les permite contacto con ellos están presentes en sus actividades diarias.  En base a los estudios etnográficos realizados en seis países, los investigadores argumentaron que el personal de limpieza promueve una atención de calidad.  Por tanto, concluyeron que integrar la limpieza en el personal de atención sería una práctica prometedora, pero solo si existe más personal, un pago adecuado y una capacitación adecuada, puesto que, la limpieza y la prevención de infecciones es un trabajo especializado que debe aprenderse de manera adecuada.

N° 39	
<b>Referencia</b>	Namasivayam, A et al (mayo-junio, 2018). <b>Inadequate fluid intake in long term care residents: prevalence and determinants.</b> ELSEIVER: Geriatric Nursing, 39 (3), 330-335. Obtenido de <a href="https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2017.11.004">https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2017.11.004</a>
<b>Objetivo</b>	El fin de la investigación fue describir la ingesta de líquidos en adultos mayores residentes de hogares de largo plazo e identificar los factores asociados con la ingesta de líquidos.
<b>Tipo de estudio</b>	Estudio transversal.
<b>Metodología</b>	Participaron 622 residentes de atención a largo plazo en Canadá.  La ingesta total de líquidos se estimó durante tres días no consecutivos. Se recopilieron los factores de riesgo para una baja ingesta de líquidos, como estados de demencia actividades de la vida diaria y los desafíos alimentarios.
<b>Resultados</b>	Se encontró que la ingesta diaria promedio de líquidos osciló entre 311 y 2390 ml.  La ingesta de líquidos se asoció negativamente con el aumento de la edad, el deterioro cognitivo, problemas de alimentación y el aumento de personal en el comedor. Ser hombre y requerir más asistencia física se asoció positivamente con la ingesta.  Factores como calidad de la dieta, problemas de movilización e incontinencia urinaria no predijeron de manera significativa la ingesta de líquidos.
N° 40	
<b>Referencia</b>	Nitz, J et al (enero-febrero, 2012). <b>Outcomes from the Implementation of a Facility-Specific Evidence-Based Falls Prevention Intervention Program in Residential Aged Care.</b> Geriatric Nursing, 33 (1), 41-50. Obtenido de <a href="http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0197457211005830">http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0197457211005830</a>
<b>Objetivo</b>	El objetivo del estudio fue reducir las caídas entre las personas adultas mayores residentes en hogares de larga estancia a través de la implementación de una intervención de prevención de caídas.
<b>Tipo de estudio</b>	Estudio de Cohorte prospectivo.

<b>Metodología</b>	<p>Los(as) participantes incluyeron 670 residentes y 650 empleados de 9 hogares de larga estancia, en Australia.</p> <p>El equipo del proyecto revisó al inicio los modelos de prevención de caídas y lesiones para determinar un marco para las principales intervenciones a implementar.</p> <p>Se realizaron modificaciones ambientales como: camas bajas y sillas de altura ajustable, alarmas de movimiento, eliminación de riesgos y protectores de caderas.</p> <p>Los investigadores indagaron sobre: el número de caídas, número de personas que caen, personas que caen solas y múltiples, la hora del día, la ubicación y los posibles factores asociados.</p>
<b>Resultados</b>	<p>Entre los resultados obtuvieron que hubo una reducción significativa de las caídas por sitio en la proporción de personas que caen y de personas que caen solas.</p> <p>Los resultados positivos de las intervenciones variaron entre las instalaciones.</p> <p>La ubicación de las caídas se mantuvo con predominio en el dormitorio, con un aumento comparativo en las caídas entre las 6 pm y las 9 pm, posiblemente cuando hay menos personal y las personas se perturban con el anochecer.</p> <p>Algunos factores que contribuyeron a reducir las caídas fueron: educación del personal, los(as) residentes y la familia, atención al tipo de calzado y una mayor vigilancia.</p>
<b>N° 41</b>	
<b>Referencia</b>	<p>Palacios, D et al (julio, 2016). <b>Expressing sexuality in nursing homes. The experience of older women: A qualitative study.</b> ELSEIVER: Geriatric Nursing, 37 (6), 470-477. Obtenido de <a href="https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2016.06.020">https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2016.06.020</a></p>
<b>Objetivo</b>	<p>El estudio describió la experiencia vivida de la sexualidad en mujeres adultas mayores españolas que residen en hogares de larga estancia.</p>
<b>Tipo de estudio</b>	<p>Estudio fenomenológico cualitativo.</p>
<b>Metodología</b>	<p>Los datos fueron recolectados durante un período de 18 meses entre 2013 y 2015. Participaron 20 mujeres de hogares de larga estancia para personas adultas mayores, en Madrid.</p>

	<p>Se uso entrevistas no estructuradas y semiestructuradas.</p> <p>Los temas de la investigación fueron: significado de la sexualidad, expresión de la sexualidad, relaciones sociales, pareja, familia, papel del matrimonio.</p>
<b>Resultados</b>	<p>De la investigación salieron tres temas principales: <i>Expresar la sexualidad</i>: encontraron que existe un cierto grado de presión social en los hogares para evitar la expresión de la sexualidad, esto por circunstancias educativas y culturales.</p> <p>Además, las participantes reconocieron que intentaron evitar rumores dentro de la institución, por tanto, modificaron su forma de expresar su sexualidad (en relación con la ropa, los gestos, las conversaciones, etc.).</p> <p><i>La sexualidad como un deber</i>: las participantes eran católicas, por lo que tienden a ser más conservadoras con respecto a la sexualidad en comparación con las no creyentes.</p> <p>Las señoras afirmaron que la sexualidad es parte del deber conyugal de la esposa, que consistía en la lealtad y la obediencia hacia su esposo, las tareas del hogar y el cuidado de los niños.</p> <p><i>Respetar los votos</i>: Ellas describieron cómo sus creencias religiosas influyeron, ya que sentían que todavía estaban casadas, y por lo tanto respetaron sus votos matrimoniales.</p>
<b>N° 42</b>	
<b>Referencia</b>	<p>Palmer, J et al (mayo-junio, 2018). <b>Resident Choice: A Nursing Home Staff Perspective on Tensions and Resolutions.</b> ELSEIVER: Geriatric Nursing, 39 (3), 271–278. Obtenida de <a href="https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2017.10.001">https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2017.10.001</a></p>
<b>Objetivo</b>	<p>El propósito del estudio fue investigar las experiencias del personal de los hogares de larga estancia para personas adultas mayores en la toma de decisiones de los(as) residentes.</p>
<b>Tipo de estudio</b>	<p>Estudio piloto Estudio cualitativo</p>

<b>Metodología</b>	Se realizaron 26 entrevistas al personal de dos Centros de Vida Comunitaria de la Administración de Salud de Veteranos, en Estados Unidos; con el fin de conocer qué ven los(as) funcionarias como facilitadores o barreras para su capacidad de apoyar la elección de los residentes en la vida diaria.
<b>Resultados</b>	<p>Los factores que podrían limitar o facilitar la toma de decisión del o la residente se clasificaron en tres niveles: intrapersonal, interpersonal y organizacional.</p> <p><i>Intrapersonal:</i> las características personales del o la residente, necesidades básicas, las necesidades médicas y la seguridad del usuario(a), modelos mentales del personal, necesidades del personal y las demandas del trabajo.</p> <p><i>Interpersonales:</i> dinámica de poder entre el personal y residente.</p> <p><i>Organizacional:</i> políticas y rutinas de la institución.</p> <p>También surgieron resoluciones empleadas por el personal para mejorar la dinámica con los(as) residentes: prácticas preventivas, refuerzo del personal, educación a los(as) residentes, deliberación del personal y colaboración de las partes involucradas.</p>
<b>N° 43</b>	
<b>Referencia</b>	Pileggi, C et al. (marzo, 2014). <b>Quality of Care in One Italian Nursing Home Measured by ACOVE Process Indicators.</b> PLoS ONE, 9(3), 1-7. Obtenido de doi: 10.1371/journal.pone.0093064
<b>Objetivo</b>	El fin del estudio fue adaptar los Indicadores de calidad de evaluación de la atención de adultos mayores vulnerables (ACOVE QI) para su uso en Italia, para valorar su cumplimiento en los registros médicos, comparar la adherencia a condiciones médicas y geriátricas generales e identificar las relaciones entre las características de los(as) residentes y procesos informados de atención.
<b>Tipo de estudio</b>	No indica.
<b>Metodología</b>	<p>Se revisaron 245 registros médicos de un hogar de larga estancia para adultos mayores en Catanzaro, Italia, en los últimos 5 años, por un período de un año.</p> <p>El conjunto de indicadores ACOVE desarrollado para los procesos de atención de los hogares de larga estancia se utilizó para evaluar la calidad de la atención.</p>

	<p>El análisis fue realizado para evaluar los procesos de atención, por lo tanto, se manejó la siguiente información: datos sociodemográficos, modo de admisión a los hogares, estado cognitivo, estado de salud funcional, procesos de atención prestados.</p> <p>Se seleccionó 4 condiciones médicas (hipertensión, diabetes mellitus, insuficiencia cardíaca, neumonía e influenza) y 4 síndromes geriátricos (demencia, incontinencia urinaria, caídas y trastornos de movilidad y úlceras por presión).</p> <p>Y las puntuaciones también se calcularon por dominio de atención: detección y prevención, diagnóstico y tratamiento.</p>
<b>Resultados</b>	<p>Los autores encontraron que, con excepción del manejo de la diabetes, la calidad de los procesos de atención para condiciones médicas generales se aproximó a una adherencia adecuada.</p> <p>El cuidado no alcanzó los niveles aceptables para condiciones geriátricas como: úlceras por presión, caídas y demencia.</p> <p>Las intervenciones recomendadas para la incontinencia urinaria se realizaron comúnmente.</p> <p>La adherencia a los indicadores era peor para los indicadores de detección y prevención, tanto para afecciones médicas geriátricas como generales.</p> <p>El análisis estadístico mostró diferencias en la aplicación de procesos adecuados de atención según el género, edad, comorbilidades, el nivel de función y movilidad, la duración de la estadía y la modalidad de alta de las instituciones.</p>
<b>N° 44</b>	
<b>Referencia</b>	<p>Rababa, M (enero-febrero, 2018). <b>The association of nurses' assessment and certainty to pain management and outcomes for nursing home residents in Jordan.</b> ELSEIVER: Geriatric Nursing, 39 (1), 66-71. Obtenido de <a href="https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2017.06.015">https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2017.06.015</a></p>
<b>Objetivo</b>	<p>El objetivo de la investigación fue examinar las relaciones temporales entre el cambio de comportamiento, el nivel de certeza del personal de enfermería con relación al dolor, alcance de la evaluación y los resultados del dolor.</p>
<b>Tipo de estudio</b>	<p>Estudio descriptivo correlacional.</p>

<b>Metodología</b>	<p>El estudio se realizó en 5 hogares de larga estancia para personas adultas mayores en Amman, Jordania, para el periodo del 2017.</p> <p>Se usó una muestra de 76 residentes con diagnóstico de demencia y dolor conocido.</p> <p>Además, se utilizaron herramientas visuales de observación para medir el dolor (Discomfort-DAT) (expresión facial, tensión corporal, inquietud y vocalización negativa).</p> <p>Las medidas de predicción se obtuvieron de los formularios de seguimiento completados por el personal de enfermería, donde registraban cambios en el comportamiento o condición, valoración del dolor y certeza del personal.</p>
<b>Resultados</b>	<p>Este estudio halló un alto porcentaje de variaciones debido a posibles variables de confusión no previstas; como otras enfermedades mentales.</p> <p>Los hallazgos del estudio apuntaron a que el nivel de certeza previo a la evaluación de las enfermeras, el alcance de la evaluación y el nivel de certeza posterior a la evaluación del dolor son predictores significativos</p> <p>Puesto que, si se ratifica la certeza del dolor en la persona con demencia, el personal de enfermería va a proporcionar analgesia e intervenciones conductuales.</p> <p>Pero, cuando el personal al inicio no está seguro sobre el dolor en la persona con demencia, podría pensar que el cambio observado en el comportamiento es un aspecto de la demencia, en lugar del dolor y en dicho caso, el personal puede renunciar a recopilar información adicional y administrar intervenciones.</p>
<b>N° 45</b>	
<b>Referencia</b>	<p>Schenk, L et al (diciembre, 2013). <b>Quality of life in nursing homes: results of a qualitative resident survey.</b> Quality of Life Research, 22 (10), 2929-2938. Obtenido de DOI: 10.1007/s11136-013-0400-2.</p>
<b>Objetivo</b>	<p>El propósito del estudio fue identificar las dimensiones de la vida que los(as) residentes de hogares de larga estancia para personas adultas mayores perciben que tienen un impacto particular en su calidad de vida general.</p>
<b>Tipo de estudio</b>	<p>Encuesta Cualitativa</p>

<b>Metodología</b>	<p>Participaron 42 residentes de 8 hogares de larga estancia, en Berlín, el período del 2012.</p> <p>Utilizaron una entrevista semiestructuradas que abordaron temas como: experiencia de vida en general (tiempo antes y tiempo después de ingresar al hogar), situaciones de vida agradables y desagradables.</p>
<b>Resultados</b>	<p>El estudio generó 10 dimensiones centrales de la calidad de vida subjetiva: contactos sociales, autodeterminación y autonomía, privacidad, paz y tranquilidad, variedad de estímulos y actividades, sentirse en casa, seguridad, salud, mantenerse informado y tener sentido.</p> <p>Cabe resaltar, que algunas de estas dimensiones tuvieron más subdimensiones.</p> <p>En general, concluyeron que la calidad de vida en los hogares de larga estancia debe ser conceptualizada desde una perspectiva multidimensional.</p>
<b>N° 46</b>	
<b>Referencia</b>	<p>Schoberer, D et al (mayo-junio, 2016). <b>Involving the consumers: An exploration of users' and caregivers' needs and expectations on a fall prevention brochure: A qualitative study.</b> ELSEIVER: Geriatric Nursing, 37 (3), 207-214. Obtenida de <a href="https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2016.02.011">https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2016.02.011</a></p>
<b>Objetivo</b>	<p>El objetivo fue explorar y comparar las necesidades y expectativas de los(as) residentes de hogares de larga estancia, familia y personal de enfermería con respecto a un folleto de prevención de caídas.</p>
<b>Tipo de estudio</b>	<p>Estudio cualitativo utilizando un enfoque de grupo focal.</p>
<b>Metodología</b>	<p>Se realizaron grupos focales con 25 residentes, 12 miembros de familia y 14 personal de enfermería por separado, de tres hogares de larga estancia, en Austria.</p> <p>Las categorías evaluadas fueron: información sobre factores de riesgo intrínsecos y extrínsecos, factores de riesgos relacionados con el comportamiento, eliminación de riesgos de caída extrínsecos, actividad física, dispositivos médicos, medidas que restringen la libertad, estrategias de afrontamiento después de una caída.</p>
<b>Resultados</b>	<p>Los autores encontraron que los residentes querían estar informados sobre cómo lidiar con los riesgos de caída y las estrategias de afrontamiento después de un evento de caída.</p>



	<p>A pesar de esto, los autores encontraron bajo interés en las medidas de protección contra caídas y fracturas (como los protectores de cadera), lo cual indicó un papel pasivo en la toma de decisiones, al tiempo que establece la responsabilidad de las medidas de prevención de caídas al personal de enfermería y a la familia.</p> <p>Por otra parte, los miembros de la familia querían tener información sobre los riesgos de caídas intrínsecos, así como estrategias de prevención de caídas y ejercicios corporales.</p> <p>En el caso del personal de enfermería, se encontró que no todas las caídas se pueden prevenir incluso cuando se tomaron medidas preventivas y determinaron que la necesidad y expectativas de los(as) residentes difieren sustancialmente.</p> <p>Por otro lado, se observó que al personal de enfermería cree que los protectores de cadera y la actividad física no sirven de nada; por ende, los autores consideraron que existe una falta de coincidencia entre las prácticas actuales del personal de enfermería y el conocimiento basado en evidencia.</p>
<b>N° 47</b>	
<b>Referencia</b>	Shin, J & Shin, I (noviembre, 2018). <b>The effect of registered nurses on nursing home residents' outcomes, controlling for organizational and health care market factors</b> . ELSEIVER: Geriatric Nursing, 00, 1-6. Obtenida de <a href="https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2018.11.004">https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2018.11.004</a>
<b>Objetivo</b>	El fin del estudio fue examinar la relación entre el personal de enfermería y los resultados de calidad de atención de los(as) residentes, controlando las características del mercado de atención médica a largo plazo en Corea.
<b>Tipo de estudio</b>	Estudio con un diseño transversal.
<b>Metodología</b>	<p>Participaron 60 hogares de larga estancia para personas adultas mayores, en Corea.</p> <p>Las variables que usaron fueron: datos acumulados sobre el personal de enfermería, características organizacionales y características de competencia en el mercado de organizaciones participantes directamente y datos gubernamentales de acceso abierto.</p>
<b>Resultados</b>	Entre los resultados se encontró que cuanto mayor es la oferta del hogar de larga estancia en la provincia, mayor es el uso de medicamentos psicotrópicos de los(as) residentes, pero respalda la idea de que una mayor entrada de profesionales en cada hogar disminuye de forma significativa el uso de medicación psiquiátrica.

	<p>Además, se encontró que más hogares se relacionaron con una disminución del riesgo de una mala nutrición en los(as) residentes.</p> <p>Por otra parte, hallaron que el bajo nivel de personal de enfermería se relacionó con el agotamiento y malas condiciones de trabajo.</p> <p>La rotación no fue un factor estadísticamente significativo en esta investigación.</p> <p>Los autores consideraron que la dotación mínima de personal de enfermería en un hogar de larga estancia debe definirse por la agudeza de los(as) residentes.</p>
<b>N° 48</b>	
<b>Referencia</b>	Smeets, Ch et al (noviembre, 2013). <b>Improving psychotropic drug prescription in nursing home patients with dementia: desing of a cluster randomized controlled trial.</b> BMC Psychiatry, 1, 1-8. Obtenido de doi: 10.1186/1471-244X-13-280.
<b>Objetivo</b>	El objetivo del estudio fue investigar la eficacia de una intervención para mejorar la idoneidad de la prescripción de medicamentos psicotrónicos en personas con demencia en hogares de larga estancia para personas adultas mayores.
<b>Tipo de estudio</b>	Ensayo pragmático controlado aleatorio por conglomerados multicéntrico que usó grupos paralelos.
<b>Metodología</b>	<p>Fue un estudio que duró 18 meses, con 4 evaluaciones semestrales. Se desarrolló en 6 hogares de larga estancia que recibieron la intervención y otros 6 que continuaron con su atención habitual, con un total de 360 personas con demencia. Estas instituciones se ubicaron en los Países Bajos.</p> <p>La intervención consistió en una revisión multidisciplinaria estructurada y repetida de medicamentos, que constó de tres componentes:</p> <p><i>Preparación y educación:</i> sobre aspectos prácticos y organizativos de la revisión de medicamentos, eficacia y efectos secundarios de las drogas psicotrónicas.</p> <p><i>Conducta:</i> revisión individual de la medicación, manejo de propuestas de cambios y acciones, seguimiento.</p>

	<i>Evaluación/ orientación:</i> reunión de evaluación, disponibilidad del servicio de asistencia.
<b>Resultados</b>	<p>El resultado primario fue la proporción de personas con uso apropiado de drogas psicotrópicas y los resultados secundarios fueron la frecuencia general del uso de drogas psicotrópicas, síntomas neuropsiquiátricos, calidad de vida, actividades de la vida diaria, efectos secundarios de los fármacos psicotrópicos y eventos adversos (incluyendo cognición, comorbilidad y mortalidad).</p> <p>Los autores concluyeron que es necesaria una revisión multidisciplinaria estructurada y repetida de medicamentos respaldada por educación y evaluación continua.</p>
<b>N° 49</b>	
<b>Referencia</b>	Song, Y et al (enero-febrero, 2018). <b>Resident challenges with daily life in Chinese long-term care facilities: A qualitative pilot study.</b> ELSEIVER: Geriatric Nursing, 39 (1), 18-23. Obtenido de <a href="https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2017.05.001">https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2017.05.001</a>
<b>Objetivo</b>	El propósito del estudio fue describir las experiencias de los(as) residentes de los hogares de larga estancia para personas adultas mayores, particularmente relacionadas con la función física.
<b>Tipo de estudio</b>	Estudio Piloto
<b>Metodología</b>	<p>Se realizaron entrevistas semiestructuradas a 5 residentes de dos instalaciones, en Jinan, China.</p> <p>En las entrevistas preguntaron sobre: el impacto de estar institucionalizado, sentimientos y experiencias de la vida diaria, qué es fácil y difícil en la vida diaria, en cuáles momentos el personal o familia ayudaron con las actividades diarias (como comer o vestirse) y en qué momentos se deseaba ayuda del personal o familia, pero que no estuvo disponible.</p>
<b>Resultados</b>	<p>Entre los resultados encontraron que incluso los (as) participantes que el personal identificó con una función física relativamente alta, tenían importantes necesidades insatisfechas, demostrando que se precisa de una evaluación funcional más detallada.</p> <p>Para abordar estas necesidades no satisfechas, propusieron que tanto el personal como los(as) residentes requieren más trabajo técnico y de adaptación.</p>

	<p>Pues, el estudio también encontró que la atención de los trabajadores de primera línea a menudo era inadecuado e incompetente, lo cual podría atribuirse a las limitaciones de capacitación.</p> <p>En general, surgieron cinco temas: atención del personal, atención de los miembros de la familia, entorno físico, otros residentes en la instalación y estrategias personales.</p>
<b>N° 50</b>	
<b>Referencia</b>	Stefanacci, R & Haimowitz, D (marzo-abril, 2014). <b>Bathroom assistances</b> . ELSEIVER: Geriatric Nursing, 35 (2), 151-153. Obtenido de <a href="https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2014.02.006">https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2014.02.006</a>
<b>Objetivo</b>	El fin del artículo fue brindar recomendaciones para prevenir lesiones y/o caídas en los baños en la población adulta mayor institucionalizada.
<b>Tipo de estudio</b>	No indica
<b>Metodología</b>	No indica.
<b>Resultados</b>	<p>Entre las recomendaciones los autores mencionaron las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacitación y apoyo para reducir las actividades potencialmente peligrosas.</li> <li>• Realizar cambios ambientales (como instalar barras de apoyo dentro y fuera de la ducha y al lado de los inodoros, colocar alfombras antideslizantes, colocar asientos portátiles en la ducha, elevar el asiento del inodoro 5 a 7 pulgadas para ayudar a ponerse en pie más fácilmente).</li> </ul> <p>Como el estreñimiento y la incontinencia intestinal son problemas comunes en este grupo etario, los autores realizaron las siguientes recomendaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Para evitar el estreñimiento se recomienda la ingesta adecuada de líquidos, consumo de fibra dietética y realizar actividad física de forma regular.</li> <li>• En cuanto la incontinencia intestinal, se recomienda conocer la etiología para iniciar el tratamiento adecuado.</li> <li>• Para ello, se debe evaluar los hábitos intestinales, uso de medicamentos actuales, examen físico para verificar impactación fecal y llevar a la persona a especialistas en gastroenterología.</li> </ul>

N° 51	
<b>Referencia</b>	Stefanacci, R & Riddle, A (julio-agosto, 2016). <b>Preventing medication errors</b> . ELSEIVER: Geriatric Nursing, 37 (4), 307-310. Obtenido de <a href="https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2016.06.005">https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2016.06.005</a>
<b>Objetivo</b>	El objetivo del artículo fue brindar recomendaciones para evitar errores en la medicación en la población adulta mayor institucionalizada.
<b>Tipo de estudio</b>	No indica
<b>Metodología</b>	No indica
<b>Resultados</b>	<p>Existen cinco elementos esenciales para prevenir errores de medicación: comunicar valores y expectativas, diseñar sistemas seguros, administrar elecciones de comportamiento, crear sistemas de aprendizaje y crear un entorno justo y responsable.</p> <p>Tipos de errores: de prescripción, de omisión, de tiempo incorrecto, de medicamentos no autorizados, de dosis, de vía de administración, de preparación y medicamentos vencidos.</p> <p>Una vez identificado el tipo se puede corregir en el sistema y evitar que vuelva a ocurrir.</p> <p>Para prevenir errores de medicación es importante corroborar con la persona usuaria y el médico tratante el tipo de fármaco, vía de administración, frecuencia, si existen casos de alergia a la droga, fecha de vencimiento.</p> <p>Corroborar las indicaciones con el médico y con el farmacéutico.</p> <p>Hacer reconciliación de medicamentos para un mejor control si la persona se atiende en diferentes servicios.</p> <p>Que los médicos prescriban de forma electrónica para evitar errores y obtener indicaciones más claras.</p> <p>Prevenir errores de medicación garantiza una atención de calidad a la población adulta mayor institucionalizada.</p>

N° 52	
<b>Referencia</b>	Swafford, K et al (noviembre-diciembre, 2014). <b>Geriatric pain competencies and knowledge assessment for nurses in long term care settings.</b> ELSEIVER: Geriatric Nursing, 35 (6), 423-427. Obtenido de <a href="https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2014.06.001">https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2014.06.001</a>
<b>Objetivo</b>	El objetivo del estudio fue describir el desarrollo más reciente del sitio web “GeriatricPain.org” que proporciona recursos descargables, fáciles de usar y basados en evidencia para el manejo del dolor.
<b>Tipo de estudio</b>	No indica.
<b>Metodología</b>	<p>Primero se hizo el desarrollo de competencias del dolor geriátrico, con tres dominios: naturaleza multidimensional del dolor, evaluación y medición del dolor y manejo del dolor.</p> <p>Segundo se desarrolló una evaluación del conocimiento del dolor geriátrico, para evaluar al personal de enfermería de hogares de larga estancia.</p> <p>Tercero, se realizó un plan piloto donde se evaluó el conocimiento del dolor geriátrico a 33 del personal de enfermería que trabaja en hogares de larga estancia para personas adultas mayores, en Iowa, Massachusetts y Oregón.</p>
<b>Resultados</b>	<p>El nuevo sitio web posee un conjunto de competencias básicas de manejo del dolor geriátrico basadas en evidencia y una evaluación del conocimiento del dolor geriátrico y discute sus usos potenciales para mejorar la atención del dolor en adultos mayores.</p> <p>Las 19 competencias de dolor geriátrico son ideales para su uso en planes de estudio educativos, crear políticas institucionales, para hacer programas de mejora de la calidad de atención, ayudan al personal de enfermería a identificar las fortalezas y áreas clave para la mejora del manejo del dolor, ayuda a identificar las necesidades de educación continua, facilita la formulación de planes de cuidado específicos para el dolor y constituyen un recurso para revisar y actualizar los conocimientos de enfermería.</p>
N° 53	
<b>Referencia</b>	Tabali, M et al (marzo, 2013). <b>Does the care dependency of nursing home residents influence their health-related quality of life? - A cross-sectional study.</b> Health & Quality of Life Outcomes, 11 (1), 1-10. Obtenido de DOI: 10.1186/1477-7525-11-41.

<b>Objetivo</b>	El fin de la investigación fue analizar si la dependencia del cuidado de los(as) residentes de hogares de larga estancia para adultos mayores influye en su calidad de vida.
<b>Tipo de estudio</b>	Estudio transversal multicéntrico.
<b>Metodología</b>	<p>Participaron 120 personas adultas mayores de 11 hogares de larga estancia de Alemania.</p> <p>La calidad de vida se midió con el Perfil de salud de Nottingham (NHP) en los seis dominios: movilidad física, energía, dolor, aislamiento social, reacción emocional y sueño.</p> <p>La dependencia de la atención se evaluó mediante la Escala de dependencia de la atención, los(as) asistentes de investigación documentaron la edad, el sexo, el estado cognitivo y las enfermedades.</p>
<b>Resultados</b>	<p>La calidad de vida se redujo principalmente en los dominios de movilidad física y energía, mientras que las diferencias de deterioro en los dominios de dolor, aislamiento social, reacción emocional y sueño fueron solo moderadas.</p> <p>La calidad de vida no fue afectada por la edad. Pero, las mujeres tuvieron una calidad significativamente peor en el dominio de dolor que los hombres.</p> <p>La dependencia del cuidado solo tuvo una influencia en el dominio del sueño.</p> <p>Los autores concluyen, que el nivel de dependencia de la atención no tiene influencia en la calidad de vida desde la perspectiva de los(as) residentes de hogares de larga estancia.</p>
<b>N° 54</b>	
<b>Referencia</b>	Tan, H et al (enero-febrero, 2013). <b>Responding to the death of a resident in aged care facilities: Perspectives of staff and residents.</b> ELSEIVER: Geriatric Nursing, 34 (1), 41-46. Obtenido de <a href="https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2012.08.001">https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2012.08.001</a>
<b>Objetivo</b>	El objetivo del estudio fue explorar las percepciones y experiencias de los(as) residentes con demencia leve sobre la muerte de coresidentes en hogares de larga estancia para adultos mayores.
<b>Tipo de estudio</b>	Estudio cualitativo

<b>Metodología</b>	<p>Participaron 23 residentes, a los cuales se les aplicó una entrevista semiestructurada</p> <p>También se examinaron las opiniones de 25 miembros del personal de las instalaciones.</p> <p>El estudio se realizó en 3 instalaciones residenciales para adultos mayores, en Australia.</p> <p>Entre las categorías que se abordaron estuvieron: la gravedad del impacto de la muerte de un compañero, informar sobre la muerte, extracción del cuerpo, recordando y celebrando al difunto.</p>
<b>Resultados</b>	<p>Entre los resultados encontraron que los(as) residentes y el personal del hogar tenían puntos de vista diferentes.</p> <p>Los(as) residentes informaron que el impacto de la muerte de un compañero fue mucho menor de lo que pensaban los miembros del personal.</p> <p>Para los(as) participantes el tratar de ocultar la muerte o extraer el cuerpo a escondidas era innecesario e irrespetuoso.</p> <p>Ambos grupos convinieron que la celebración de la vida del difunto era importante, aunque diferían en sus preferencias sobre la forma en que se hace.</p> <p>Los autores concluyeron que las diferentes necesidades de los(as) residentes, la influencia cultural y las diferencias de edad entre el personal y los(as) residentes, influyen de manera importante en el desarrollo de políticas de cómo manejar la muerte de los(as) usuarias de los hogares de larga estancia.</p>
<b>N° 55</b>	
<b>Referencia</b>	<p>Taylor, J et al (marzo-abril, 2015). <b>Improving person-centered mobility care in nursing homes: A feasibility study.</b> ELSEIVER: Geriatric Nursing, 36 (2), 98- 105. Obtenida de <a href="https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2014.11.002">https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2014.11.002</a></p>
<b>Objetivo</b>	<p>La investigación evaluó la viabilidad de una intervención de capacitación multifacética centrada en la atención de la movilidad de la persona.</p>
<b>Tipo de estudio</b>	<p>Evaluación realista.</p>
<b>Metodología</b>	<p>Participaron 51 del personal y 12 residentes ambulatorios de un hogar de larga estancia para personas adultas mayores, en Australia.</p>



	<p>La intervención consistió en sesiones de capacitación, reuniones semanales de atención de movilidad y sesiones de práctica reflexiva con personal individual.</p> <p>El programa incluyó: refuerzo del manual, uso de una herramienta de decisión para el cuidado de la movilidad, estrategias centradas en la persona, consideraciones ambientales y uso correcto de ayudas para la marcha.</p> <p>La evaluación al personal se efectuó en 4 niveles: reacción, aprendizaje, cambio de comportamiento y resultados. Y a los(as) residentes se evaluó la movilidad y la autonomía.</p>
<b>Resultados</b>	<p>El estudio demostró que la capacitación es viable para mejorar la movilidad de las personas, pues su enfoque para el desarrollo de la práctica de cuidado de la movilidad centrada en la persona a través de capacitación del personal y práctica reflexiva, fueron factibles.</p> <p>Entre los resultados, el estudio recalcó la necesidad de la intervención para reducir los eventos adversos y para incluir y apoyar al personal.</p> <p>Asimismo, los autores agregaron que la toma de decisiones y el liderazgo del personal son importantes para la atención de calidad.</p>
<b>N° 56</b>	
<b>Referencia</b>	Titlestad, I et al (julio, 2018). <b>Patient safety culture in nursing homes – a cross-sectional study among nurses and nursing aides caring for residents with diabetes</b> . BMC Nursing, 17 (1), 1-8. Obtenido de DOI: 10.1186/s12912-018-0305-z.
<b>Objetivo</b>	El objetivo fue examinar las percepciones de la cultura de seguridad del paciente que tiene el personal de enfermería en hogares de larga estancia para personas adultas mayores y sus asociaciones con la profesión.
<b>Tipo de estudio</b>	Estudio transversal.
<b>Metodología</b>	<p>Participaron 38 enfermeras registradas y 51 auxiliares de enfermería de dos hogares de larga estancia, en Noruega.</p> <p>Se uso un cuestionario sobre edad, profesión, experiencia laboral, conocimiento de diabetes y familiaridad con los protocolos de atención de diabetes.</p>

	<p>Igualmente, se aplicó una encuesta sobre cultura de seguridad del paciente, que incluyó 12 dimensiones: trabajo en equipo, dotación de personal, cumplimiento de procedimientos, capacitación y habilidades, respuesta a errores, transferencias de información, comunicación de incidentes, apertura de comunicación, expectativas del supervisor y acciones que promueven la seguridad del residente, apoyo de gestión para la seguridad de los(as) residentes y aprendizaje organizacional.</p>
<b>Resultados</b>	<p>Los autores encontraron que el personal con educación avanzada logró puntajes más altos en todas las dimensiones de cultura de seguridad del paciente.</p> <p>También, hallaron que el personal familiarizado con los protocolos de atención de diabetes tenía percepciones más positivas en áreas clave de la cultura de seguridad del paciente, lo cual puede ayudar a una aplicación rápida y segura de nuevos conocimientos en la práctica y mejorar la seguridad y calidad de la atención.</p> <p>En este sentido, los autores encontraron que el 35% de los(as) participantes les faltó conocimiento sobre cuál medicamento podría reducir la glucosa y causar hipoglicemia.</p> <p>Además, agregaron que para mejorar la atención es importante trabajar la falta de comunicación entre el personal de enfermería, problema que surge por la falta de límites y responsabilidades claras, así como, por la falta de estándares para el cuidado de la diabetes en los hogares de larga estancia.</p>
<b>N° 57</b>	
<b>Referencia</b>	<p>Tuunainen, E et al (setiembre,2013). <b>Postural stability and quality of life after guided and self-training among older adults residing in an institutional setting</b>. Clinical interventions in aging, 8, 1237-1246. Obtenido de doi: 10.2147/CIA.S47690</p>
<b>Objetivo</b>	<p>El fin del estudio fue evaluar si la rehabilitación de la fuerza o el equilibrio muscular mejora la postura, la estabilidad y calidad de vida y si el entrenamiento autoadministrado es comparable con capacitación guiada entre adultos mayores que residen en un entorno institucional.</p>
<b>Tipo de estudio</b>	<p>Estudio aleatorizado prospectivo de intervención.</p>
<b>Metodología</b>	<p>Participaron 55 adultos mayores, de una instalación residencial, en Finlandia.</p>

	<p>Se evaluaron tres grupos de intervención: un grupo de entrenamiento de fuerza muscular, un grupo de entrenamiento de equilibrio y fuerza muscular y un grupo de entrenamiento autoadministrado.</p> <p>Cada grupo se entrenó dos veces a la semana, por 3 meses y estos fueron evaluados al inicio, a los 3 meses y a los 6 meses.</p> <p>Se evaluó: el balanceo, la estabilidad, la fuerza muscular, la tasa de caída y la calidad de vida general relacionada con la salud.</p>
<b>Resultados</b>	<p>Entre los resultados obtuvieron que el grupo de entrenamiento de fuerza muscular mejoró más, seguido por el grupo de auto entrenamiento y luego el grupo de equilibrio.</p> <p>La posturografía reveló una mejora en la estabilidad postural de los grupos.</p> <p>Posterior a los 3 meses de entrenamiento, los(as) participantes recuperaron la estrategia de balancearse.</p> <p>En cuanto, a la eficacia del programa de capacitación para evitar caídas, el entrenamiento guiado fue más eficiente que el auto entrenamiento.</p> <p>En cuanto al aumento de calidad de vida, un grupo menor lo logró al mejorar el funcionamiento emocional, vitalidad y salud mental.</p> <p>Pero, observaron que la calidad de vida de los(as) residentes disminuyó después de que finalizó la capacitación, en términos de humor, funciones mentales, vitalidad y actividades habituales.</p>
<b>N° 58</b>	
<b>Referencia</b>	<p>Van der Ploeg, E &amp; Leermakers, M (noviembre- diciembre, 2017). <b>A pilot exploration of the effect of designated Function Focused Care on mobility, functional dependence and falls frequency in Dutch nursing home residents.</b> ELSEIVER: Geriatric Nursing, 38 (6), 573- 577. Obtenido de <a href="https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2017.04.009">https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2017.04.009</a></p>
<b>Objetivo</b>	<p>El objetivo del estudio fue aplicar la metodología Function Focused Care (FFC) para estimular la participación de los(as) residentes en sus actividades diarias.</p>

<b>Tipo de estudio</b>	Estudio piloto de cohorte longitudinal.
<b>Metodología</b>	<p>Participaron 53 residentes de 4 hogares de larga estancia, en Holanda.</p> <p>Este plan piloto se realizó para comprobar que la metodología FFC mejora la funcionalidad y reduce el número de caídas.</p> <p>La capacitación se basó en videos y teoría sobre la implementación e investigación de la metodología.</p> <p>Asimismo, se llevó un informe sobre las siguientes medidas: número de caídas durante 3 meses, dependencia funcional, movilidad, velocidad de transferencia, velocidad al caminar y equilibrio, que se midieron al primer, tercer y sexto mes posterior a la intervención.</p>
<b>Resultados</b>	<p>Los autores encontraron que la metodología FFC condujo a menos personas con sucesos de caída y a más personas con mayor independencia funcional.</p> <p>Del mismo modo, no encontraron mejoría significativa ni calificaciones de disminución en la velocidad de transferencia, la velocidad al caminar ni en el equilibrio.</p> <p>En conclusión, los efectos de la incorporación de la metodología FFC fueron sutiles y se hicieron más acentuados con el tiempo, por ende, probaron la hipótesis de que el uso de FFC conduce a la estabilización o mejora de funcionalidad de las personas adultas mayores.</p>
<b>N° 59</b>	
<b>Referencia</b>	<p>Vandenberg, A et al (julio- agosto, 2017). <b>US and Dutch nurse experiences with fall prevention technology within nursing home environment and workflow: A qualitative study.</b> ELSEIVER: Geriatric Nursing, 38 (4), 276-282. Obtenido de <a href="https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2016.11.005">https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2016.11.005</a></p>
<b>Objetivo</b>	El objetivo de la investigación fue explorar la experiencia del personal de enfermería en el uso de tecnología en la prevención de caídas dentro de dos hogares de larga estancia para personas adultas mayores.
<b>Tipo de estudio</b>	Estudio cualitativo.

<b>Metodología</b>	<p>Utilizaron dos hogares de larga estancia, uno en Georgia, Estados Unidos con 168 camas y el otro en Winterswijk, Países Bajos, con 152 camas.</p> <p>Ambos casos se analizaron por separado y después se comparó la información. Dentro de las variables a investigar, estuvo: la magnitud del problema de las caídas, la cultura de seguridad, los sistemas tecnológicos y la efectividad de la tecnología.</p>
<b>Resultados</b>	<p>Los autores encontraron que el personal del hogar en Estados Unidos, experimentó las caídas como un problema de gran magnitud, la cultura de seguridad requería vigilancia constante y colectiva y las tecnologías de prevención de caídas producían ruido, el cual agitaba a los(as) residentes y producía caos en el flujo de trabajo.</p> <p>Por otro lado, el personal del hogar de los Países Bajos experimentó las caídas como un problema de baja magnitud, la cultura de seguridad se basó en la atención centrada en la persona y la tecnología se podía personalizar para el residente, facilitando una respuesta controlada y organizada.</p>
<b>N° 60</b>	
<b>Referencia</b>	<p>Wang, T et al (mayo-junio, 2012). <b>Associations Between Chewing and Swallowing Problems and Physical and Psychosocial Health Status of Long-Term Care Residents in Taiwan: A Pilot Study.</b> Geriatric Nursing, 33 (3), 184-193. Obtenido de doi: 10.1016/j.gerinurse.2011.12.002</p>
<b>Objetivo</b>	<p>El propósito fue determinar el factor asociado con los problemas de masticación y deglución entre los(as) residentes de atención a largo plazo en Taiwán.</p>
<b>Tipo de estudio</b>	<p>Estudio transversal.</p>
<b>Metodología</b>	<p>Se evaluó la salud bucal de 781 residentes de un hogar de larga estancia para personas adultas mayores, en Taiwán.</p> <p>Utilizando la escala de evaluación primaria de China, la escala de rendimiento cognitivo, el índice de participación social y la escala de actividades de la vida diaria.</p> <p>Las variables estudiadas fueron: el estado de la salud oral, la nutrición y calidad de vida de los(as) residentes institucionalizados.</p>
<b>Resultados</b>	<p>Entre los resultados, encontraron que las mujeres fueron quienes presentaron más problemas para masticar y tragar (debido a menos dientes naturales y a dientes rotos, flojos o con caries).</p>

	<p>En general, los inconvenientes de masticación y deglución de los(as) residentes se relacionaron significativamente con la ingesta parenteral / enteral, el estado de salud oral, el estado nutricional, las enfermedades concomitantes, la función cognitiva y el compromiso social.</p> <p>Por ende, recomendaron que el personal de enfermería fuera adecuado y capacitado para realizar las evaluaciones de salud bucal.</p>
<b>N° 61</b>	
<b>Referencia</b>	Watkins, R et al (julio-agosto, 2017). <b>Attitudes, perceptions and experiences of mealtimes among residents and staff in care homes for older adults: A systematic review of the qualitative literatura.</b> ELSEIVER: Geriatric Nursing, 38 (4), 325-333. Obtenida de <a href="https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2016.12.002">https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2016.12.002</a>
<b>Objetivo</b>	El fin del estudio fue comprender los factores que pueden contribuir a la desnutrición según las actitudes, percepciones y experiencias de las comidas entre los(as) residentes y el personal de los hogares de cuidado.
<b>Tipo de estudio</b>	Revisión sistemática de literatura cualitativa.
<b>Metodología</b>	La búsqueda bibliográfica se realizó en las siguientes bases: Medline, Embase, PsychINFO, AMED y Cochrane, en el 2015. Dos personas revisaron la calidad de los documentos usando los criterios de Wallace.
<b>Resultados</b>	<p>Los autores incluyeron 15 estudios en la revisión, que abarcaron los puntos de vista y opiniones de un total de 580 participantes establecidos en nueve países diferentes.</p> <p>Se identificaron 4 temas: apoyo organizacional y del personal, agencia del residente, cultura de la hora de comer y calidad y disfrute de la comida.</p> <p><i>El apoyo organizacional y del personal:</i> Los tiempos de comida son una parte esencial de la vida en el hogar de cuidado, pues brinda una estructura al día y generan oportunidades para la conversación y el compañerismo.</p> <p>Se debe tener en consideración las necesidades de los(as) residentes y crear entornos agradables para ellos, para mejorar la experiencia de la hora de comer.</p>

	<p><i>Agencia del residente:</i> consistió en la importancia de la elección individual sobre cuándo comer, qué comer, dónde comer y con quién.</p> <p><i>Cultura de la hora de comer:</i> el significado sociocultural de la comida consistió en la expresión de significados y recuerdos compartidos de los alimentos, pues las comidas brindan un sentido de normalidad social y una oportunidad para la interacción social.</p> <p>En general, los(as) residentes y el personal consideraron las comidas como un punto focal sobre el cual programaron todas las otras actividades diarias.</p> <p><i>Comida de calidad y disfrute:</i> se refirió a los aspectos físicos de la hora de la comida y a la calidad de la comida, como: el ambiente del comedor, la variedad del menú, el atractivo sensorial, el entorno físico del comedor y el tipo de comida.</p>
<b>N° 62</b>	
<b>Referencia</b>	Winbland, U et al (junio-julio, 2017). <b>¿Do public nursing home care providers deliver higher quality than private providers? Evidence from Sweden.</b> BMC Health Services Research, 17, 1-12. Obtenido de DOI 10.1186/s12913-017-2403-0
<b>Objetivo</b>	El objetivo fue investigar la relación entre la propiedad y la calidad de la atención en hogares de larga estancia para personas adultas mayores, comparando los niveles de calidad entre los proveedores de atención de hogares públicos con y sin fines de lucro.
<b>Tipo de estudio</b>	Estudio transversal.
<b>Metodología</b>	<p>Se usó los datos de una encuesta nacional de la Junta Nacional de Salud y Bienestar de Suecia del 2011, que se realizó en 2710 hogares de larga estancia.</p> <p>Se examinaron 14 indicadores de calidad de estructura y proceso: empleados por residente, empleo por hora, empleo a tiempo completo, rotación de empleados, competencia avanzada, competencia básica, alojamiento individual, participación, plan de atención actualizado, cantidad de residentes con ayuno nocturno de 11 horas, revisión de medicación, detección de caídas, detección de úlceras por presión y detección de desnutrición.</p>

	Como el propósito fue investigar si la propiedad afecta la calidad de la atención, se dividió en cuatro categorías: hogares públicos, con fines de lucro, sin fines de lucro y privados.
<b>Resultados</b>	<p>Los autores encontraron que los hogares públicos tienen mayor calidad que los hogares privados con relación a dos medidas de calidad estructural: niveles de personal y hospedaje individual.</p> <p>Sin embargo, los hogares privados tuvieron un puntaje mayor en los indicadores de calidad de procesos, como: revisión de medicamentos, detección de caídas y desnutrición.</p> <p>Los autores no hallaron diferencias significativas de calidad entre los tipos de propiedad privada, es decir, con fines de lucro, sin fines de lucro y compañías de capital privado; por lo que consideraron que los motivos de lucro son menos importantes para determinar la calidad en la atención en hogares de larga estancia.</p>
<b>N° 63</b>	
<b>Referencia</b>	Wylie, G et al (abril-julio, 2017). <b>Podiatry intervention versus usual care to prevent falls in care homes: pilot randomised controlled trial (the PIRFECT study)</b> . BMC geriatrics, 17 (1), 1-13. Obtenido de <a href="https://doi.org/10.1186/s12877-017-0541-1">https://doi.org/10.1186/s12877-017-0541-1</a>
<b>Objetivo</b>	El propósito del estudio fue evaluar: la viabilidad de un ensayo de una intervención de podología para reducir las caídas en el hogar de cuidado y la magnitud del efecto de la intervención en términos de cantidad de caídas en residentes de hogares de cuidado.
<b>Tipo de estudio</b>	Ensayo controlado aleatorio, estudio piloto ciego.
<b>Metodología</b>	<p>El ensayo piloto se hizo en 6 hogares de cuidado en el este de Escocia.</p> <p>Los(as) participantes fueron divididos en dos grupos, uno de 23 personas que recibió la intervención de podología de tres meses que comprendió atención básica de podología, pie y tobillo, provisión de ejercicios, ortesis y calzado y el otro grupo de 20 personas recibió la atención habitual.</p> <p>Ambos grupos fueron evaluados al inicio, al tercer, sexto y noveno mes de finalizada la intervención.</p> <p>Las variables a investigar estuvieron relacionadas con: número de caídas y tiempo hasta la primera caída; además, se seleccionaron resultados de factibilidad (como: reclutamiento, retención, adherencia, tasas de recopilación de datos).</p>



<b>Resultados</b>	<p>Entre los resultados los autores lograron que el 35% de los(as) participantes completaran el programa de ejercicios y no se reportó ningún evento adverso durante la intervención.</p> <p>Al seguimiento de los 9 meses la caída del grupo de intervención por persona tuvo una tasa de 0,77, mientras que el grupo control tuvo 0,83.</p> <p>Los autores concluyeron que una intervención de podología para reducir las caídas se puede administrar a los(as) residentes de hogares de larga estancia.</p> <p>El estudio aún no pudo determinar la efectividad de la intervención, pero si justificó para realizar un ensayo más amplio, incorporando una evaluación completa para establecer si la intervención puede reducir significativamente las caídas en esta población de alto riesgo.</p>
<b>N° 64</b>	
<b>Referencia</b>	Zenthöfer, A et al (junio, 2013). <b>Improving oral hygiene in the long-term care of the elderly- a RCT.</b> Community dentistry and oral epidemiology, 41 (3), 261-268. Obtenido de doi: 10.1111/cdoe.12007
<b>Objetivo</b>	El objetivo fue investigar si había diferencias significativas entre el grupo de intervención y el grupo control, en un programa para mejorar la higiene oral de la población adulta mayor institucionalizada.
<b>Tipo de estudio</b>	Ensayo clínico aleatorizado prospectivo.
<b>Metodología</b>	<p>Participaron 106 adultos mayores de hogares de larga estancia, en el suroeste de Alemania.</p> <p>Los(as) participantes fueron divididos en cuatro grupos: tres grupos de terapia y un grupo de control.</p> <p>A los grupos que recibieron la terapia se les limpió los dientes y las dentaduras postizas profesionalmente y se dieron instrucciones individuales.</p> <p>A uno de estos grupos se le re-instruyó y re-motivó por un dentista, a otro se le brindó ayuda del personal educado en higiene dental y recibió re-motivación y al tercer grupo no se le motivó después de la limpieza profesional.</p> <p>El grupo control, no tuvo ninguna intervención.</p>

	<p>Los datos que se recopilaron fueron: registro de control de placa, sangrado gingival e índices de higiene de prótesis. Estos datos fueron evaluados a los 3 años.</p>
<b>Resultados</b>	<p>Al comparar los índices de higiene dental, placa y sangrado gingival los autores encontraron que fueron significativamente más bajos en los grupos de intervención durante un período de doce semanas.</p> <p>De igual manera, los efectos entre el control y cada grupo de intervención fueron comparables; pero, a pesar de que dos de los grupos de intervención recibieron más ayuda e instrucción, el seguimiento a largo plazo mostró que todos los índices fueron significativamente peores que en la última evaluación.</p> <p>En general, los autores recomendaron la limpieza profesional de dientes y dentaduras postizas, con instrucciones individuales, para mejorar la higiene bucal. Pero, como su efecto se reduce con el tiempo indicaron que se necesita de una renovación de la intervención.</p>

En cuanto al segundo objetivo específico: “Validar las dimensiones estratégicas más relevantes para la evaluación de la calidad de la atención”, se procedió a definir cada dimensión estratégica obtenida de la revisión bibliográfica y a formular preguntas para cada una con el fin de conocer la opinión de los(as) expertas en el tema, confeccionando de esta manera la entrevista semiestructurada (ver anexo 5). El resultado se muestra a continuación:

**Tabla 4. Distribución de preguntas para la primera entrevista semiestructurada según la dimensión estratégica tratada.**

<b>Dimensión estratégica</b>	<b>Definición</b>	<b>Preguntas</b>
<b>1. Actividad física</b>	Conciernen a cualquier movimiento del cuerpo que implique gasto de energía.	¿Cómo considera usted que se debe evaluar la actividad física que realizan las personas adultas mayores institucionalizadas?  ¿Con cuál regularidad cree usted que las personas usuarias de los hogares deben realizar actividad física?
<b>2. Actividades sociales y recreativas</b>	Son aquellas acciones voluntarias que realiza la persona para divertirse y/o entretenerse, que pueden involucrar o no la interacción con otras personas.	¿Qué aspectos considera usted que deben de tomarse en cuenta al evaluar las actividades sociales y recreativas para las personas institucionalizadas en los hogares?  ¿Con cuál frecuencia cree usted que las personas usuarias de los hogares deben realizar actividades recreativas y sociales?
<b>3. Caídas</b>	Son eventos involuntarios donde se puede perder el equilibrio y el cuerpo da contra la tierra o a una superficie firme.	¿Cómo cree usted que se debe evaluar el tema de caídas de las personas adultas mayores

		<p>institucionalizadas? ¿Cuáles indicadores considera pertinentes?</p> <p>¿Cuál considera usted que debe ser la prevalencia de caídas en los adultos mayores institucionalizados?</p>
<b>4. Calidad del sueño</b>	<p>Se relaciona con el buen dormir de la persona que le permite un buen funcionamiento durante el día.</p>	<p>¿Cómo se puede evaluar la calidad del sueño en las personas residentes de hogares de larga estancia?</p> <p>¿Cuánto tiempo al día considera usted que deben dormir las personas adultas mayores?</p> <p>¿Cuántas horas considera oportuno que una persona adulta mayor duerma durante el día (siesta)?</p>
<b>5. Condición de fragilidad</b>	<p>Deterioro progresivo del estado de salud asociado a la edad, produce disminución de la funcionalidad y la capacidad de responder adecuadamente a situaciones de estrés.</p>	<p>¿Considera usted que se debe valorar la condición de fragilidad de las personas adultas mayores institucionalizadas, por qué?</p> <p>¿Con qué frecuencia se deben evaluar los indicadores de fragilidad (debilidad, fatiga, pérdida de peso, baja actividad física, mal equilibrio, baja velocidad de marcha, discapacidad visual y deterioro cognitivo)?</p>

<p><b>6. Cuidado centrado en la persona</b></p>	<p>Es la atención cuyo enfoque tiene su eje centrado en la persona y busca mejorar su calidad de vida.</p>	<p>En la dimensión del cuidado centrado en la persona:</p> <p>Teniendo en cuenta que corresponde a la atención cuyo enfoque tiene su eje centrado en las necesidades de la persona y busca mejorar su calidad de vida al favorecer su independencia funcional en la medida de lo posible y crear condiciones para que el individuo dirija su vida en función a sus gustos, creencias e intereses.</p> <p>¿Cuáles actividades considera usted importantes de realizar para alcanzar su cumplimiento?</p> <p>¿Cuál frecuencia es la oportuna para realizar entrevistas de satisfacción a los(as) usuarias de los hogares?</p>
<p><b>7. Cuidados del pie</b></p>	<p>Corresponde a las acciones de higiene, calzado y ejercicios para mantener saludables los pies.</p>	<p>¿Considera usted importante valorar el tema de cuidado de los pies en la persona adulta mayor institucionalizada, por qué?</p> <p>¿Cuál considera usted que debe ser la frecuencia para evaluar los cuidados del pie en los adultos mayores (examen completo del pie, higiene, protección de la piel, prevención de úlceras por presión, entre otros)?</p>

<b>8. Diversidad sexual</b>	Constituye a la gama de orientaciones sexuales e identidad de género que poseen las personas.	<p>¿Cómo cree usted que se debe evaluar la atención de las personas adultas mayores LGBT (Lesbianas/Gais/Bisexuales/Transgénero) institucionalizadas?</p> <p>¿Cuál frecuencia es la oportuna para realizar entrevistas sobre la satisfacción de la atención que se brinda a los(as) usuarias LGBT de los hogares?</p>
<b>9. Errores de medicación</b>	Son equivocaciones a la hora de solicitar, prescribir, despachar, preparar, administrar o consumir un medicamento.	<p>¿Cuál frecuencia considera usted adecuada para que el hogar de larga estancia reporte los errores de medicación?</p> <p>De los siguientes fallos en medicación: error en la administración y/o prescripción, medicamento omitido y retrasado, dosis incorrecta u otro. ¿Cuáles considera oportuno monitorizar en los hogares de larga estancia?</p>
<b>10. Estado funcional</b>	Corresponde a la condición de la persona que le permite realizar las actividades básicas de la vida diaria.	<p>¿Cómo y cada cuánto se valora la capacidad funcional de las personas adultas mayores institucionalizadas?</p> <p>¿Con que frecuencia se ajustan las actividades programas para los(as) usuarias de los hogares de larga estancia a su capacidad funcional?</p>

<b>11. Estado nutricional</b>	Es la condición en la que se encuentra la persona, en relación con la ingesta y la adaptación fisiológica del organismo al recibir los diferentes nutrientes.	<p>¿Qué aspectos son necesarios de evaluar en relación con el estado nutricional de la persona adulta mayor institucionalizada?</p> <p>¿Cuál es la frecuencia adecuada para realizar valoraciones nutricionales a los(as) usuarias de los hogares de larga estancia?</p>
<b>12. Estructura</b>	Son todos aquellos atributos físicos y organizacionales, como recursos humanos, económicos, normas, entre otros, que poseen los establecimientos.	<p>Teniendo presente que la dimensión de estructura hace referencia a los recursos físicos (infraestructura, equipo, insumos), recurso humano y económicos que poseen los hogares de larga estancia. ¿Cómo considera usted que deben ser evaluados?</p> <p>¿Cómo debe ser la dotación del personal (médico, personal de enfermería, terapeuta físico y ocupacional, personal de cuidado básico, nutricionista, cocinero, auxiliar de cocina, personal de limpieza) que se encarga del cuidado de las personas institucionalizadas?</p>
<b>13. Expresión de la sexualidad</b>	Es la representación con palabras o signos sobre como la persona hombre o mujer vive su propio sexo, lo cual comprende las relaciones humanas y la relación consigo mismo.	¿Cómo considera que se debe evaluar el tema de sexualidad en la población adulta mayor institucionalizada?
<b>14. Manejo del dolor</b>	Toda medida realizada para mejorar la sensación o emoción desagradable asociada a un daño tisular real o potencial.	¿Cómo cree usted que se debe evaluar el tema del manejo del dolor en los adultos mayores?

		¿Con cuál frecuencia considera usted que se deben realizar las evaluaciones del dolor en los adultos mayores institucionalizados?
<b>15. Procesos</b>	Corresponden a las acciones que el personal de atención realiza por la persona usuaria, como procedimientos, comunicación, entre otras.	Según su opinión, ¿cuáles procedimientos de atención en salud se deben evaluar para garantizar una atención de calidad en los hogares?  ¿Cómo cree usted que se debe evaluar los procesos que se realizan en los hogares de larga estancia?
<b>16. Salud bucal</b>	Estado de bienestar bucodental que le permite al adulto mayor morder, masticar, sonreír y hablar sin dificultad.	¿Con cuál frecuencia considera usted que se deben realizar las evaluaciones bucodentales en los adultos mayores institucionalizados?
<b>17. Úlceras por presión</b>	Son lesiones cutáneas y de tejidos subyacentes producto de la fricción o presión continua en las áreas donde están las prominencias óseas.	¿Cómo se debe evaluar el tema de las úlceras por presión en los hogares de larga estancia?  ¿Cuál es su opinión acerca de los siguientes indicadores sobre úlceras por presión para ser aplicados en los hogares de larga estancia? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión al ingreso al hogar (estándar de cumplimiento <math>\geq 95\%</math> de personas con la valoración, medición anual).</li> </ul>



		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Porcentaje de pacientes con úlceras por presión (estándar de <math>\leq 6\%</math>, medición anual).</li> </ul>
<b>18. Uso de psicotrópicos</b>	Es cuando se utilizan sustancias sintéticas para influir en las funciones psíquicas de la persona, ya sea por problemas psiquiátricos o neurológicos.	¿Cuáles aspectos cree usted que se deben evaluar para regular el uso de medicamentos psicotrópicos en las personas institucionalizadas?

## **6.1. Etapa. Análisis en sitio**

### **6.1.1. Resultado de la primera entrevista de validación**

Continuando con el desarrollo del segundo objetivo específico: “Validar las dimensiones estratégicas más relevantes para la evaluación de la calidad de la atención”, se procede a exponer los resultados obtenidos en la primera entrevista a expertos(as) (anexo 5). Donde se encontró que, de los 10 hogares de larga estancia habilitados por el Área Rectora de Salud de Escazú, dos de ellos dejaron de funcionar a partir del mes de junio del 2019 (Residencia Manahim I y Residencia Manahim II, en San Miguel).

En cuanto a la entrevista, se logró concretar un grupo multidisciplinario que labora actualmente o laboró de forma directa con los ocho hogares de larga estancia habilitados en Escazú, este grupo consistió en: dos administradoras, una psicóloga, tres médicos especialistas en geriatría y gerontología, un médico general, dos enfermeros y una terapeuta respiratoria, los cuales en su mayoría tenían entre los 10 y 20 años de experiencia en trabajo con la población adulta mayor institucionalizada, solo tres personas no entraron en ese rango, pues contaban con 3 y 46 años de experiencia.

En relación al número de personas entrevistadas, Escobar y Cuervo (2008, p. 29) refieren que debe ser un promedio de 10 a 20 expertos(as), donde si el 80% concuerdan con el ítem se incorpora como criterio para la investigación, por ende, este grupo seleccionado es representativo para el objetivo de este trabajo.

Los resultados obtenidos para cada dimensión se agruparon según las siguientes categorías, las cuales dividen a las dimensiones según las características comunes que presentan cada una de ellas:

1. Administración: estructura y procesos.
2. Valoraciones: estado funcional y condición de fragilidad
3. Prevención: caídas, cuidados del pie y úlceras por presión.
4. Medicación: errores de medicación, manejo del dolor y uso de psicotrópicos.

5. Estilos de Vida Saludables: actividades sociales y recreativas, actividad física, estado nutricional, salud bucodental, calidad del sueño, cuidado centrado en la persona, expresión de la sexualidad y diversidad sexual.

En la primera categoría de administración, se halló que para la *dimensión de estructura* seis de los 10 participantes concordaron que los hogares de larga estancia deben de cumplir con las normas establecidas por el Ministerio de Salud y la Ley 7600 para lograr un servicio de calidad, sin embargo, opinaron que sería oportuno que dichas regulaciones consideraran la antigüedad del establecimiento, pues no todas se pueden cumplir a cabalidad. Además, piensan que debe existir una concordancia en la evaluación que realiza el Ministerio de Salud y el CONAPAM e incorporar aspectos de calidad.

De la misma manera, siete de los(as) participantes refirieron que la capacitación del recurso humano es fundamental para lograr brindar un servicio de calidad, pues es el encargado de promover la independencia física y mental de los(as) usuarias, por lo que debe de contar con la aptitud y actitud para laborar con esta población. En este sentido, se mencionó que las entrevistas laborales deben estar basadas en competencias y habilidades blandas (empatía, solidaridad, capacidad de análisis y observación); asimismo, agregaron que estos establecimientos deben de tener asesorías por expertos en nutrición y psicología.

En cuanto a la dotación del personal, se encontró que ocho de los(as) entrevistadas consideraron que la dotación debe de ser según la condición de dependencia o demencia del usuario(a) del hogar, pues estas dos condiciones generan mayor requerimiento de atención. Entre las recomendaciones que dan para el personal de enfermería, es un profesional por cada 9-12 adultos mayores, mientras que para el personal de cuidado básico fue de un asistente por cada 6-9 residentes; también destacan el rol de visitas por un profesional en medicina y mayor supervisión a las labores del personal.

Entre otras de las recomendaciones dadas por los expertos en el tema de estructura, fueron las siguientes: los hogares deben de tener suficiente área verde que permita el esparcimiento, deben ser lugares donde las personas se sientan a gusto, deben tener flores,

fuentes de agua, tener suficiente equipo e insumos para realizar los cuidados y se debe valorar el uso de camas tipo hospitalario para mayor seguridad. Asimismo, dos de los médicos geriatras recomendaron tener por habitación un máximo de tres residentes, los cuales deben ser estratificados por su estado cognitivo o tipo de demencia para evitar que interfiera con la condición de otros usuarios(as); además consideraron importante rotar a las personas a la hora de comer para evitar hacer costumbres y mejorar la interacción.

En relación a la *dimensión de procesos*, asociada a los procedimientos de atención en salud que se le deben realizar a los adultos mayores institucionalizados, se halló que seis participantes coincidieron con la valoración médica, para que sea este profesional quien haga las respectivas coordinaciones según la persona usuaria lo requiera; los tres médicos geriatras consideraron importante la realización del test de depresión, así como, tener controles anuales de laboratorio para detectar infecciones u otras alteraciones en la condición de salud.

Igualmente, cinco entrevistados señalaron necesario contar con valoraciones por parte de terapia física, terapia ocupacional y profesionales de enfermería que evalúen problemas en la deglución, habla, desarrollo de úlceras por presión, riesgo de caídas, cuidados de la piel y salud bucodental. Cabe señalar, que ocho de los(as) participantes consideraron necesario la valoración nutricional, estado funcional y tener asesorías por profesionales en trabajo social.

Para estos profesionales la forma en la que se deben evaluar los procedimientos anteriormente dichos es la siguiente: para cinco de ellos, se requiere de un registro fiable en el expediente por parte del personal médico y de enfermería, en el cual se especifique la condición de la persona, su registro nutricional, la evaluación de úlceras o cualquier otro aspecto que pueda afectar la salud del adulto mayor, dicho registro se debe revisar cada seis meses para valorar cumplimiento.

Para tres médicos entrevistados la valoración geriátrica integral (que valora el estado funcional, condición de fragilidad, estado nutricional, test de depresión, entre otros aspectos) conviene efectuarse al ingreso del usuario(a) al hogar, cada mes si la persona presenta algún factor de riesgo y cada tres meses para los ambulatorios. Sin embargo, dos entrevistados

consideraron que dicha valoración debe hacerse cada 6 a 12 meses, dependiendo la condición de salud.

Otras consideraciones que mencionaron importantes, fue contar con protocolos de atención e indicadores de cumplimiento; también expresaron que la evaluación debe realizarse mediante la observación, retroalimentación y capacitación en las deficiencias encontradas.

En la segunda categoría sobre valoraciones, se tomó en cuenta la *dimensión del estado funcional* donde se concretó que la valoración funcional del adulto mayor, según cuatro de los(as) participantes, le corresponde a los profesionales en terapia física, para que den seguimiento y planteen un plan de atención individualizado; del mismo modo, dos personas coincidieron en que los profesionales en terapia ocupacional también deben de realizar este tipo de valoración cuando existen afecciones cognitivas o inicio de un síndrome geriátrico.

Por otra parte, seis entrevistados indicaron que la valoración funcional se puede realizar por parte del personal de enfermería durante las rutinas diarias y si observa algún cambio en la condición debe referirlo al médico tratante, quien la efectuará cada seis meses en personas dependientes y cada año en usuarios(as) independientes. En el tema de estado funcional, dos geriatras expresaron la importancia de contar con protocolos de movilización, prevención de caídas, de broncoaspiración y úlceras por presión para evitar el deterioro de las personas.

De acuerdo al criterio de siete expertos, la frecuencia para el ajuste de las actividades programadas para los(as) usuarias según su capacidad funcional, debe de ser diaria; puesto que, los hogares requieren de un plan de trabajo que se acople a las capacidades físicas y cognitivas de los adultos mayores.

En la *dimensión de fragilidad*, todos los(as) expertas indicaron que valorar la fragilidad es esencial en la atención de las personas institucionalizadas en los hogares, pues

ellas no están preparadas para vivir en este tipo de establecimiento y esta evaluación permite confeccionar el plan de atención según sus necesidades. En cuanto a la frecuencia de evaluar los indicadores de fragilidad como: debilidad, fatiga, pérdida de peso, baja actividad física, mal equilibrio, baja velocidad de marcha, discapacidad visual y deterioro cognitivo, según siete personas se debe realizar de forma diaria por parte del personal de enfermería y cada seis meses por parte del médico en adultos mayores dependientes y cada año en individuos independientes; sin embargo, hay dos participantes que consideraron conveniente cada mes.

En la tercera categoría sobre prevención se abordó la *dimensión de caídas*, donde nueve entrevistados coincidieron en que es fundamental que el hogar tome todas las medidas de prevención posibles, ya sea en infraestructura, calzado, asistencia en actividades diarias, revisar condición de los(as) usuarias, valorar sujeciones, dar acompañamiento, personalizar la atención, entre otras. Asimismo, para siete personas fue importante que el establecimiento posea protocolos para el manejo de caídas, donde se realice un tamizaje de factor de riesgo, protocolo de atención en caso de una caída, valoración de uso de medicamentos que produzcan sedación o hipotensión, revisión de cada caso de forma individual y mensualmente.

En relación a la prevalencia anual de caídas en los hogares de larga estancia, para cuatro profesionales debe de ser cero y en el momento que se presente un evento valorar los factores relacionados, para cuatro de ellos, lo ideal sería de 0- 5%; pero, cinco pensaron que este valor va a depender de la condición del adulto mayor en cada hogar.

En la *dimensión de cuidados del pie*, todos concordaron en que es un tema significativo en la atención de calidad, pues la valoración completa de los pies permite detectar lesiones prevenibles para el desarrollo de celulitis o infecciones de tejido blando y corresponde a un aspecto de evaluar en todos los(as) usuarias, pero con mayor énfasis en las personas diabéticas. La frecuencia de la valoración del pie para siete profesionales es conveniente de realizar todos los días durante el baño; empero, en las personas con algún factor de riesgo se deben realizar de forma minuciosa por los asistentes cada semana y cada seis meses por un podólogo.

En la *dimensión de úlceras por presión*, siete profesionales mencionaron que este tema se debe enfocar en las medidas preventivas, como: el uso de colchones especiales, protocolos de cambios de posición, hidratación de la piel, buena alimentación, educación al personal y a los adultos mayores, entre otras. Igualmente, seis indicaron que el personal de enfermería es el encargado de la valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión y que debe llevar un registro de las lesiones, así como, de los tratamientos aplicados de manera diaria.

En relación al indicador de “Valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión al ingresar al hogar”, estuvieron de acuerdo nueve profesionales, solo que cambiaron el estándar de cumplimiento al 100%, con una medición anual. En el segundo indicador sobre “Porcentaje de pacientes con úlceras por presión”, nueve entrevistados estuvieron de acuerdo en que el estándar fuera de  $\leq 6\%$ , solo dos indicaron que sería mejor medirlo cada seis meses.

En la cuarta categoría sobre medicación, se consideró la *dimensión de errores de medicación* que expuso la necesidad de que el personal de enfermería contara con un registro adecuado de la administración de los medicamentos, esto según el criterio de siete profesionales. Igualmente, hicieron hincapié en que el reporte de cualquier error se diera de forma inmediata y que el médico revisará cada tres meses los tratamientos junto con el expediente, Kardex de enfermería y tarjetas.

En torno a la revisión de los casos de los errores, tres creyeron oportuno valorar cada fallo semestralmente; donde se monitorice errores en la administración y/o prescripción, medicamento omitido o retrasado y dosis incorrecta; en este tema, dos mencionaron importante la valoración médica para el ajuste de dosis en la medida de lo posible.

En la *dimensión del manejo del dolor*, para siete profesionales fue conveniente que el dolor sea evaluado por el médico o personal de enfermería; sin embargo, refirieron que a los encargados del cuidado básico se les debe de capacitar en la detección del dolor, principalmente en personas con deterioro cognitivo. Entre otras recomendaciones, están tener un registro de las características del dolor y las medidas tomadas al respecto, hacer las

coordinaciones de los tratamientos en los casos de personas en etapas terminal y realizar las valoraciones cada día y por razón necesaria, esto según la opinión de 10 profesionales.

En la *dimensión de uso de psicotrópicos*, siete entrevistados coincidieron en que una medida para regular el uso de este medicamento es que sean solo indicados por el médico, profesional que debe valorar el ajuste de dosis según la respuesta de la persona. Uno de los geriatras recomendó rotular este tipo de medicación con un código de colores que indique el riesgo; además, dos profesionales agregaron que la capacitación sobre el uso y efecto, así como, las posibles medidas no farmacológicas para tranquilizar a los adultos mayores, es precisa para el personal con el fin de evitar sobre medicación.

En la quinta categoría sobre estilos de vida saludables, se tomó en cuenta *la dimensión de actividades sociales y recreativas*, en ésta siete personas concordaron en que las actividades deberían planearse de acuerdo a los gustos e intereses, así como, a la condición física y cognitiva del adulto mayor. Otros consejos fueron que se evitaran las rutinas, rotar el tipo de eventos, los cuales deben ser supervisados por terapeutas físicos u ocupacionales y valorar la actitud del residente ante la actividad; en cuanto a la frecuencia de la participación de los(as) residentes del hogar, 10 profesionales indicaron que tiene que ser diaria por períodos cortos.

Por otro lado, en la *dimensión de actividad física*, siete personas apoyaron que las actividades programadas deben ser acordes a las capacidades cognitivas y funcionales de los adultos mayores; igualmente, siete personas consideraron importante los ejercicios aeróbicos que refuercen la flexibilidad, coordinación y resistencia (las caminatas fue el más recomendado), en rangos de 20-30 minutos diarios.

En la *dimensión de estado nutricional*, los tres geriatras recomendaron el Mini-nutritional test, que es una herramienta de evaluación para personas mayores de 65 años que indica si están desnutridos o en riesgo de desnutrición; otros seis profesionales, retomaron la consideración de los gustos y condición de salud del residente para confeccionar los menús. En torno a la frecuencia para realizar las valoraciones nutricionales, seis creyeron que es



recomendable hacerla cada mes en personas en riesgo de malnutrición y cada seis meses a los demás residentes.

En la *dimensión de salud bucodental*, la frecuencia para las valoraciones, según seis participantes es suficiente realizarla cada año, pero las revisiones por parte del encargado del cuidado básico tienen que ser diarios para evitar complicaciones. Sin embargo, cuatro participantes creyeron oportuno que las valoraciones se realicen cada vez que sea necesario por parte de profesionales en odontología.

En la *dimensión sobre calidad del sueño*, no se logró llegar a un consenso sobre la manera más idónea para evaluar este aspecto, en dicho caso los(as) participantes optaron por dar las siguientes recomendaciones: capacitar al personal para valorar el descanso nocturno en los adultos mayores con demencia, el personal de enfermería tiene que valorar las horas efectivas, la cantidad de medicamento y vigilar el delirio nocturno, revisar a la persona de manera individual, no establecer horarios estándar, tener buena iluminación durante el día, procurar que los(as) residentes tengan una adecuada higiene del sueño, realizar musicoterapia, yoga, entre otras actividades.

En relación a la cantidad de horas recomendadas para que las personas adultas mayores duerman durante la noche, fue de 6 a 8 horas y siete personas indicaron que las siestas durante el día no deben exceder los 60 minutos, mientras que tres profesionales creyeron oportuno que no fueran mayor a los 30 minutos.

En la *dimensión sobre cuidado centrado en la persona*, para cinco profesionales este aspecto se logra al orientar todas las actividades programadas para los(as) residentes según sus gustos e intereses y para cinco de ellos, es necesario fomentar la autonomía y respetar sus decisiones en torno a tratamientos, hospitalizaciones, comida, entre otros; la idea es que los adultos mayores se sientan importantes. Y para lograr valorar su cumplimiento, siete indicaron oportuno realizar las entrevistas de satisfacción cada año, pero por un agente externo al hogar, mientras que para tres entrevistados debe de ser cada cuatro meses.

En torno a la *dimensión de la expresión de la sexualidad*, siete profesionales concordaron en que la educación al personal y a los(as) residentes es un aspecto fundamental para garantizar la satisfacción y vivencia de la sexualidad y para cuatro personas, el respeto a la intimidad, el proporcionar espacios para compartir y evitar los prejuicios proporciona un ambiente agradable para la persona adulta mayor. En sí, los(as) entrevistadas no llegan a un consenso de como evaluar el tema, pero si lo exponen como una necesidad para esta población.

Siguiendo esta línea, en la *dimensión de diversidad sexual*, para ocho profesionales la atención que se le proporciona a la población adulta mayor LGBT institucionalizada se debe evaluar de la misma manera que al resto de los(as) residentes, consideraron que el segregar a las personas por su orientación sexual lleva a la desigualdad y discriminación en el trato, por ende, para ellos es importante la educación al personal y a los demás residentes para mejorar la tolerancia y el respeto. Igualmente, dos de los médicos expresaron que este es un tema tabú en la actualidad, pero en pocos años se va a tratar de manera cotidiana.

En términos generales, para los(as) entrevistadas las 18 dimensiones citadas se consideraron necesarias para evaluar la calidad de la atención que se brinda en los hogares de larga estancia; sin embargo, cada una tiene su grado de importancia.

Con esta perspectiva, se logró identificar que para estos profesionales resultó preferente: el cuidado centrado en la persona, los procesos, la actividad física, el estado nutricional, la condición de fragilidad, la calidad del sueño, el estado funcional, las caídas y la salud bucal, pues fueron las primeras opciones al solicitarles su priorización. En contra parte, se observó que no resultó prioritario: el manejo del dolor, las úlceras por presión, el uso de psicotrópicos, los errores de medicación, la evaluación de las actividades sociales y recreativas, la estructura, el cuidado del pie, la expresión de la sexualidad y la diversidad sexual.

Con el resultado obtenido en la primera entrevista se consiguió agrupar las opiniones de los(as) participantes, a continuación, se plantea una serie de preguntas según cada

dimensión, que tiene el fin de concretar más a fondo los aspectos en los cuales difirieron en torno a la evaluación de la calidad de la atención en los hogares.

**Tabla 5. Distribución de preguntas para la segunda entrevista semiestructurada según la dimensión estratégica tratada.**

CATEGORÍA DE ADMINISTRACIÓN	
Dimensión	Pregunta (s)
Estructura	<p>¿Cuál es su opinión acerca del siguiente indicador, para medir la calidad de atención que se brinda en los hogares de larga estancia? Mejorar el cumplimiento de la Ley 7600 y el Reglamento para el otorgamiento del permiso sanitario de funcionamiento de los Hogares de Larga Estancia para Personas Adultas Mayores.</p> <p>¿Con qué frecuencia considera usted oportuno realizar capacitaciones al personal?</p> <p>¿Qué opina sobre la siguiente propuesta de dotación del personal?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personal de enfermería 1 por cada 9-12 residentes.</li> <li>• Personal de cuidados básicos 1 por cada 6-9 residentes.</li> </ul>
Procesos	<p>¿Cuál es su criterio acerca de los siguientes procedimientos de atención en salud para los adultos mayores institucionalizados, como medidas que garantizan una atención de calidad? (Valoración médica, test de depresión, control de laboratorio anual, valoración por: terapia física, terapia ocupacional y enfermería, valoración nutricional, valoración del estado funcional, valoración por trabajo social).</p>

	<p>¿Cuál es su opinión acerca de revisar los registros médicos y de enfermería cada 6 meses, como mecanismo de control de cumplimiento de procedimientos y valoraciones?</p> <p>¿Qué opina sobre la siguiente propuesta de frecuencia de valoración geriátrica integral?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Al ingresar a la institución.</li> <li>• 1 vez cada mes si la persona presenta un factor de riesgo.</li> <li>• 1 vez cada 3 meses en pacientes ambulatorios.</li> </ul>
<b>CATEGORÍA DE VALORACIONES</b>	
Estado funcional y Condición de fragilidad.	¿Qué considera usted sobre que las <i>valoraciones del estado funcional y condición de fragilidad</i> de los adultos mayores las realice el personal de enfermería, terapia física y ocupacional de manera diaria y el médico tratante cada 6 meses en personas dependientes y cada año en personas independientes?
<b>CATEGORÍA DE PREVENCIÓN</b>	
Caídas	<p>¿Qué piensa usted sobre que cada hogar de larga estancia tenga un protocolo de manejo de caídas, donde se valore cada caso de manera individual y mensual?</p> <p>¿Qué opina sobre mantener una prevalencia de caídas anual en los hogares de larga estancia <math>\leq 5\%</math>?</p>
Cuidados del pie	<p>¿Qué opina sobre la siguiente propuesta de frecuencia de valoración del pie (examen completo de la piel, higiene, protección de la piel, entre otros)?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diario durante el baño.</li> <li>• En personas con factor de riesgo cada semana por el personal encargado del cuidado y cada 6 meses por un podólogo.</li> </ul>
Úlceras por presión	¿Qué piensa sobre que el personal de enfermería tenga un registro diario de valoración de riesgo de desarrollar úlceras por presión?

<b>CATEGORÍA DE MEDICACIÓN</b>	
Errores de medicación	<p>¿Qué opina sobre las siguientes recomendaciones?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Registro diario de aplicación de medicamentos, por parte del personal de enfermería.</li> <li>• Auditorias médicas trimestrales (revisión de tratamiento contra expediente, Kardex de enfermería y tarjetas).</li> <li>• Analizar los errores de medicación cada semestre, por parte del personal encargado del cuidado y administrativo.</li> </ul>
<b>CATEGORÍA DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES</b>	
Estado nutricional	<p>¿Cuál es su opinión acerca de aplicar el Mini-nutritional test en los hogares (herramienta que evalúa si la persona está desnutrida o en riesgo de desnutrición)?</p> <p>¿Qué piensa sobre realizar las valoraciones nutricionales cada mes en personas en riesgo de malnutrición y cada 6 meses a los demás residentes?</p>
Salud bucodental	¿Qué opina sobre realizar la valoración bucodental cada año por parte de profesionales en odontología y diario por los encargados del cuidado básico?
Calidad del sueño	¿Qué piensa sobre que los adultos mayores duerman entre 6-8 horas al día y que hagan una siesta durante el día de 60 minutos?
Cuidado centrado en la persona	¿Cuál es su opinión acerca de realizar las entrevistas de satisfacción a los(as) residentes de los hogares cada año por un agente externo?

### **6.1.2. Resultado de la segunda entrevista de validación**

Prosiguiendo con el desarrollo del segundo objetivo específico: “Validar las dimensiones estratégicas más relevantes para la evaluación de la calidad de la atención”, se procede a exponer los resultados obtenidos en la segunda entrevista a expertos (anexo 6); donde, solo nueve personas aceptaron participar de las 10 entrevistadas inicialmente.

En la *dimensión de estructura*, se propuso un indicador de calidad: “Mejorar el cumplimiento de la Ley 7600 y el Reglamento para el otorgamiento del permiso sanitario de funcionamiento de los Hogares de Larga Estancia para Personas Adultas Mayores”, nueve de los(as) entrevistadas estuvieron de acuerdo; sin embargo, dos participantes resaltaron que las regulaciones solicitadas a los establecimientos deben de tratar de ajustarse al presupuesto que posee cada hogar de larga estancia, pues en el caso de las instituciones que reciben subsidios, el monto no es suficiente para cumplir a cabalidad todos los aspectos.

En esta misma dimensión, se consideró la opinión de los(as) profesionales sobre cuál es la frecuencia más idónea para realizar capacitaciones al personal, en este punto, cinco personas creyeron que cada mes se debe abordar un tema relacionado con el cuidado de la persona adulta mayor, pero cuatro refirieron que cada seis meses es suficiente, siempre y cuando se roten los temas. Ellos indicaron que los temas a desarrollar se relacionan a las necesidades y/o debilidades que se observan en el quehacer diario, en sí, para todos los(as) expertas la capacitación continua es precisa para mejorar y mantener una atención de calidad.

Entorno a la rotación del personal, para cuatro participantes que estuvieron o están desempeñando un papel administrativo en los hogares de larga estancia, consideraron que tener un profesional de enfermería por cada 9-12 residentes es lo ideal, pero no es factible por cuestiones de presupuesto, mientras que los cinco expertos restantes están de acuerdo con la distribución. En relación a la distribución de personal encargado de cuidado básico, ocho personas acordaron que está bien tener un asistente por cada 6-9 residentes; siempre enfatizando que este rubro dependerá de la condición de dependencia de las personas institucionalizadas.

En la *dimensión de procesos*, los nueve participantes estuvieron de acuerdo en que la valoración médica, test de depresión, control de laboratorio anual, valoración por: terapia física, terapia ocupacional y enfermería, valoración nutricional, valoración del estado funcional y valoración por trabajo social son procedimientos que garantizan una atención de calidad en los hogares de larga estancia; sin embargo, cabe señalar que para seis

entrevistados(as) el control de laboratorio se debe realizar cada semestre y trabajo social al ingreso y en caso necesario.

En relación a lo anterior, ocho de los(as) participantes acordaron que el revisar los registros médicos y de enfermería cada seis meses es un mecanismo de control de cumplimiento de procedimientos y valoraciones por parte del personal encargado del cuidado de las personas adultas mayores, solo uno creyó que debe ser cada tres meses; para estos profesionales las evaluaciones constantes son necesarias para garantizar que los procesos se realicen de la mejor manera en los hogares de larga estancia.

En esta misma dimensión se reiteró la frecuencia más recomendada para realizar la valoración geriátrica integral, seis expertos refirieron que debe ser al ingresar a la institución y cada mes en los(as) residentes que presentan algún factor de riesgo, mientras que para tres participantes esta valoración se debe hacer cada seis meses y por razón necesaria.

En la *dimensión de estado funcional y fragilidad*, tres participantes indicaron que la valoración de la fragilidad y estado funcional de la persona institucionalizada dependiente tiene que brindarse cada tres meses y cada seis meses en usuario(as) independientes, para otros cinco participantes estas valoraciones dependen de la condición del adulto mayor, por lo que, es el médico quien establecerá la frecuencia. En torno al tema, un médico geriatra indicó que la valoración integral es de suma importancia de realizar de forma constante en las personas independientes para prevenir o retrasar el deterioro funcional; sin embargo, se debe considerar el costo que conlleva esto para los hogares de larga estancia.

Del mismo modo, para los(as) entrevistadas la valoración funcional y de fragilidad por parte de profesionales de terapia física, enfermería y salud ocupacional debe realizarse de forma detallada cada 15 a 30 días, pero, siempre debe de existir una valoración diaria que dé la voz de alerta ante cambios evidentes en el comportamiento y estado de los(as) residentes; esto según el criterio de siete personas.

En la *dimensión de caídas*, siete profesionales concordaron en que es importante que los hogares de larga estancia cuenten con un protocolo de manejo de caídas, que evalúe cada

incidente de forma individual y tengan un reporte mensual; pues esto permitirá mejorar y tomar las medidas de prevención más adecuadas para reducir el número de casos. Igualmente, siete personas consideraron que un porcentaje menor al 5%, es buena referencia para valorar la prevalencia de caídas anual.

En la *dimensión de cuidados del pie*, según la opinión de las nueve personas entrevistadas la valoración del pie que incluye el examen completo de la piel, higiene, protección de la piel, entre otros aspectos, debe de realizarse a los(as) residentes de forma diaria durante el baño; sin embargo, seis de ellas creyeron que la valoración por el podólogo cada seis meses sería lo ideal, pero el presupuesto de algunos hogares es limitado para poder cumplir con esta recomendación.

Por otro lado, en la *dimensión de úlceras por presión*, ocho participantes indicaron que es importante que el personal de enfermería cuente con un registro diario de valoración de riesgo de desarrollar úlceras por presión, que le ayude a dirigir su plan de atención acorde a las necesidades de las personas; solo una refirió que la valoración si debe ser diaria, pero el registro escrito solo una vez cada semana, para evitar que el personal le tome mucho tiempo el llenado de papelería.

En la *dimensión errores de medicación*, ocho entrevistados refirieron como importante que el personal de enfermería cuente con registro diario de aplicación de medicamentos, para poder tener un control fiel de la administración del tratamiento; igualmente, acordaron como necesarias las auditorías médicas trimestrales que conllevan una revisión de tratamiento contra expediente, Kardex de enfermería y tarjetas. Por otro lado, nueve expertos indicaron que los hogares deben de analizar los errores de medicación cada semestre por parte del personal encargado del cuidado y administrativo, solo cuatro de esos nueve prefirieron que la frecuencia sea cada tres meses.

En la *dimensión del estado nutricional*, ocho de los profesionales entrevistados estuvieron de acuerdo con aplicar el Mini-nutritional test en los hogares, como herramienta que evalúa si la persona está desnutrida o en riesgo de desnutrición; en este sentido, indicaron



que un test sencillo puede alertar cambios importantes en la salud de las personas y con ello, prevenir complicaciones severas en los adultos mayores institucionalizados. De la misma forma, siete profesionales consideraron que las valoraciones nutricionales se deben realizar cada mes si la persona presenta un factor de riesgo de malnutrición y cada seis meses al resto de residentes; sin embargo, dos refirieron que debe ser cada tres meses para evitar complicaciones en los(as) residentes.

En cuanto a la *dimensión de salud bucodental*, cinco expertos indicaron que la revisión bucodental la debe hacer anualmente un profesional en odontología y diario los encargados de brindar el cuidado, mientras que tres consideraron mejor hacerla cada trimestre y al ingresar al hogar de larga estancia. En relación a este aspecto, los(as) participantes enfatizan la importancia de entrenar al personal en la detección de alguna alteración en la salud buco dental de la persona adulta mayor, para que dé una alerta al personal de enfermería que realizaría las coordinaciones correspondientes.

En la *dimensión de calidad de sueño*, todos los(as) entrevistados indicaron que el tiempo recomendado de horas sueño nocturno para las personas adultas mayores debe ser entre las 6-8 horas al día, pero lo más importante es evaluar cómo se sienten las personas y si requieren algún tipo de tratamiento que les ayude a conciliar el sueño. Cabe señalar, que la siesta durante el día, según los médicos entrevistados no debe sobrepasar los 30 -60 minutos y la deben hacer las personas que están acostumbradas a realizarlas.

Finalmente, en *la dimensión del cuidado centrado en la persona*, se encontró que los nueve profesionales están de acuerdo en realizar entrevistas de satisfacción a los(as) residentes de los hogares de larga estancia cada año, pero por un agente externo; esto siempre y cuando se valore la condición cognitiva de las personas entrevistadas para evitar sesgos en los resultados.

## **6.2. Etapa. Foco de análisis y análisis profundo de la información**

Una vez establecido los criterios de los expertos(as) sobre las dimensiones que evalúan la calidad de la atención, se puede desarrollar el tercer objetivo específico:

“Determinar los indicadores que evalúen la calidad de la atención que se brinda en los Hogares de Larga Estancia para Personas Adultas Mayores”.

En este sentido, cabe señalar que todas las personas que participaron en la entrevista semiestructurada concordaron en que las 18 dimensiones estratégicas encontradas son importantes para garantizar un cuidado de calidad a la persona adulta mayor institucionalizada.

En relación a la *categoria de administración, la dimensión de estructura* arrojó los siguientes datos; las normas que imponen la Ley 7600 sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad y el Reglamento para el otorgamiento del permiso sanitario de funcionamiento de los Hogares de Larga Estancia para Personas Adultas Mayores por parte del Ministerio de Salud de Costa Rica, constituyeron para los(as) entrevistados herramientas que ayudan a que el entorno en estos establecimientos sea adecuado para brindar una atención de calidad; pues, el Ministerio de Salud (2012, párr. 9) incluye requisitos en cuanto a recursos materiales, recurso humano, gestión, documentación y planta física.

Además, de que el entorno que ofrecen los hogares es un aspecto importante, ya que, el bienestar de los adultos mayores pende de las condiciones de vida que brinda el medio donde se desarrollan, debido a que garantiza el abordaje de las necesidades psicológicas, socioeconómicas, biológicas y funcionales; asimismo, agregan que el incumplimiento de elementos mínimos exigidos en los recursos materiales puede deteriorar la calidad de la atención (Amador et al, 2018, párr. 7 y 27).

De lo anterior, se propuso el siguiente indicador:

- Cumplimiento de la Ley 7600 y el Reglamento para el otorgamiento del permiso sanitario de funcionamiento de los Hogares de Larga Estancia para Personas Adultas Mayores (IE.01)

Este indicador pretende que cada uno de los hogares se comprometa a destinar recursos para la mejora continua de su estructura, conforme a estas regulaciones, pues según Mukamel et al (2018, p. 1809), la regulación en estas instituciones lleva a una mejor calidad de atención.

Por otra parte, un aspecto fundamental en la dimensión de estructura fue el recurso humano, Kajonius & Kazemi (2016, p. 700) explican que el presupuesto para la capacitación y dotación del personal, el sistema de recompensas, métodos de pago, entre otros, son factores que influyen en las condiciones de atención.

En este sentido, la capacitación del personal tiene que dirigirse a las necesidades particulares de la población adulta mayor; para los(as) expertas la frecuencia de estas capacitaciones podría ser de manera mensual o cada semestre con temas pertinentes a la atención de los(as) residentes. La educación continua es un elemento asociado a la calidad de la atención, puesto que el buen desempeño profesional, el uso eficiente de recursos, garantizar el mínimo de daños y alcanzar la satisfacción de los(as) usuarias y familia, favorecen el alcance de resultados deseados en salud (Amador et al, 2018, párr. 8)

Otros autores apoyan que, a mayor competencia del personal de enfermería, mayor conocimiento, destrezas y habilidades para atender a las personas y trabajar en equipo, debido a que poseen un enfoque integral y brindan seguridad al paciente (Titlestad et al, 2018, p. 6). Ante esto, se proponen los siguientes indicadores:

- Educación continua del personal (IE.02).

Igualmente, la dotación del recurso humano es un tema que se relaciona con la calidad, pues la distribución del personal debe de adecuarse a la condición de dependencia o demencia

de los(as) residentes, una propuesta por los(as) expertas fue de un profesional de enfermería por cada 9 a 12 residentes y un asistente por cada 6 a 9 residentes, sin embargo, el factor económico frena esta disposición. En este tema el Ministerio de Salud regula el número de asistentes, asignando uno por cada 10 personas adultas mayores, muy similar a la propuesta de los(as) participantes, pero, no está definido el número de profesionales en enfermería (Ministerio de Salud, 2012, pp. 4-5).

Esta situación se considera un punto a reforzar en futuras investigaciones, debido a que estos profesionales tienen un papel significativo en los hogares de larga estancia, pues son los encargados del cuidado y participan integralmente en todas las actividades; para Amador et al (2018, párr. 23-24) enfermería es una pieza fundamental en la atención y su trabajo se debe reforzar con los asistentes para un mejor abordaje en las funciones básicas e instrumentales de la vida diaria de los adultos mayores. Otros autores, señalaron que un mayor suministro de enfermeras(os) profesionales se asocia a una disminución en el uso de psicotrópicos, menos úlceras por presión, mala nutrición y pérdida de peso (Shin & Shin, 2018, p. 4). A partir de lo anterior se plantean los siguientes indicadores:

- Dotación de personal de enfermería (IE.03).
- Dotación de los asistentes de enfermería (IE.04)

En la **dimensión de procesos** se encontró que los procedimientos en salud indispensables para brindar una atención de calidad en los hogares de larga estancia son los siguientes: valoración médica (por médico general o geriatra), test de depresión, control de laboratorios semestral, valoración por terapia física, terapia ocupacional, enfermería y nutrición, valoración del estado funcional y por trabajo social, este último se consideró oportuno realizar al ingreso y por razón necesaria, esto según el criterio de los expertos(as).

La propuesta de los expertos(as) se consideró oportuna, pues los adultos mayores deben ser abordados desde una perspectiva multidisciplinaria para tratar sus problemas de manera

integral (Amador et al, 2018, párr. 32). Además, Álvarez et al (2014, p. 390), señalan que la calidad de la atención se basa en el diagnóstico adecuado y el brindar un tratamiento idóneo para instituir un adecuado estado de salud, lo cual se logra a través del trabajo coordinado de diferentes disciplinas.

Esta perspectiva va de la mano con la realización de la valoración geriátrica integral, pues es un proceso diagnóstico en el que participan diferentes profesionales y se evalúa varias dimensiones como: antecedentes patológicos de salud, medicamentos, salud mental, estado funcional, entorno social, entre otras (Cervantes et al, 2014, p. 331). En relación a esta valoración, la frecuencia recomendada por los(as) participantes para su ejecución es cuando el adulto mayor ingresa a la institución y cada mes en los(as) residentes que presentan algún factor de riesgo.

En cuanto la manera más idónea para evaluar el cumplimiento de los procedimientos antes descritos según el criterio de los(as) entrevistadas, es mediante un registro fiable en el expediente por parte del personal de enfermería y medicina, dicho registro se aconseja revisarlo semestralmente para ver su ejecución. Para analizar los procesos registrados por el personal que atiende a las personas adultas mayores institucionalizadas se requiere un registro completo y detallado, pues documentaciones incompletas se relacionan con estimaciones más bajas de las tasas de cumplimiento y adherencia, lo cual se podría asociar a la ejecución de procesos de atención más pobres (Pileggi et al, 2014, p.6).

En la segunda *categoría de valoraciones* se consideró *la dimensión del estado funcional y condición de fragilidad*, para los(as) participantes la frecuencia para realizar la valoración del estado funcional y de fragilidad dependerá de la recomendación del médico tratante, pues la evaluación constante en las personas independientes es importante para prevenir o retrasar el deterioro; sin embargo, esto implica un elevado costo para los hogares de larga estancia. En cuanto a los demás profesionales en terapia física, terapia ocupacional y enfermería, dicha valoración se recomienda hacer detalladamente cada 15-30 días, pero en su quehacer diario debe existir una valoración rápida que dé voz de alerta ante cualquier cambio evidente en los(as) residentes y para ajustar las actividades programadas para ellos.

El considerar la valoración del estado funcional y condición de fragilidad de las personas institucionalizadas se asocia a la calidad de atención que se proporciona en estos establecimientos, ya que el tener instrumentos de valoración facilita la mejora de los planes de cuidado y la toma de decisiones entorno a tratamiento, ayuda a controlar los cambios y valorar los efectos de una intervención (Laguado et al, 2017, p. 136). Asimismo, la OMS apoya esta visión, pues indica que toda intervención que se le realice a la persona adulta mayor debe ser ajustada a su capacidad funcional (citado en Secretaria de Salud de México, 2017, p. 14).

En relación a lo anterior se proponen los siguientes indicadores:

- Valoración geriátrica Inicial (Zamora &Blanco, 2007, p. 27) (IP.05).
- Revaloración geriátrica Integral (Zamora &Blanco, 2007, p. 27) (IP.06).
- Plan de atención actualizado (Winbland et al, 2017, p.6) (IEF/CF.07).
- Cumplimiento de procesos (I.P.08).

En la *categoria de prevención* se indagó sobre la *dimensión de caídas*, en este tema los(as) expertas exteriorizaron que es fundamental que cada hogar de larga estancia posea un protocolo de manejo y prevención de caídas que valore cada caso de manera detallada, ellos recomendaron un reporte mensual de este tipo de incidentes y un porcentaje anual menor al 5% para medir su prevalencia en los hogares.

Las caídas en las personas adultas mayores se acompañan de diversas consecuencias como: lesiones, fracturas, incapacidad funcional, dependencia, hospitalizaciones, entre otras; por ello, el uso de instrumentos que evalúen el riesgo de caída y que incluyan aspectos como: movilidad, fuerza muscular, equilibrio, marcha, nivel de actividad diaria y miedo a caer, son necesarios para implementar un plan de atención y prevención personalizado (Terra et al, 2014, p.15). Para esta dimensión se generan los siguientes indicadores:

- Análisis de incidentes de caídas (IC.09).
- Porcentaje de caídas anual (IC.010).

En la **dimensión de cuidados del pie**, se encontró que para los(as) entrevistadas este aspecto es relevante para garantizar una atención de calidad; para ellos el examen completo del pie de los adultos mayores debe efectuarse diariamente durante el baño y la valoración por el podólogo cada seis meses si el presupuesto del hogar se lo permite. Santalla et al (2010, p.37) concuerdan en la importancia de los cuidados del pie, pues indican que las afecciones podológicas geriátricas son frecuentes y el principal problema se asocia con la dificultad de cortar uñas y el dolor que da su manipulación.

En relación a la frecuencia de la valoración del pie, Iglesias y Roura (2015, p.26), brindan una referencia que no se aleja a la propuesta por los(as) expertas, pues indicaron que para el bajo riesgo en el pie diabético se inspecciona cada año; en riesgo aumentado cada tres a seis meses; en alto riesgo se revisa cada uno a tres meses y en pie ulcerado el tratamiento es individualizado. El indicador propuesto para esta dimensión es el siguiente:

- Valoración del pie (I.CP.011).

En la **dimensión de úlceras por presión**, los(as) expertas coincidieron en que debe existir una fuerte cultura de prevención y un registro diario de valoración de riesgo de desarrollar úlceras por presión por parte del personal de enfermería. En el tratamiento de úlceras por presión es fundamental tener un adecuado registro que incluya: riesgo, estado de la piel, revaloración de riesgo, cuidados preventivos, entre otros aspectos, con el fin de orientar las intervenciones que se les realizan a los adultos mayores ulcerados y prevenir nuevos casos (Servicio Madrileño de Salud, 2014, p.17).

Entre los indicadores propuestos están:

- Detección de úlceras por presión (Servicio Madrileño de Salud, 2014, p.17) (IUP.012).
- Porcentaje de úlceras por presión (Servicio Madrileño de Salud, 2014, p.17) (IUP.013).

En la *categoría de medicación* se expuso la *dimensión de errores de medicación*, donde los(as) expertas consideraron que para brindar una atención de calidad es necesario monitorizar la administración de medicamentos, por ello, el personal de enfermería debe registrar diariamente la aplicación del tratamiento de cada adulto mayor; también, debe existir auditorías médicas cada tres meses para revisar las indicaciones en el expediente, Kardex de enfermería y tarjetas.

En cuanto a los errores de medicación cometidos como: error en la administración, prescripción, medicamento omitido, retrasado y/o dosis incorrecta, se deben analizar cada seis meses por el personal de enfermería y personal administrativo del hogar para tomar medidas correctivas. Lo anterior concuerda con el criterio de Stefanacci y Riddle (2016, p.308), quienes mencionaron a la prescripción incorrecta, omisión, horario de administración incorrecto, dosis equivocada, error de preparación, medicamento vencido, error de monitoreo y de cumplimiento, como fallos típicos que se presentan en hogares de larga estancia.

Además, según la OMS (2018, p. 2) los fallos en la medicación es un problema frecuente que produce o puede producir daños en las personas; asimismo, agrega que su notificación permite aprender y tomar medidas preventivas.

- Revisión de medicación (Winbland et al, 2017, p.6) (IEM.014).
- Seguimiento de medicación (IEM.015).
- Reporte de errores de medicación (IEM.016).



En torno a la calidad de la atención asociada a la *dimensión de manejo del dolor*, los(as) participantes brindaron las siguientes recomendaciones: valoración diaria y por razón necesaria del dolor por parte de personal médico o de enfermería que labora en el hogar de larga estancia, capacitar al personal de cuidado básico en la detección del dolor, registro de las características del dolor y las medidas tomadas al respecto.

Dichas recomendaciones se consideran acertadas, pues según Sáez et al (2015, p.271) la población adulta mayor institucionalizada tiene una prevalencia de dolor crónico de un 83 a 93%, de ahí la importancia del monitoreo por parte de las personas encargadas del cuidado directo. Igualmente, el envejecimiento se asocia algunas veces con el déficit cognitivo, deterioro de la audición y visión, menor expresión facial, limitación del movimiento, entre otras situaciones que dificultan la valoración del dolor; por ello, un examen físico e historia clínica meticulosa son necesarias (De André et al, 2014, pp. 677).

Además, la Registered Nurses' Association of Ontario (2013, pp. 8-10) recomienda: evaluar el dolor cuando una persona haya indicado alguna molestia o al ser valorado por un profesional de la salud, después de un cambio en la condición clínica y/o después de realizar un procedimiento; asimismo, indica que es importante brindar educación al usuario(a) y contar con actualizaciones sobre el manejo del dolor para el personal que labora en el hogar de larga estancia. Ante estas recomendaciones se planteó el siguiente indicador:

- Valoración del dolor (IMD.017).

En la *dimensión de uso de psicotrópicos*, los(as) expertas no lograron concretar la manera de cómo medir el uso de psicotrópicos en los hogares de larga estancia, solo proporcionaron las siguientes recomendaciones: su uso se condiciona a la indicación del médico tratante, el medicamento es de alto riesgo por lo que debe ser manipulado solo por profesionales en salud

y capacitar sobre su uso y efecto al personal, además, sobre medidas no farmacológicas para calmar a los(as) residentes.

En este caso, Peralta et al (2013, pp. 231-236), concordaron con los(as) participantes, pues indicaron que los psicotrópicos están entre los medicamentos más y peor utilizados; por ende, antes de su prescripción se debe realizar una evaluación geriátrica integral que reconozca su indicación específica, selección del tratamiento adecuado, registro en su historia clínica, educación al usuario(a) y seguimiento del caso.

En la quinta *categoría de estilos de vida saludables*, se abarcó la *dimensión de actividades sociales y recreativas*, los(as) expertas recomendaron que los adultos mayores deben realizar estas actividades diariamente por períodos cortos, éstas deben ser rotativas para evitar las rutinas y tienen que ser supervisadas por profesionales en terapia física u ocupacional para valorar la actitud y capacidad funcional de los(as) residentes.

Según Carmona et al (2010, pp. 164-166), estas actividades se asocian con el bienestar de las personas; por ende, entre más frecuentemente se realicen, mayores beneficios se obtienen, tales como: mejor salud mental y física, mejor función cognitiva, crean estilos de vida saludables, reducen el riesgo de mortalidad, brinda sentimiento de pertenencia y bienestar, entre otras; por esta razón se considera que el desarrollo de actividades socio recreativas en los hogares de larga estancia se relaciona con la calidad de la atención que se le brinda a los adultos mayores.

En la misma línea, los(as) participantes en la *dimensión de actividad física* llegaron al consenso que los ejercicios aeróbicos que refuerzan la flexibilidad, coordinación y resistencia en la población adulta mayor son necesarios para mejorar la condición de salud; estos ejercicios los recomendaron en rangos de 20-30 minutos diarios, según las capacidades cognitivas y funcionales de la persona.

En este sentido, los autores Boyaro y Tió (2014, p. 8) respaldan que la actividad física en esta población produce beneficios a nivel fisiológico, psicológico y social, ya que mejora la

movilidad, retrasa la pérdida de masa muscular, disminuye las enfermedades crónicas y ciertos tipos de cáncer, entre otras. En torno a la frecuencia, la OMS (2018, párr. 6) recomendó que el adulto mayor tiene que realizar actividad física moderada al menos de 150 minutos a la semana para mejorar el equilibrio y prevenir caídas.

De acuerdo a estas dimensiones, se proponen los siguientes indicadores:

- Práctica de actividad social y recreativa (IASR.018).
- Práctica de actividad física (IAF.019).

En la ***dimensión de estado nutricional***, los(as) expertas recomendaron la aplicación del Mini-nutritional test (ver anexo 7) en los adultos mayores institucionalizados y consideraron que las valoraciones nutricionales se deben de realizar cada mes si la persona tiene un factor de riesgo de malnutrición y cada semestre en los demás residentes. En relación a esta perspectiva, Valdés et al (2017, p. 645), expusieron que mantener un adecuado estado nutricional en este grupo poblacional ayuda a prevenir y a tratar enfermedades crónicas, pero se ha observado que gran parte de las personas adultas mayores tienen problemas como desnutrición, sobrepeso u obesidad, aumentado el riesgo de mortalidad y morbilidad.

En relación a esto, Camina et al (2016, pp. 53-54) presentaron la necesidad de la valoración nutricional mensualmente que incluya evaluación del índice de masa corporal, pérdida voluntaria de peso, cambios en la ingesta, entre otros aspectos. En este sentido, Deossa et al (2016, p. 496-497) menciona al Mini-nutricional test como un instrumento útil, ya que permite una valoración rápida y sencilla, que incluye la revisión de la condición general de la persona, su antropometría, su ingesta dietética y autopercepción de salud y nutrición. Ante esto, se exponen los siguientes indicadores:

- Detección de malnutrición (Winbland et al, 2017, p.6) (IEN.020).

Para los(as) expertas la **dimensión de salud bucodental** está vinculada con la calidad de atención en los hogares de larga estancia, por ello recomendaron que las valoraciones bucodentales fueran anuales por profesionales en odontología y diario por el personal de asistentes. Lo cual se considera importante, pues según Esquivel y Jiménez (2010, p. 128) en la población adulta mayor es usual encontrar problemas con la masticación, dolor, dificultad para comer y pérdida de piezas dentales; sin embargo, Duarte y Duarte (2011, p. 52) recomiendan que las citas odontológicas sean según su historia clínica o presencia de problemas periodontales severos que afecten su calidad de vida del individuo.

El indicador propuesto para esta dimensión es el siguiente:

- Valoración bucodental (ISB.021).

En la **dimensión de calidad del sueño**, los(as) participantes no concretaron criterios para la elaboración de un indicador; pero acordaron que el tiempo recomendado de sueño nocturno en las personas adultas mayores es de seis a ocho horas al día, pero lo importante para estos fue la valoración subjetiva por parte del personal, valorar si los(as) residentes se sienten tranquilas con las horas de descanso y brindar medidas de seguridad y confort que les ayude a dormir. Lo anterior concuerda con el criterio de Carmona y Molés (2018, p.72), quienes mostraron que una adecuada cantidad y calidad del sueño brinda fuerza y evita la sensación de somnolencia y cansancio, para ellos los adultos mayores deben dormir entre ocho y nueve horas al día.

En la **dimensión del cuidado centrado en la persona** los(as) participantes indicaron que, para obtener calidad en la atención en los hogares de larga estancia es necesario centrar el cuidado en el individuo, programar las actividades según sus gustos e intereses, propiciar la autonomía y respetar las decisiones en relación al tratamiento. Estas perspectivas concuerdan con la teoría que expone Martínez (2017, pp.87-88), quien dice que las prácticas centradas en la persona están compuestas por el conocimiento que tiene el personal sobre los valores y

hábitos del adulto mayor que atienden; asimismo, confirma la importancia de incentivar la autonomía en la toma de decisiones sobre su salud y bienestar.

Para Martínez (2016, pp. 85-100), si los hogares de larga estancia logran adaptarse a este nuevo modelo de cuidado podrán ver cambios positivos en la condición física y emocional de los(as) usuarias, mejorar las relaciones sociales y facilitar la ejecución de actividades; igualmente, se verá reflejado en menos consumo de fármaco, menor agitación y disconfort y mejorará su clima organizacional.

De la misma manera, en esta dimensión los(as) expertas consideraron oportuno realizar entrevistas de satisfacción a los(as) residentes de manera anual, pero por un agente externo que considere la condición cognitiva de las personas entrevistadas. Según Gascón y Redondo (2014, p. 30 y p.78) conocer la opinión de las personas institucionalizadas y la de sus familias logra conectar a los(as) usuarias con el personal encargado del cuidado; igualmente, ellos recomiendan que las entrevistas se realicen cada año para reducir gastos al establecimiento.

En apoyo a esta posición, Stewart, 2001 (citado en Kajonius & Kazemi, 2016, p.700) la persona adulta mayor debería ser quien califique la atención que recibió; además, Geraedts et al (2016, p. 90) agregan que en Alemania la evaluación institucional anual es obligatoria y los resultados son publicados a través de la internet para que toda la comunidad pueda monitorizar el funcionamiento de estos establecimientos. En este sentido la OMS (2015, pp. 8-9), indica que evaluar la calidad de la atención ayuda a determinar cuáles problemas aquejan a la institución, genera servicios efectivos y eficientes y ayuda a respetar los derechos de las personas adultas mayores.

En esta dimensión se propone el siguiente indicador:

- Satisfacción de los(as) residentes y familiares (ICCP.022).

Finalmente, para los(as) expertas la *dimensión de expresión de la sexualidad* y la *dimensión de diversidad sexual* son criterios que afectan la calidad de vida de los adultos mayores institucionalizados; sin embargo, no concluyen en cuál es la manera más idónea para evaluar estas dimensiones, en su lugar se enfocaron en la educación del personal y de los(as) residentes en torno al tema. Lo cual se considera importante, pues García et al (2014, p.11) indican que la sexualidad se asocia con el afecto y las relaciones humanas, influye en el bienestar y calidad de vida de las personas y de ahí la necesidad de que los adultos mayores logren vivirla de una manera libre y adecuada.

Igualmente, García et al (2014, pp.17-18) explican que la vivencia de la sexualidad en los hogares de larga estancia puede ser obstaculizada por la escasa privacidad y prohibición de intimidad en estas instituciones, por ello, recomiendan capacitación del personal sobre cómo apoyar la expresión de la sexualidad de los(as) residentes. Villar et al (2017, pp.62-75) apoyaron este punto al mencionar que para atender a la población LGBT institucionalizada se debe de tener un plan de formación anual del personal en materia de sexualidad, brindar educación a los(as) usuarias y familia sobre los derechos sexuales y la expresión de las necesidades e incluir a las familias en las intervenciones.

En términos generales, la triangulación entre los datos obtenidos durante las entrevistas con los(as) expertas y la teoría consultada, permitió que la investigadora caracterizara los atributos que posee una atención de calidad, así como las habilidades o capacidades necesarias para brindar una atención de calidad en los hogares de larga estancia, dando como producto, la creación de indicadores que evalúan a las dimensiones propuestas.

### **6.3. Etapa. Presentación de análisis al grupo de investigación**

A continuación, se desarrolla el último objetivo específico: “Generar la propuesta de evaluación de la calidad de la atención en los hogares de larga estancia”, con el fin de establecer innovaciones en la atención que se les brinda a las personas adultas mayores institucionalizadas. Para ello, cada indicador contará con una ficha técnica (ver anexo 4) que lo explica de manera detallada.

<b>Nombre de la Institución</b>		<b>FICHA INDICADOR IE-01</b>	
		<b>Fecha de creación</b> 08/01/2020	<b>Fecha de modificación</b>
<b>Nombre del indicador</b>	<b>Cumplimiento de la Ley 7600 y el Reglamento para el otorgamiento del permiso sanitario de funcionamiento de los Hogares de Larga Estancia para Personas Adultas Mayores.</b>		
<b>Objetivo</b>	Mejorar las condiciones estructurales del hogar de larga estancia.		
<b>Dimensión estratégica</b>	Estructura		
<b>Tipo</b>	Cualitativo		
<b>Fórmula para su cálculo</b> Descripción de las mejoras anuales realizadas a la estructura del hogar de larga estancia		<b>Fuente de los datos</b> Bitácora de reparaciones o remodelaciones del hogar de larga estancia.	
<b>Descripción de actividades</b>	<p>La Junta Directiva debe realizar una evaluación de la estructura del hogar teniendo presente los requisitos que solicita el Ministerio de Salud en relación a: recurso material, recurso humano, gestión, documentación y planta física, dicho proceso será liderado por el presidente de la junta; quien también debe considerar las normas que pide la ley sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad (Ley 7600).</p> <p>Una vez establecidas las necesidades en la institución, se debe gestionar parte del presupuesto para planificar la ejecución de las mejoras en la estructura; siempre con la finalidad de crear espacios adecuados que permitan brindar una atención de calidad. Cabe señalar que las acciones se priorizarán según el criterio del personal encargado del hogar de larga estancia.</p> <p>El presidente de la junta debe elaborar un informe de ejecución y el administrador o coordinador del hogar deberá revisar el documento y dar fe de que el trabajo se realizó.</p>		
<b>Frecuencia de medición</b> Anual		<b>Frecuencia de análisis</b> Anual	
<b>Encargado del proceso</b> <b>Firma del encargado</b>		Presidente de la Junta Directiva del hogar de larga estancia	
<b>Encargado de revisar</b> <b>Firma del encargado</b>		Administrador(a) o coordinador(a) del hogar de larga estancia	
<b>Nombre de la Institución</b>		<b>FICHA INDICADOR IE- 02</b>	

		<b>Fecha de creación</b> 08/01/2020		<b>Fecha de modificación</b>	
<b>Nombre del indicador</b>		<b>Educación continua del personal</b>			
<b>Objetivo</b>		Mejorar las condiciones estructurales del hogar de larga estancia.			
<b>Dimensión estratégica</b>		Estructura			
<b>Tipo</b>		Cuantitativo			
<b>Fórmula para su cálculo</b> $\frac{\text{Número de empleados que recibieron educación continua}}{\text{Total de empleados}} \times 100$				<b>Unidad de medida</b> Porcentaje	<b>Fuente de los datos</b> Registro de asistencia de capacitaciones
<b>Definición de las variables de la fórmula</b>					
<u>Educación continua:</u> Curso o cursos (de cualquier duración) referente al cuidado de la persona adulta mayor institucionalizada recibidos por los empleados del centro.					
<u>Empleados:</u> Número de empleados que trabaja para el hogar de larga estancia.					
<b>Nivel de Referencia</b>	Toda persona contratada en los hogares de larga estancia debe recibir cursos de educación continua durante el año, ya sean mensuales o semestrales; con el fin de mejorar el desempeño y el cuidado que se brinda a los(as) residentes.	<b>Meta 1 año</b>	<b>Ideal (100%)</b>	<b>Tendencia</b>	Entre más porcentaje de personal reciba cursos de educación continua, más adecuado es para la calidad de atención que se brinda en el hogar de larga estancia.
			<b>Incumplimiento (≤100%)</b>		Entre menos porcentaje de personal reciba cursos de educación continua, menos adecuado es para calidad de atención que se brinda en el hogar de larga estancia.
		<b>Meta 2 año</b>	<b>Ideal (100%)</b>	<b>Tendencia</b>	Entre más porcentaje de personal reciba cursos de educación continua, más adecuado es para la



					<p>calidad de atención que se brinda en el hogar de larga estancia.</p> <p>Entre menos porcentaje de personal reciba cursos de educación continua, menos adecuado es para calidad de atención que se brinda en el hogar de larga estancia.</p>
			<b>Incumplimiento</b> (≤100%)		
<b>Frecuencia de medición</b> Anual		<b>Frecuencia de análisis</b> Anual			
<b>Observaciones</b>		Se debe tener un registro anual de la cantidad de cursos impartidos satisfactoriamente al personal del hogar de larga estancia.			
<b>Encargado del proceso</b> <b>Firma del encargado</b>		Administrador(a) o coordinador(a) del hogar de larga estancia			
<b>Responsable de generar el indicador</b> <b>Firma del encargado</b>		Administrador(a) o coordinador(a) del hogar de larga estancia			

IE: Indicador de estructura

<b>Nombre de la Institución</b>		<b>FICHA INDICADOR IE- 03</b>		
		<b>Fecha de creación</b> 08/01/2020	<b>Fecha de modificación</b>	
<b>Nombre del indicador</b>	<b>Dotación de personal de enfermería</b>			
<b>Objetivo</b>	Mejorar las condiciones estructurales del hogar de larga estancia.			
<b>Dimensión estratégica</b>	Estructura			
<b>Tipo</b>	Cuantitativo			
<b>Fórmula para su cálculo</b> Número de residentes atendidos durante el día		<b>Unidad de medida</b> Razón	<b>Fuente de los datos</b> Registro de planilla o servicios profesionales	
$\frac{\text{Número de residentes atendidos durante el día}}{\text{Número de personal de enfermería que labora en el hogar}}$				
<b>Definición de las variables de la fórmula</b>				
<u>Residentes:</u> Número de personas adultas mayores atendidos durante el día.				
<u>Personal de enfermería:</u> Número de profesionales de enfermería que labora en el hogar.				
<b>Nivel de Referencia</b>	Un total de 9 a 12 residentes deben ser atendidos por un profesional en enfermería (dependerá del grado de complejidad y dependencia de los(as) usuarias).	<b>Meta 1 año</b>	<b>Ideal</b> (9-12 residentes por profesional de enfermería)	<b>Tendencia</b>
			<b>Incumplimiento</b> (Más de 13 residentes por profesional en enfermería)	Entre menos cantidad de residentes sean asignados a cada profesional en enfermería, más adecuado es para la calidad de atención que se brinda en el hogar de larga estancia.  Entre más cantidad de residentes sean asignados a cada profesional en enfermería, menos adecuado es para la calidad de atención que se brinda en el hogar de larga estancia.

		<b>Meta</b> 2 año	<b>Ideal</b> (9-12 residentes por profesional de enfermería)	<b>Tendencia</b>
			<b>Incumplimiento</b> (Más de 13 residentes por profesional de enfermería)	
				Entre menos cantidad de residentes sean asignados a cada profesional en enfermería, más adecuado es para la calidad de atención que se brinda en el hogar de larga estancia.
				Entre más cantidad de residentes sean asignados a cada profesional en enfermería, menos adecuado es para la calidad de atención que se brinda en el hogar de larga estancia.
<b>Frecuencia de medición</b> Semestral		<b>Frecuencia de análisis</b> Semestral		
<b>Encargado del proceso</b> <b>Firma del encargado</b>		Enfermero(a) encargado(a)		
<b>Responsable de generar el indicador</b> <b>Firma del encargado</b>		Enfermero(a) encargado(a)		

IE: Indicador de estructura

<b>Nombre de la Institución</b>		<b>FICHA INDICADOR IE- 04</b>			
		<b>Fecha de creación</b> 08/01/2020		<b>Fecha de modificación</b>	
<b>Nombre del indicador</b>		<b>Dotación de asistentes de enfermería</b>			
<b>Objetivo</b>		Mejorar las condiciones estructurales del hogar de larga estancia.			
<b>Dimensión estratégica</b>		Estructura			
<b>Tipo</b>		Cuantitativo			
<b>Fórmula para su cálculo</b> Número de residentes atendidos durante el día <hr/> Número de asistentes de enfermería que laboran en el hogar		<b>Unidad de medida</b> Razón	<b>Fuente de los datos</b> Registro de planilla		
<b>Definición de las variables de la fórmula</b>					
<u>Residentes</u> : Número de personas adultas mayores atendidos durante el día.					
<u>Asistentes de enfermería</u> : Número de asistentes de enfermería que labora en el hogar.					
<b>Nivel de Referencia</b>	Un total de 6 a 9 residentes deben ser atendidos por un asistente de enfermería (dependerá del grado de complejidad y dependencia de los(as) usuarias).	<b>Meta 1 año</b>	<b>Ideal</b> (6-9 residentes por asistente de enfermería)	<b>Tendencia</b>	Entre menos cantidad de residentes sean asignados a cada asistente de enfermería, más adecuado es para la calidad de atención que se brinda en el hogar de larga estancia.
			<b>Incumplimiento</b> (Más de 10 residentes por asistente de enfermería)		Entre más cantidad de residentes sean asignados a cada asistente de enfermería, menos adecuado es para la calidad de atención que se brinda en el hogar de larga estancia.
		<b>Meta 2 año</b>	<b>Ideal</b> (6-9 residentes por asistente de enfermería)	<b>Tendencia</b>	Entre menos cantidad de residentes sean asignados a cada

			<b>Incumplimiento</b> (Más de 10 residentes por asistente de enfermería)		<p>asistente de enfermería, más adecuado es para la calidad de atención que se brinda en el hogar de larga estancia.</p> <p>Entre más cantidad de residentes sean asignados a cada asistente de enfermería, menos adecuado es para la calidad de atención que se brinda en el hogar de larga estancia.</p>
<b>Frecuencia de medición</b> Semestral		<b>Frecuencia de análisis</b> Semestral			
<b>Encargado del proceso</b> <b>Firma del encargado</b>		Enfermero(a) encargado(a)			
<b>Responsable de generar el indicador</b> <b>Firma del encargado</b>		Enfermero(a) encargado(a)			

IE: Indicador de estructura

<b>Nombre de la Institución</b>		<b>FICHA INDICADOR IP- 05</b>			
		<b>Fecha de creación</b> 08/01/2020	<b>Fecha de modificación</b>		
<b>Nombre del indicador</b>	<b>Valoración Geriátrica inicial</b>				
<b>Objetivo</b>	Mejorar los procesos que se realizan en el hogar de larga estancia.				
<b>Dimensión estratégica</b>	Procesos				
<b>Tipo</b>	Cuantitativo				
<b>Fórmula para su cálculo</b> Número de residentes con valoración geriátrica inicial antes de cumplir los 30 días de ingreso $\frac{\text{Número de residentes con valoración geriátrica inicial antes de cumplir los 30 días de ingreso}}{\text{Número de residentes ingresados}} \times 100$		<b>Unidad de medida</b> Porcentaje	<b>Fuente de los datos</b> Registro de expedientes.		
<b>Definición de las variables de la fórmula</b>					
<u>Valoración geriátrica inicial:</u> Son todos los procesos diagnósticos que se le realizan a los adultos mayores por parte de diferentes profesionales de salud como: enfermería, terapia ocupacional, terapia física, nutrición y medicina, en los primeros 30 días posterior a su ingreso al hogar de larga estancia, cada profesional debe registrar debidamente el proceso diagnóstico realizado en el expediente de cada residente.					
<u>Residentes ingresados:</u> Número de personas adultas mayores ingresadas al hogar.					
<b>Nivel de Referencia</b>	La valoración geriátrica integral se debe realizar a toda persona adulta mayor que ingresa a la institución.	<b>Meta 1 año</b>	<b>Ideal (100%)</b>	<b>Tendencia</b>	Entre a más adultos mayores se les realice una valoración geriátrica inicial, más adecuado es para la calidad de atención que se brinda en el hogar de larga estancia.
			<b>Incumplimiento (≤100%)</b>		Entre a menos adultos mayores se les realice una valoración geriátrica inicial, menos adecuado es para la calidad de atención que se brinda en el hogar de larga estancia.
			<b>Ideal</b>	<b>Tendencia</b>	

		<b>Meta</b> <b>2 año</b>	(100%)		Entre a más adultos mayores se les realice una valoración geriátrica inicial, más adecuado es para la calidad de atención que se brinda en el hogar de larga estancia.
			<b>Incumplimiento</b> (≤100%)		Entre a menos adultos mayores se les realice una valoración geriátrica inicial, menos adecuado es para la calidad de atención que se brinda en el hogar de larga estancia.
<b>Frecuencia de medición</b> Semestral		<b>Frecuencia de análisis</b> Semestral			
<b>Encargado del proceso</b> <b>Firma del encargado</b>		Médico geriatra o médico general encargado(a)			
<b>Responsable de generar el indicador</b> <b>Firma del encargado</b>		Enfermero(a) encargado.			

IP: Indicador de procesos.

<b>Nombre de la Institución</b>		<b>FICHA INDICADOR IP- 06</b>			
		<b>Fecha de creación</b> 08/01/2020		<b>Fecha de modificación</b>	
<b>Nombre del indicador</b>		<b>Revaloración geriátrica integral</b>			
<b>Objetivo</b>		Mejorar los procesos que se realizan en el hogar de larga estancia.			
<b>Dimensión estratégica</b>		Procesos			
<b>Tipo</b>		Cuantitativo			
<b>Fórmula para su cálculo</b>		<b>Unidad de medida</b> Porcentaje	<b>Fuente de los datos</b> Registro de expedientes.		
$\frac{\text{Número de residentes con revaloración geriátrica integral anual}}{\text{Número total de residentes}} \times 100$					
<b>Definición de las variables de la fórmula</b>					
<p><u>Revaloración geriátrica integral anual:</u> Son todos los procesos diagnósticos que se le realizan a los adultos mayores por parte de diferentes profesionales de salud como: enfermería, terapia ocupacional, terapia física, nutrición y medicina, se realiza cada año o cada mes si la persona presenta algún factor de riesgo; cada profesional debe registrar debidamente el proceso diagnóstico realizado en el expediente de cada residente.</p> <p><u>Residentes:</u> Número de personas adultas mayores atendidos en el hogar durante el año.</p>					
<b>Nivel de Referencia</b>	Las revaloraciones geriátricas integrales se deben realizar de manera anual o cada mes a los(as) residentes que presentan algún factor de riesgo.	<b>Meta 1 año</b>	<b>Ideal (100%)</b>	<b>Tendencia</b>	Entre más adultos mayores se les realice una revaloración geriátrica anual o por razón necesaria, más adecuado es para la calidad de atención que se brinda en el hogar de larga estancia.
			<b>Incumplimiento (≤100%)</b>		Entre menos adultos mayores se les realice una valoración geriátrica anual o por razón necesaria, menos



					adecuado es para la calidad de atención que se brinda en el hogar de larga estancia.
		<b>Meta 2 año</b>	<b>Ideal (100%)</b>	<b>Tendencia</b>	Entre más adultos mayores se les realice una revaloración geriátrica anual o por razón necesaria, más adecuado es para la calidad de atención que se brinda en el hogar de larga estancia.
			<b>Incumplimiento (≤100%)</b>		Entre menos adultos mayores se les realice una valoración geriátrica anual o por razón necesaria, menos adecuado es para la calidad de atención que se brinda en el hogar de larga estancia.
<b>Frecuencia de medición</b> Anual		<b>Frecuencia de análisis</b> Anual			
<b>Encargado del proceso</b> <b>Firma del encargado</b>		Médico geriatra o médico general encargado(a)			
<b>Responsable de generar el indicador</b> <b>Firma del encargado</b>		Enfermero(a) encargado(a).			

IP: Indicador de proceso

<b>Nombre de la Institución</b>		<b>FICHA INDICADOR IEF/CF- 07</b>			
		<b>Fecha de creación</b> 08/01/2020	<b>Fecha de modificación</b>		
<b>Nombre del indicador</b>	<b>Plan de atención actualizado</b>				
<b>Objetivo</b>	Mejorar los procesos que se realizan en el hogar de larga estancia.				
<b>Dimensión estratégica</b>	Estado funcional y Condición de fragilidad				
<b>Tipo</b>	Cuantitativo				
<b>Fórmula para su cálculo</b>		<b>Unidad de medida</b>	<b>Fuente de los datos</b>		
$\frac{\text{Número de residentes con plan de atención actualizado mensualmente}}{\text{Número total de residentes}} \times 100$		Porcentaje	Registro de expedientes.		
<p><b>Definición de las variables de la fórmula</b></p> <p><u>Plan de atención:</u> es la guía de cuidados que plantean los profesionales en enfermería y terapia física u ocupacional al valorar al adulto mayor. El plan incorpora toda actividad, tratamiento y/o intervención según las necesidades funcionales y condición de fragilidad de los(as) residentes y debe ser adjuntado al expediente y compartido con el resto del personal que se encarga del cuidado básico.</p> <p><u>Residentes:</u> Número de personas adultas mayores atendidos en el hogar durante el año.</p>					
<b>Nivel de Referencia</b>	Las actividades de cuidado programadas para los(as) residentes deben ser actualizadas quincenal o mensualmente por el personal de enfermería, terapia física u ocupacional, según el estado funcional y condición de fragilidad.	<b>Meta 1 año</b>	<div style="background-color: green; color: white; padding: 5px; text-align: center;"><b>Ideal (100%)</b></div> <div style="background-color: red; color: white; padding: 5px; text-align: center;"><b>Incumplimiento (≤100%)</b></div>	<b>Tendencia</b>	<p>Entre a más adultos mayores se les actualice su plan de atención, más adecuado es para la calidad de atención que se brinda en el hogar de larga estancia.</p> <p>Entre a menos adultos mayores se les actualice su plan de atención, menos adecuado es para la calidad de atención que se brinda en el hogar de larga estancia.</p>

		<b>Meta 2 año</b>	<b>Ideal (100%)</b>  <b>Incumplimiento (≤100%)</b>	<b>Tendencia</b>	<p>Entre a más adultos mayores se les actualice su plan de atención, más adecuado es para la calidad de atención que se brinda en el hogar de larga estancia.</p> <p>Entre a menos adultos mayores se les actualice su plan de atención, menos adecuado es para la calidad de atención que se brinda en el hogar de larga estancia.</p>
<b>Frecuencia de medición</b> Mensual		<b>Frecuencia de análisis</b> Mensual			
<b>Encargado del proceso</b> <b>Firma del encargado</b>		Enfermero(a) encargado.			
<b>Responsable de generar el indicador</b> <b>Firma del encargado</b>		Enfermero(a) encargado.			

IEF/ICF: Indicador de estado funcional y condición de fragilidad.

<b>Nombre de la Institución</b>		<b>FICHA INDICADOR IP- 08</b>			
		<b>Fecha de creación</b> 08/01/2020	<b>Fecha de modificación</b>		
<b>Nombre del indicador</b>	<b>Cumplimiento de procesos</b>				
<b>Objetivo</b>	Mejorar los procesos que se realizan en el hogar de larga estancia.				
<b>Dimensión estratégica</b>	Procesos				
<b>Tipo</b>	Cuantitativo				
<b>Fórmula para su cálculo</b> Número de residentes con expedientes revisados por el personal de enfermería o medicina $\frac{\text{Número de residentes con expedientes revisados por el personal de enfermería o medicina}}{\text{Número total de residentes}} \times 100$		<b>Unidad de medida</b> Porcentaje	<b>Fuente de los datos</b> Registro de expedientes.		
<b>Definición de las variables de la fórmula</b>					
<u>Expedientes revisados:</u> es el procedimiento en que el personal de enfermería o medicina revisa las indicaciones de cuidado de cada residente, para corroborar el cumplimiento de los procedimientos: valoración médica, test de depresión, control de laboratorios semestral, valoración por terapia física, terapia ocupacional, enfermería y nutrición, valoración del estado funcional y por trabajo social.					
<u>Residentes:</u> Número de personas adultas mayores atendidos en el hogar durante el año.					
<b>Nivel de Referencia</b>	El registro de los procedimientos e indicaciones del expediente se aconseja revisarlo semestralmente.	<b>Meta 1 año</b>	<b>Ideal</b> (100%)	<b>Tendencia</b>	Ante mayor control de expedientes para verificar el cumplimiento de procesos, más adecuado es para la calidad de atención que se brinda en el hogar de larga estancia.
			<b>Incumplimiento</b> (≤100%)		Ante menor control de expedientes para verificar el cumplimiento de procesos menos adecuado es para la calidad de atención que se brinda en el hogar de larga estancia.

		<b>Meta 2 año</b>	<b>Ideal</b> (100%)	<b>Tendencia</b>	<p>Ante mayor control de expedientes para verificar el cumplimiento de procesos, más adecuado es para la calidad de atención que se brinda en el hogar de larga estancia.</p> <p>Ante menor control de expedientes para verificar el cumplimiento de procesos, menos adecuado es para la calidad de atención que se brinda en el hogar de larga estancia.</p>
			<b>Incumplimiento</b> (≤100%)		
<b>Frecuencia de medición</b> Semestral		<b>Frecuencia de análisis</b> Semestral			
<b>Encargado del proceso</b> <b>Firma del encargado</b>		Enfermero(a) / Médico encargado.			
<b>Responsable de generar el indicador</b> <b>Firma del encargado</b>		Enfermero(a) / Médico encargado.			

IP: Indicador de procesos.

<b>Nombre de la Institución</b>		<b>FICHA INDICADOR IC- 09</b>			
		<b>Fecha de creación</b> 08/01/2020	<b>Fecha de modificación</b>		
<b>Nombre del indicador</b>	<b>Análisis de incidentes de caídas</b>				
<b>Objetivo</b>	Mejorar el control y prevención de caídas de las personas adultas mayores institucionalizadas.				
<b>Dimensión estratégica</b>	Caídas				
<b>Tipo</b>	Cuantitativo				
<b>Fórmula para su cálculo</b> $\frac{\text{Número de incidentes de caídas analizados}}{\text{Número total de incidentes de caídas reportados}} \times 100$		<b>Unidad de medida</b> Porcentaje	<b>Fuente de los datos</b> Registro de incidentes.		
<b>Definición de las variables de la fórmula</b>					
<u>Incidentes de caídas reportados:</u> Número de casos de personas adultas mayores que se cayeron dentro del hogar de larga estancia por diferentes causas y fueron reportadas por el personal encargado del cuidado.					
<u>Incidentes de caídas analizados:</u> Número de incidentes de caídas reportados que fueron analizados por el personal de enfermería y administración del hogar para implementar medidas preventivas al respecto.					
<b>Nivel de Referencia</b>	Se recomienda un análisis de reportes de caídas mensual.	<b>Meta 1 año</b>	<b>Ideal (100%)</b>	<b>Tendencia</b>	Mayor control de los incidentes de caídas es más adecuado para la calidad de atención que se brinda en el hogar de larga estancia.
			<b>Incumplimiento (≤100%)</b>		Menor control de los incidentes de caídas es menos adecuado para la calidad de atención que se brinda en el hogar de larga estancia.
		<b>Meta 2 año</b>	<b>Ideal (100%)</b>	<b>Tendencia</b>	Mayor control de los incidentes de caídas es más adecuado para la calidad de atención que se brinda en el hogar de larga estancia.

			<b>Incumplimiento</b> (≤100%)		Menor control de los incidentes de caídas es menos adecuado para la calidad de atención que se brinda en el hogar de larga estancia.
<b>Frecuencia de medición</b> Mensual			<b>Frecuencia de análisis</b> Mensual		
<b>Encargado del proceso</b> <b>Firma del encargado</b>			Enfermero(a) encargado(a)		
<b>Responsable de generar el indicador</b> <b>Firma del encargado</b>			Administrador(a) o coordinador(a) del hogar de larga estancia		

IC: Indicador de caídas

<b>Nombre de la Institución</b>		<b>FICHA INDICADOR IC- 010</b>			
		<b>Fecha de creación</b> 08/01/2020		<b>Fecha de modificación</b>	
<b>Nombre del indicador</b>	<b>Porcentaje de caídas anual</b>				
<b>Objetivo</b>	Mejorar el control y prevención de caídas de las personas adultas mayores institucionalizadas.				
<b>Dimensión estratégica</b>	Caídas				
<b>Tipo</b>	Cuantitativo				
<b>Fórmula para su cálculo</b> $\frac{\text{Número de incidentes de caídas reportados}}{\text{Número total de residentes}} \times 100$			<b>Unidad de medida</b> Porcentaje		<b>Fuente de los datos</b> Registro de incidentes.
<p><b>Definición de las variables de la fórmula</b></p> <p><u>Incidentes de caídas reportados:</u> Número de casos de personas adultas mayores que se cayeron dentro del hogar de larga estancia por diferentes causas y fueron reportadas por el personal encargado del cuidado.</p> <p><u>Residentes:</u> Número de personas adultas mayores atendidos en el hogar durante el año.</p>					
<b>Nivel de Referencia</b>	Se recomienda una prevalencia anual de caídas menor al 5% en los hogares de larga estancia.	<b>Meta 1 año</b>	<b>Ideal</b> (≤5%)	<b>Tendencia</b>	Un porcentaje de caídas menor al 5 %, es más adecuado para evaluar la calidad de atención que se brinda en el hogar de larga estancia.
			<b>Incumplimiento</b> (≥5%)		Un porcentaje de caídas mayor al 5 %, es menos adecuado para evaluar la calidad de atención que se brinda en el hogar de larga estancia.
		<b>Meta 2 año</b>	<b>Ideal</b> (≤5%)	<b>Tendencia</b>	Un porcentaje de caídas menor al 5 %, es más adecuado para evaluar la calidad de atención que se brinda en el



			<b>Incumplimiento</b> (≥5%)		hogar de larga estancia.  Un porcentaje de caídas mayor al 5 %, es menos adecuado para evaluar la calidad de atención que se brinda en el hogar de larga estancia.
<b>Frecuencia de medición</b> Anual		<b>Frecuencia de análisis</b> Anual			
<b>Encargado del proceso</b> <b>Firma del encargado</b>		Enfermero(a) encargado(a)			
<b>Responsable de generar el indicador</b> <b>Firma del encargado</b>		Enfermero(a) encargado(a)			

IC: Indicador de caídas

<b>Nombre de la Institución</b>		<b>FICHA INDICADOR ICP- 011</b>			
		<b>Fecha de creación</b> 08/01/2020		<b>Fecha de modificación</b>	
<b>Nombre del indicador</b>	<b>Valoración del pie</b>				
<b>Objetivo</b>	Prevenir complicaciones o lesiones en los pies de los adultos mayores institucionalizados.				
<b>Dimensión estratégica</b>	Cuidados del pie				
<b>Tipo</b>	Cuantitativo				
<b>Fórmula para su cálculo</b> Número de residentes con valoración del pie registrada en el expediente. $\frac{\text{Número de residentes con valoración del pie registrada en el expediente}}{\text{Número total de residentes}} \times 100$		<b>Unidad de medida</b> Porcentaje	<b>Fuente de los datos</b> Registro de expedientes.		
<p><b>Definición de las variables de la fórmula</b></p> <p><u>Valoración del pie registrada:</u> corresponde al examen completo y sistemático del pie, con el fin de observar alguna afectación como: alteraciones biomecánicas- ortopédicas, afecciones dermatológicas y ungueales, problemas en personas diabéticas, entre otras; dicha valoración debe ser registrada en el expediente de cada residente.</p> <p><u>Residentes:</u> Número de personas adultas mayores atendidos en el hogar durante el año.</p>					
<b>Nivel de Referencia</b>	El examen completo del pie de los adultos mayores debe efectuarse diariamente durante el baño y la valoración por el podólogo cada seis meses, en personas con algún factor de riesgo.	<b>Meta 1 año</b>	<b>Ideal (100%)</b>	<b>Tendencia</b>	Realizar la valoración completa del pie regularmente, es más adecuado para brindar una atención de calidad en el hogar de larga estancia.
			<b>Incumplimiento (≤100%)</b>		No realizar la valoración completa del pie regularmente, es menos adecuado para brindar una atención de calidad en el hogar de larga estancia.
		<b>Meta 2 año</b>	<b>Ideal (100%)</b>	<b>Tendencia</b>	Realizar la valoración completa del pie

			<p><b>Incumplimiento</b> (≤100%)</p>		<p>regularmente, es más adecuado para brindar una atención de calidad en el hogar de larga estancia.</p> <p>No realizar la valoración completa del pie regularmente, es menos adecuado para brindar una atención de calidad en el hogar de larga estancia.</p>
<b>Frecuencia de medición</b> Semestral		<b>Frecuencia de análisis</b> Semestral			
<b>Encargado del proceso</b> <b>Firma del encargado</b>		Enfermero(a) / Médico encargado (a).			
<b>Responsable de generar el indicador</b> <b>Firma del encargado</b>		Enfermero(a) encargado(a)			

ICP: Indicador cuidados del pie

<b>Nombre de la Institución</b>		<b>FICHA INDICADOR IUP- 012</b>			
		<b>Fecha de creación</b> 08/01/2020	<b>Fecha de modificación</b>		
<b>Nombre del indicador</b>	<b>Detección de úlceras por presión</b>				
<b>Objetivo</b>	Prevenir complicaciones o lesiones en la piel de los adultos mayores institucionalizados.				
<b>Dimensión estratégica</b>	Úlceras por presión				
<b>Tipo</b>	Cuantitativo				
<b>Fórmula para su cálculo</b> Número de residentes con valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión al ingresar al hogar de larga estancia  $\frac{\text{Número de residentes con valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión al ingresar al hogar de larga estancia}}{\text{Número total de residentes ingresados en el último año}} \times 100$		<b>Unidad de medida</b> Porcentaje	<b>Fuente de los datos</b> Registro de expedientes.		
<b>Definición de las variables de la fórmula</b> <u>Valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión:</u> es una inspección que se le realiza al adulto mayor cuando ingresa al hogar de larga estancia, para detectar factores de riesgo o lesiones en la piel y tejidos subyacentes, esta valoración debe quedar debidamente registrada en el expediente del residente y la puede realizar el personal de enfermería o el médico tratante.  <u>Residentes:</u> Número de personas adultas mayores ingresados en el último año.					
<b>Nivel de Referencia</b>	La valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión se debe realizar a todos los adultos mayores que ingresan al hogar de larga estancia.	<b>Meta 1 año</b>	<b>Ideal (100%)</b>	<b>Tendencia</b>	Realizar la valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión al adulto mayor, es más adecuado para brindar una atención de calidad en el hogar de larga estancia.
			<b>Incumplimiento (≤100%)</b>		No realizar la valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión al adulto mayor, es menos adecuado para brindar una atención de calidad

					en el hogar de larga estancia.
		<b>Meta 2 año</b>	<b>Ideal (100%)</b>	<b>Tendencia</b>	Realizar la valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión al adulto mayor, es más adecuado para brindar una atención de calidad en el hogar de larga estancia.
			<b>Incumplimiento (≤100%)</b>		No realizar la valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión al adulto mayor, es menos adecuado para brindar una atención de calidad en el hogar de larga estancia.
<b>Frecuencia de medición</b> Anual		<b>Frecuencia de análisis</b> Anual			
<b>Encargado del proceso</b> <b>Firma del encargado</b>		Enfermero(a) / Médico encargado(a)			
<b>Responsable de generar el indicador</b> <b>Firma del encargado</b>		Enfermero(a) / Médico encargado(a)			

IUP: Indicador de úlceras por presión

<b>Nombre de la Institución</b>		<b>FICHA INDICADOR IUP- 013</b>			
		<b>Fecha de creación</b> 08/01/2020	<b>Fecha de modificación</b>		
<b>Nombre del indicador</b>	<b>Porcentaje de úlceras por presión</b>				
<b>Objetivo</b>	Prevenir complicaciones o lesiones en la piel de los adultos mayores institucionalizados.				
<b>Dimensión estratégica</b>	Úlceras por presión				
<b>Tipo</b>	Cuantitativo				
<b>Fórmula para su cálculo</b> $\frac{\text{Número de residentes con úlceras por presión}}{\text{Número total de residentes}} \times 100$		<b>Unidad de medida</b> Porcentaje	<b>Fuente de los datos</b> Registro de expedientes.		
<b>Definición de las variables de la fórmula</b>					
<u>Úlceras por presión:</u> son lesiones en la piel y tejidos subyacentes asociadas a fricción o por exponer la piel que cubre prominencias óseas a una presión contra una superficie por largo tiempo.					
<u>Residentes:</u> Número de personas adultas mayores atendidos en el hogar durante el año.					
<b>Nivel de Referencia</b>	El porcentaje semestral de adultos mayores institucionalizados con úlceras por presión debe ser menor al 6%.	<b>Meta 1 año</b>	<b>Ideal</b> (≤6%)	<b>Tendencia</b>	Un porcentaje semestral menor al 6% de úlceras por presión en los adultos mayores institucionalizados, es más adecuado para evaluar la calidad de la atención que se brinda en el hogar de larga estancia.  Un porcentaje semestral mayor al 6% de úlceras por presión en los adultos mayores institucionalizados, es menos adecuado para evaluar la calidad de la atención que se brinda en el hogar de larga estancia.
			<b>Incumplimiento</b> (≥6%)		

		<b>Meta 2 año</b>	<b>Ideal</b> $(\leq 6\%)$	<b>Tendencia</b>	<p>Un porcentaje semestral menor al 6% de úlceras por presión en los adultos mayores institucionalizados, es más adecuado para evaluar la calidad de la atención que se brinda en el hogar de larga estancia.</p> <p>Un porcentaje semestral mayor al 6% de úlceras por presión en los adultos mayores institucionalizados es menos adecuado para evaluar la calidad de la atención que se brinda en el hogar de larga estancia.</p>
			<b>Incumplimiento</b> $(\geq 6\%)$		
<b>Frecuencia de medición</b> Semestral		<b>Frecuencia de análisis</b> Semestral			
<b>Encargado del proceso</b> <b>Firma del encargado</b>		Enfermero(a) / Médico encargado(a)			
<b>Responsable de generar el indicador</b> <b>Firma del encargado</b>		Enfermero(a) / Médico encargado(a)			

IUP: Indicador de úlceras por presión

<b>Nombre de la Institución</b>		<b>FICHA INDICADOR IEM- 014</b>			
		<b>Fecha de creación</b> 08/01/2020		<b>Fecha de modificación</b>	
<b>Nombre del indicador</b>		<b>Revisión de medicación</b>			
<b>Objetivo</b>		Prevenir errores de medicación en los hogares de larga estancia.			
<b>Dimensión estratégica</b>		Errores de medicación			
<b>Tipo</b>		Cuantitativo			
<b>Fórmula para su cálculo</b>		<b>Unidad de medida</b> Porcentaje		<b>Fuente de los datos</b> Registro de expedientes.	
$\frac{\text{Número de residentes con evaluación de los medicamentosrecetados en los últimos tres meses}}{\text{Número total de residentes}} \times 100$					
<p><b>Definición de las variables de la fórmula</b></p> <p><u>Evaluación de los medicamentos recetados:</u> es una revisión por parte del médico tratante que verifica las indicaciones en cuanto dosis, vía de administración, horario y tipo de medicamento; este profesional corrobora su prescripción en el Kardex de enfermería y tarjetas de medicamentos. Al finalizar la revisión, realiza una nota en el expediente que da fe de que realizó el proceso y anota las observaciones correspondientes.</p> <p><u>Residentes:</u> Número de personas adultas mayores atendidos en el hogar durante el año.</p>					
<b>Nivel de Referencia</b>	Se recomiendan auditorias médicas cada tres meses para revisar las indicaciones de medicamentos en el expediente, Kardex de enfermería y tarjetas.	<b>Meta</b> <b>1 año</b>	<b>Ideal</b> (100%)	<b>Tendencia</b>	Las revisiones continuas de los medicamentos prescritos son más adecuadas para garantizar una atención de calidad en el hogar de larga estancia.
			<b>Incumplimiento</b> (≤100%)		No realizar revisiones continuas de los medicamentos prescritos es menos adecuado para garantizar una atención de calidad en el hogar de larga estancia.



		<b>Meta</b> 2 año	<b>Ideal</b> (100%)	<b>Tendencia</b>	Las revisiones continuas de los medicamentos prescritos son más adecuadas para garantizar una atención de calidad en el hogar de larga estancia.  No realizar revisiones continuas de los medicamentos prescritos es menos adecuado para garantizar una atención de calidad en el hogar de larga estancia
			<b>Incumplimiento</b> (≤100%)		
<b>Frecuencia de medición</b> Semestral		<b>Frecuencia de análisis</b> Semestral			
<b>Encargado del proceso</b> <b>Firma del encargado</b>		Médico encargado(a)			
<b>Responsable de generar el indicador</b> <b>Firma del encargado</b>		Enfermero(a) encargado(a)			

IEM: Indicador de errores de medicación

<b>Nombre de la Institución</b>		<b>FICHA INDICADOR IEM- 015</b>			
		<b>Fecha de creación</b> 08/01/2020	<b>Fecha de modificación</b>		
<b>Nombre del indicador</b>	<b>Seguimiento de medicación</b>				
<b>Objetivo</b>	Prevenir errores de medicación en los hogares de larga estancia.				
<b>Dimensión estratégica</b>	Errores de medicación				
<b>Tipo</b>	Cuantitativo				
<b>Fórmula para su cálculo</b> Número de residentes con el registro de aplicación de medicamentos completo en el expediente $\frac{\text{Número de residentes con el registro de aplicación de medicamentos completo en el expediente}}{\text{Número total de residentes}} \times 100$		<b>Unidad de medida</b> Porcentaje	<b>Fuente de los datos</b> Registro de expedientes.		
<b>Definición de las variables de la fórmula</b> <u>Registro de aplicación de medicamentos:</u> es un documento médico legal donde el profesional de enfermería deja constancia que el tratamiento indicado fue dado a la fecha y hora correcta, también se registra la dosis, vía de administración y frecuencia. Cada medicamento debe ser firmado por el profesional de enfermería. <u>Residentes:</u> Número de personas adultas mayores atendidos en el hogar durante el año.					
<b>Nivel de Referencia</b>	El personal de enfermería debe registrar diariamente la aplicación del tratamiento de cada adulto mayor en el expediente que corresponde.	<b>Meta 1 año</b>	<b>Ideal</b> (100%)	<b>Tendencia</b>	El registro diario de aplicación de medicamentos es más adecuado para garantizar una atención de calidad en el hogar de larga estancia.
			<b>Incumplimiento</b> (≤100%)		El no tener un registro diario de aplicación de medicamentos es menos adecuado para garantizar una atención de calidad en el hogar de larga estancia.
		<b>Meta 2 año</b>	<b>Ideal</b> (100%)	<b>Tendencia</b>	El registro diario de aplicación de medicamentos es

			<p><b>Incumplimiento</b> (≤100%)</p>		<p>más adecuado para garantizar una atención de calidad en el hogar de larga estancia.</p> <p>El no tener un registro diario de aplicación de medicamentos es menos adecuado para garantizar una atención de calidad en el hogar de larga estancia.</p>
<b>Frecuencia de medición</b> Semestral		<b>Frecuencia de análisis</b> Semestral			
<b>Encargado del proceso</b> <b>Firma del encargado</b>		Médico encargado(a)			
<b>Responsable de generar el indicador</b> <b>Firma del encargado</b>		Enfermero(a) encargado(a)			

IEM: Indicador de errores de medicación

<b>Nombre de la Institución</b>		<b>FICHA INDICADOR IEM-016</b>	
		<b>Fecha de creación</b> 08/01/2020	<b>Fecha de modificación</b>
<b>Nombre del indicador</b>	<b>Reporte de errores de medicación</b>		
<b>Objetivo</b>	Prevenir errores de medicación en los hogares de larga estancia.		
<b>Dimensión estratégica</b>	Errores de medicación		
<b>Tipo</b>	Cualitativo		
<b>Fórmula para su cálculo</b> Descripción de los errores de medicación cometidos		<b>Fuente de los datos</b> Bitácora de incidentes	
<b>Descripción de actividades</b>	<p>El personal de enfermería es el responsable de velar que los medicamentos de cada adulto mayor institucionalizado sean administrados correctamente, pueden surgir diferentes formas de error de medicación como: error en la administración, prescripción, medicamento omitido, retrasado y/o dosis incorrecta.</p> <p>Una vez que el personal de enfermería observa un error de medicación, debe reportarlo de forma inmediata al médico tratante para tomar las medidas necesarias que minoren o eviten complicaciones en la persona, luego debe realizar un reporte escrito detallando sobre cómo se dio el incidente, el cual entregará a la administración del hogar para discutir el caso y tomar medidas preventivas para evitar que se presente de nuevo.</p> <p>El análisis de los casos se debe realizar cada seis meses y el profesional de enfermería debe elaborar un informe de la revisión del caso y el administrador o coordinador del hogar deberá revisar el documento y dar fe del plan de mejora para evitar nuevos errores en la medicación.</p>		
<b>Frecuencia de medición</b> Semestre	<b>Frecuencia de análisis</b> Semestre		
<b>Encargado del proceso</b>	Enfermero(a) encargado del hogar de larga estancia		
<b>Firma del encargado</b>			
<b>Encargado de revisar</b>	Administrador(a) o coordinador(a) del hogar de larga estancia		
<b>Firma del encargado</b>			

<b>Nombre de la Institución</b>		<b>FICHA INDICADOR IMD- 017</b>			
		<b>Fecha de creación</b> 08/01/2020		<b>Fecha de modificación</b>	
<b>Nombre del indicador</b>		<b>Valoración del dolor</b>			
<b>Objetivo</b>		Mejorar la detección del dolor en las personas adultas mayores institucionalizadas.			
<b>Dimensión estratégica</b>		Manejo del dolor			
<b>Tipo</b>		Cuantitativo			
<b>Fórmula para su cálculo</b> Número de residentes con el registro diario de evaluación por dolor en el expediente $\frac{\text{Número de residentes con el registro diario de evaluación por dolor en el expediente}}{\text{Número total de residentes}} \times 100$			<b>Unidad de medida</b> Porcentaje		<b>Fuente de los datos</b> Registro de expedientes.
<b>Definición de las variables de la fórmula</b> <u>Evaluación del dolor:</u> es un registro en el expediente donde el personal médico o de enfermería anota la valoración del dolor que le realiza diariamente a la persona, o cuando el adulto mayor indica alguna molestia o después de un cambio en la condición clínica y/o después de un realizar un procedimiento. <u>Residentes:</u> Número de personas adultas mayores atendidos en el hogar durante el año.					
<b>Nivel de Referencia</b>	La valoración del dolor debe ser diaria y por razón necesaria por parte del personal médico o de enfermería	<b>Meta 1 año</b>	<b>Ideal (100%)</b>	<b>Tendencia</b>	La valoración diaria del dolor o por razón necesaria, por parte del personal clínico, es más adecuado para garantizar una atención de calidad en el hogar de larga estancia.
			<b>Incumplimiento (≤100%)</b>		El no realizar una valoración diaria del dolor o por razón necesaria, por parte del personal clínico, es menos adecuado para garantizar una atención de calidad en el hogar de larga estancia.
		<b>Meta 2 año</b>	<b>Ideal (100%)</b>	<b>Tendencia</b>	La valoración diaria del dolor o por razón necesaria, por parte

			<b>Incumplimiento</b> (≤100%)		<p>del personal clínico, es más adecuado para garantizar una atención de calidad en el hogar de larga estancia.</p> <p>El no realizar una valoración diaria del dolor o por razón necesaria, por parte del personal clínico es menos adecuado para garantizar una atención de calidad en el hogar de larga estancia.</p>
<b>Frecuencia de medición</b> Semestral		<b>Frecuencia de análisis</b> Semestral			
<b>Encargado del proceso</b> <b>Firma del encargado</b>		Profesional de enfermería o médico encargado(a)			
<b>Responsable de generar el indicador</b> <b>Firma del encargado</b>		Profesional de enfermería o médico encargado(a)			

IMD: Indicador de manejo del dolor.

<b>Nombre de la Institución</b>		<b>FICHA INDICADOR IASR- 018</b>			
		<b>Fecha de creación</b> 08/01/2020		<b>Fecha de modificación</b>	
<b>Nombre del indicador</b>	<b>Práctica de actividad social y recreativa</b>				
<b>Objetivo</b>	Mejorar la participación de las personas adultas mayores institucionalizadas en actividades sociales, recreativas y físicas.				
<b>Dimensión estratégica</b>	Actividad social y recreativa				
<b>Tipo</b>	Cuantitativo				
<b>Fórmula para su cálculo</b> Número de residentes que participan diariamente en actividades socio recreativas $\frac{\text{Número de residentes que participan diariamente en actividades socio recreativas}}{\text{Número total de residentes}} \times 100$		<b>Unidad de medida</b> Porcentaje		<b>Fuente de los datos</b> Registro de participación de actividades.	
<b>Definición de las variables de la fórmula</b> <u>Actividades socio recreativas</u> : son las acciones que la persona adulta mayor hace en su tiempo libre y le brindan placer, los encargados de dirigir dichas actividades deben contar con un registro diario de asistencia. <u>Residentes</u> : Número de personas adultas mayores atendidos en el hogar durante el año.					
<b>Nivel de Referencia</b>	Los adultos mayores deben realizar actividades socio recreativas diariamente por períodos cortos.	<b>Meta 1 año</b>	<b>Ideal (100%)</b>	<b>Tendencia</b>	Mayor participación de adultos mayores en actividades socio-recreativas es más adecuado para garantizar una atención de calidad en el hogar de larga estancia.
			<b>Incumplimiento (≤100%)</b>		Menor participación de adultos mayores en actividades socio-recreativas es menos adecuado para garantizar una atención de calidad en el hogar de larga estancia.
		<b>Meta 2 año</b>	<b>Ideal (100%)</b>	<b>Tendencia</b>	Mayor participación de adultos mayores en actividades socio-recreativas es

				<p>más adecuado para garantizar una atención de calidad en el hogar de larga estancia.</p> <p>Menor participación de adultos mayores en actividades socio-recreativas es menos adecuado para garantizar una atención de calidad en el hogar de larga estancia.</p>
<b>Frecuencia de medición</b> Mensual		<b>Frecuencia de análisis</b> Semestral		
<b>Encargado del proceso</b> <b>Firma del encargado</b>		Profesional de terapia ocupacional/ terapia física.		
<b>Responsable de generar el indicador</b> <b>Firma del encargado</b>		Profesional de terapia ocupacional/ terapia física		

IASR: Indicador de actividad social y recreativa.



<b>Nombre de la Institución</b>		<b>FICHA INDICADOR IAF- 019</b>			
		<b>Fecha de creación</b> 08/01/2020		<b>Fecha de modificación</b>	
<b>Nombre del indicador</b>	<b>Práctica de actividad física</b>				
<b>Objetivo</b>	Mejorar la participación de las personas adultas mayores institucionalizadas en actividades sociales, recreativas y físicas.				
<b>Dimensión estratégica</b>	Actividad física				
<b>Tipo</b>	Cuantitativo				
<b>Fórmula para su cálculo</b> Número de residentes que participan de forma diaria en actividades físicas $\frac{\text{Número de residentes que participan de forma diaria en actividades físicas}}{\text{Número total de residentes}} \times 100$		<b>Unidad de medida</b> Porcentaje		<b>Fuente de los datos</b> Registro de participación de actividades.	
<b>Definición de las variables de la fórmula</b> <u>Actividad física</u> : es cualquier actividad que se realiza en la vida cotidiana, como caminar, realizar ejercicios aeróbicos, tareas domésticas, nadar, entre otras; los encargados de realizar estas actividades deben tener un registro diario de asistencia. <u>Residentes</u> : Número de personas adultas mayores atendidos en el hogar durante el año.					
<b>Nivel de Referencia</b>	Los adultos mayores deben realizar actividad física en rangos de 20-30 minutos diarios.	<b>Meta 1 año</b>	<b>Ideal (100%)</b>	<b>Tendencia</b>	Mayor participación de adultos mayores en actividades físicas es más adecuada para garantizar una atención de calidad en el hogar de larga estancia.
			<b>Incumplimiento (≤100%)</b>		Menor participación de adultos mayores en actividades físicas es menos adecuada para garantizar una atención de calidad en el hogar de larga estancia.
		<b>Meta 2 año</b>	<b>Ideal (100%)</b>	<b>Tendencia</b>	Mayor participación de adultos mayores en actividades

				<p>físicas es más adecuada para garantizar una atención de calidad en el hogar de larga estancia.</p> <p>Menor participación de adultos mayores en actividades físicas es menos adecuada para garantizar una atención de calidad en el hogar de larga estancia.</p>
			<b>Incumplimiento</b> (≤100%)	
<b>Frecuencia de medición</b> Mensual		<b>Frecuencia de análisis</b> Semestral		
<b>Encargado del proceso</b> <b>Firma del encargado</b>		Profesional de terapia ocupacional/ terapia física.		
<b>Responsable de generar el indicador</b> <b>Firma del encargado</b>		Profesional de terapia ocupacional/ terapia física.		

IAF: Indicador de actividad física.

<b>Nombre de la Institución</b>		<b>FICHA INDICADOR IEN- 020</b>			
		<b>Fecha de creación</b> 08/01/2020		<b>Fecha de modificación</b>	
<b>Nombre del indicador</b>	<b>Detección de malnutrición</b>				
<b>Objetivo</b>	Perfeccionar el control y prevención de malnutrición en las personas residentes de hogares de larga estancia.				
<b>Dimensión estratégica</b>	Estado nutricional				
<b>Tipo</b>	Cuantitativo				
<b>Fórmula para su cálculo</b> Número de residentes con evaluación semestral por riesgo de desnutrición o malnutrición $\frac{\text{Número de residentes con evaluación semestral por riesgo de desnutrición o malnutrición}}{\text{Número total de residentes}} \times 100$			<b>Unidad de medida</b> Porcentaje		<b>Fuente de los datos</b> Registro en expediente clínico.
<p><b>Definición de las variables de la fórmula</b></p> <p><u>Valoración nutricional:</u> es una evaluación que identifica situaciones de riesgo y causas de desnutrición o malnutrición en las personas adulta mayores, por medio de la apreciación de la condición de salud, antropometría y la dieta; esta evaluación debe ser registrada en el expediente de cada residente.</p> <p><u>Residentes:</u> Número de personas adultas mayores atendidos en el hogar durante el año.</p>					
<b>Nivel de Referencia</b>	Las valoraciones nutricionales se deben de realizar cada mes si la persona tiene un factor de riesgo de malnutrición y cada semestre en los demás residentes.	<b>Meta 1 año</b>	<b>Ideal</b> (100%)	<b>Tendencia</b>	Realizar valoraciones nutricionales periódicas es más adecuado para garantizar una atención de calidad en el hogar de larga estancia.
			<b>Incumplimiento</b> (≤100%)		No realizar valoraciones nutricionales periódicas es menos adecuado para garantizar una atención de calidad en el hogar de larga estancia.
		<b>Meta 2 año</b>	<b>Ideal</b> (100%)	<b>Tendencia</b>	Realizar valoraciones nutricionales periódicas es más

					<p>adecuado para garantizar una atención de calidad en el hogar de larga estancia.</p> <p>No realizar valoraciones nutricionales periódicas es menos adecuado para garantizar una atención de calidad en el hogar de larga estancia.</p>
			<p><b>Incumplimiento</b> (≤100%)</p>		
<b>Frecuencia de medición</b> Semestral		<b>Frecuencia de análisis</b> Semestral			
<b>Encargado del proceso</b> <b>Firma del encargado</b>		Nutricionista encargado(a)/ Personal de enfermería encargado			
<b>Responsable de generar el indicador</b> <b>Firma del encargado</b>		Enfermero(a) encargado(a)			

IEN: Indicador de estado nutricional

<b>Nombre de la Institución</b>		<b>FICHA INDICADOR ISB- 021</b>			
		<b>Fecha de creación</b> 08/01/2020		<b>Fecha de modificación</b>	
<b>Nombre del indicador</b>	<b>Valoración bucodental</b>				
<b>Objetivo</b>	Mejorar la salud bucodental de las personas adultas mayores institucionalizadas.				
<b>Dimensión estratégica</b>	Salud bucodental				
<b>Tipo</b>	Cuantitativo				
<b>Fórmula para su cálculo</b> Número de residentes con evaluación de un profesional en odontología en los últimos 12 meses $\frac{\text{Número de residentes con evaluación de un profesional en odontología en los últimos 12 meses}}{\text{Número total de residentes}} \times 100$			<b>Unidad de medida</b> Porcentaje		<b>Fuente de los datos</b> Registro de expediente clínico.
<p><b>Definición de las variables de la fórmula</b></p> <p><u>Valoración bucodental</u>: es el chequeo de la cavidad oral de los(as) residentes del hogar de larga estancia en busca de dolor, lesiones, cáncer bucal o de garganta, infección oral, caries, pérdidas de dientes, entre otras afecciones; esta evaluación debe ser registrada en el expediente.</p> <p><u>Residentes</u>: Número de personas adultas mayores atendidos en el hogar durante el año.</p>					
<b>Nivel de Referencia</b>	Las valoraciones bucodentales deben ser anuales por profesionales en odontología y diario por el personal de asistentes.	<b>Meta 1 año</b>	<b>Ideal</b> (100%)	<b>Tendencia</b>	Realizar valoraciones bucodentales periódicas es más adecuado para garantizar una atención de calidad en el hogar de larga estancia.
			<b>Incumplimiento</b> (≤100%)		No realizar valoraciones bucodentales periódicas es menos adecuado para garantizar una atención de calidad en el hogar de larga estancia.
		<b>Meta 2 año</b>	<b>Ideal</b> (100%)	<b>Tendencia</b>	Realizar valoraciones bucodentales periódicas es más

					<p>adecuado para garantizar una atención de calidad en el hogar de larga estancia.</p> <p>No realizar valoraciones bucodentales periódicas es menos adecuado para garantizar una atención de calidad en el hogar de larga estancia.</p>
			<b>Incumplimiento</b> (≤100%)		
<b>Frecuencia de medición</b> Anual		<b>Frecuencia de análisis</b> Anual			
<b>Encargado del proceso</b> <b>Firma del encargado</b>		Enfermero(a) encargado(a)			
<b>Responsable de generar el indicador</b> <b>Firma del encargado</b>		Enfermero(a) encargado(a)			

ISB: Indicador de Salud bucodental.

<b>Nombre de la Institución</b>		<b>FICHA INDICADOR ICCP-022</b>	
		<b>Fecha de creación</b> 08/01/2020	<b>Fecha de modificación</b>
<b>Nombre del indicador</b>	<b>Satisfacción de los(as) residentes y familiares</b>		
<b>Objetivo</b>	Conocer el grado de satisfacción de los(as) residentes y familiares con relación a la atención brindada en el hogar de larga estancia.		
<b>Dimensión estratégica</b>	Cuidado centrado en la persona.		
<b>Tipo</b>	Cualitativo		
<b>Fórmula para su cálculo</b> Elaboración de entrevistas anuales de satisfacción a los(as) residentes y sus familiares.		<b>Fuente de los datos</b> Bitácora de entrevistas.	
<b>Descripción de actividades</b>	<p>El personal de la Junta Directiva del Hogar contratará los servicios de un agente externo que realice entrevistas de satisfacción a los adultos mayores residentes o a sus familiares en los casos donde el estado cognitivo o funcional no le permita a la persona comunicar sus apreciaciones en torno a la atención que recibió en la institución.</p> <p>Dicho agente debe realizar un reporte que exponga los aspectos positivos y negativos obtenidos en las entrevistas; estos datos los analizará la Junta Directiva para elaborar un plan de mejora en los puntos que se requieren reforzar para el año siguiente.</p>		
<b>Frecuencia de medición</b> Anual		<b>Frecuencia de análisis</b> Anual	
<b>Encargado del proceso</b>	Junta Directiva del hogar de larga estancia.		
<b>Firma del encargado</b>			
<b>Encargado de revisar</b>	Administrador(a) o coordinador(a) del hogar de larga estancia		
<b>Firma del encargado</b>			

ICCP: Indicador del cuidado centrado en la persona.

En total se elaboró 22 indicadores que pretenden medir la calidad de la atención que se brinda en los hogares de larga estancia adscritos al Área Rectora de Salud de Escazú, de los cuales tres fueron cualitativos y el resto cuantitativos, con la siguiente distribución en las

dimensiones estratégicas propuestas: cuatro para la dimensión de estructura, tres de procesos, dos de caídas, dos de úlceras por presión, tres de errores de medicación y uno del estado funcional y de fragilidad, cuidados del pie, manejo del dolor, actividades socio recreativas y físicas, salud bucodental, estado nutricional y cuidado centrado en la persona.

En relación a esto, se encontró que la OMS (2012, pp.10-11), recomienda medir los estándares de la calidad por medio de indicadores pertinentes, fiables y validados que permitan un monitoreo objetivo y efectivo, en cuanto la cantidad recomiendan un número menor a 25 que proporcione una visión global de la situación de la institución. Por ende, se considera que esta cantidad de indicadores expuestos serán útiles para evaluar a cada hogar de larga estancia que brinde servicios a la población de Escazú.



## CONCLUSIONES

Lo expuesto a lo largo de este trabajo final de graduación, permite arribar a las siguientes conclusiones:

La revisión bibliográfica sistematizada permitió determinar 18 dimensiones estratégicas que evalúan la calidad de la atención que se brindan a las personas adultas mayores residentes de hogares de larga estancia. Estas son las siguientes: en la categoría de administración (estructura y procesos), en valoraciones (estado funcional y condición de fragilidad), en prevención (caídas, cuidados del pie y úlceras por presión), en medicación (errores de medicación, manejo del dolor y uso de psicotrópicos) y en estilos de vida saludables (actividades sociales, recreativas y físicas, estado nutricional, salud bucodental, calidad del sueño, cuidado centrado en la persona, expresión de la sexualidad y diversidad sexual).

La entrevista semiestructurada basada en la información de la revisión sistemática, contribuyó a explorar con más detenimiento los criterios de calidad de la atención de los(as) profesionales expertos(as) en el cuidado de la población adulta mayor institucionalizada de Escazú; después del análisis de estas entrevistas se logró construir una propuesta de evaluación compuesta por 22 indicadores dirigidos a dar una visión global de la calidad de atención que se brinda en estas instituciones.

Dentro de las limitaciones en la elaboración de dichos indicadores se encontró que algunas dimensiones, a pesar de que se consideraron importantes para valorar la calidad de la atención, no fue posible concretar la forma más idónea para medirlas, pues los datos obtenidos se dirigieron a recomendaciones sobre el cuidado; como fue el caso de la dimensión de calidad del sueño, diversidad sexual, expresión de la sexualidad y uso de psicotrópicos.

En general, se considera que contar con este tipo de instrumento de evaluación de la calidad de la atención permitirá que el Ministerio de Salud de Costa Rica, como ente rector

de estas instituciones, pueda valorar no solo la calidad de la estructura, sino que también la calidad de los procesos y resultados que se obtienen en los hogares de larga estancia.

## **RECOMENDACIONES**

En función de los resultados y las conclusiones que se obtuvieron con el desarrollo de este trabajo, se plantean las siguientes recomendaciones:

Para el Consejo Nacional de la persona adulta mayor (CONAPAM), se cree importante que considere en la asignación presupuestaria la mejora permanente de las condiciones y procesos de los hogares de larga estancia, de forma tal que los recursos sean suficientes para gestionar más acciones que permitan mejorar la calidad de vida de los(as) residentes.

En cuanto al Ministerio de Salud, se considera necesario incorporar aspectos de evaluación de la calidad de los procesos y de los resultados obtenidos con la atención que se brinda en los hogares de larga estancia públicos o privados, para certificar que los cuidados brindados a esta población son los adecuados. Por ello, se sugiere que se valore la incorporación de estos indicadores como requisitos para estas instituciones y se evalúe su cumplimiento de forma anual; asimismo que el Ministerio de Salud cuente con un registro virtual para que la población en general pueda observar los resultados obtenidos por cada hogar de larga estancia.

En cuanto a las Juntas Directivas de los hogares de larga estancia y/o a sus administradores, se recomienda que las contrataciones de personal sean basadas en competencias y habilidades blandas, que permitan encontrar trabajadores empáticos, solidarios y con capacidad de análisis para trabajar con los adultos mayores. Igualmente, es conveniente que todas las actividades programadas para los(as) residentes, así como la elección del menú de comidas, horarios para dormir o bañarse, entre otras, consideren los gustos e intereses de los(as) usuarias, para fortalecer e incentivar su autonomía.

Y finalmente, para prevenir o combatir el aislamiento social y discriminación, se recomienda que se preste más atención a la población LGBT que reside en los hogares de larga estancia, procurando que la infraestructura proporcione espacios para compartir temas

de sexualidad y convivencia de parejas; además, brindar educación al personal y a los(as) residentes sobre tolerancia y respeto a esta población.

## **ALCANCES**

La elaboración de este trabajo final de graduación permitió establecer las dimensiones estratégicas que permiten evaluar la calidad de la atención que se brinda en los hogares de larga estancia para personas adultas mayores; información que se utilizó para confeccionar una propuesta de evaluación para estos establecimientos.

Dicha propuesta de evaluación, podría llegar a utilizarse en el país como una herramienta que permita el monitoreo de los cuidados que se brindan y mejorar la atención de los(as) residentes; así como, un instrumento para acreditar a estos centros.

## **LIMITACIONES**

Dentro de las limitaciones al realizar esta investigación, se encontró que no a todas las dimensiones estratégicas identificadas se les pudo construir un indicador que permita su monitorización, pues con las entrevistas realizadas, solo se logró obtener recomendaciones sobre ellas; por lo cual se considera pertinente valorar en futuras investigaciones.

Del mismo modo, la entrevista semiestructurada se logró aplicar a 10 expertos en administración, especialidad médica en geriatría y gerontología, medicina general, enfermería, psicología y terapia respiratoria; sin embargo, la atención de este grupo etario involucra a más profesionales, cuya perspectiva sería importante para complementar la información encontrada.

## REFERENCIA INFORMATIVA

- Amador, M (marzo-noviembre, 2010). Ética de la investigación. Revista Iberoamericana de Educación.54(4). Obtenido desde <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3698291>
- Amador, L et al (2018). Evaluación de la calidad de la atención en salud y enfermería en un Hogar de Ancianos. Revista Cubana de Enfermería, 34 (2), 1. Obtenido de <http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2780/344>
- Álvarez, C & San Fabián, J (abril-junio, 2012). La elección del estudio de caso en investigación educativa. Gaceta de Antropología, 28 (1), 1-12. Obtenida desde [http://www.ugr.es/~pwlac/G28\\_14Carmen\\_Alvarez-JoseLuis\\_SanFabian.pdf](http://www.ugr.es/~pwlac/G28_14Carmen_Alvarez-JoseLuis_SanFabian.pdf)
- Álvarez, M et al (octubre-diciembre, 2014). Calidad de la atención al adulto mayor en el consultorio del Médico de la Familia. Rev Cubana Med Gen Integr, (4) 30, 388-401. Obtenido desde <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v30n4/mgi01414.pdf>
- Ávalos, M (enero-abril, 2010). La evaluación de la Calidad en la atención primaria a la salud. Consideraciones teóricas y metodológicas. Horizonte Sanitario, 9 (1), 9-19. Obtenida desde <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457845134003>
- Ayuso, D. & Gimeno, B (2014). Gestión de la calidad de cuidados en enfermería. Obtenido desde <http://www.editdiazdesantos.com/wwwdat/pdf/9788499698830.pdf>
- Armijo, M (junio, 2011). Planificación estratégica e indicadores de desempeño en el sector público. Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social. Obtenido de [http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5509/S2011156\\_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5509/S2011156_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Árraga, M (2011). La salud de los adultos mayores. Una visión compartida: Sexualidad y salud en el adulto mayor. Segunda Edición, Organización Panamericana de la Salud. Obtenido de [https://www.researchgate.net/publication/298341113\\_Sexualidad\\_y\\_salud\\_en\\_el\\_adulto\\_mayor\\_Libro\\_La\\_salud\\_de\\_los\\_adultos\\_mayores\\_Una\\_vision\\_compartida](https://www.researchgate.net/publication/298341113_Sexualidad_y_salud_en_el_adulto_mayor_Libro_La_salud_de_los_adultos_mayores_Una_vision_compartida)
- Bayarre, H et al (marzo, 2016). Instrumento para la evaluación del proceso de atención al adulto mayor en el consultorio del médico y la enfermera de la familia. Revista

- Cubana de Medicina General Integral, 32 (1) ,7-17. Obtenido desde <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v32n1/mgi03116.pdf>
- Becerra, M & Arteaga, J (enero-marzo, 2017). Trastorno por consumo de sustancias en la vejez. Enfoque psicosocial. Rev. Arg. de Gerontología y Geriátría, 31 (1), 3-13. Obtenido de <http://www.sagg.org.ar/wp/wp-content/uploads/2017/04/RAGG-04-2017-Trastorno-por-consumo-de-sustancias-en-la-vejez-3-13.pdf>
- Bejines, M et al (agosto-noviembre, 2015). Valoración de la capacidad funcional del adulto mayor residente en casa hogar. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc, 23(1), 9-15. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2015/eim151c.pdf>
- Bonaccorsi, G et al (junio, 2015). A cross-sectional survey to investigate the quality of care in Tuscan (Italy) nursing homes: the structural, process and outcome indicators of nutritional care. BMC Health Services Research, 1-10 doi: <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0881-5>
- Boyaró, F & Tió, A (julio-setiembre, 2014). Evaluación de la condición física en adultos mayores: desafío ineludible para una sociedad que apuesta a la calidad de vida. Revista Universitaria de la Educación física y el deporte, 7, 6-16. Obtenida de Recuperada de <https://dialnet.unirioja.es/revista/24937/A/2014>
- Boza, M (enero-abril, 2012). El paradigma de investigación: “La estrella polar del científico”. Revista educare, 16 (1), 121-142. Obtenida desde <http://revistas.upel.edu.ve/index.php/educare/article/viewFile/753/256>
- Calero, M et al (agosto, 2016). Prevención de caídas en el adulto mayor: revisión de nuevos conceptos basada en la evidencia. 6 (2), 71-82. Obtenida de doi: 10.1989/ejihpe.v6i2.160
- Camina, M et al (enero-febrero, 2016). Valoración del estado nutricional en Geriátría: declaración de consenso del Grupo de Nutrición de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. Revista Española de Geriátría y Gerontología, 51 (1):52–57. Obtenido de DOI: 10.1016/j.regg.2015.07.007
- Carballo, A et al (junio-octubre, 2017). Estudio de prevalencia y perfil de caídas en ancianos institucionalizados. Gerokomos, 29 (3), 110-116. Obtenido de <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v29n3/1134-928X-geroko-29-03-00110.pdf>

- Carmona, I & Molés, M (enero-marzo, 2018). Problemas del sueño en los mayores. *Gerokomos*, 29(2), 72-78. Obtenido de <http://www.gerokomos.com/wp-content/uploads/2018/06/29-2-2018-072.pdf>
- Carmona, S et al (julio-setiembre, 2010). Actividades sociales y bienestar personal en el envejecimiento. *Papeles de población*, 65, 163-185. Obtenida de <http://www.scielo.org.mx/pdf/pp/v16n65/v16n65a6.pdf>
- Carrillo, E & Gómez, S (mayo-julio, 2017). El pie geriátrico y su relación con las caídas. *Nure Inv*, 14 (86), 1-12. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6277928.pdf>
- Centro de investigación y Promoción para América Central de Derechos Humanos (CIPAC) (2017). Guía de servicios inclusivos para personas adultas mayores con orientaciones sexuales lésbicas, gais y bisexuales y /o con identidades de género y/o sexo trans. Obtenido de [https://www.cipacdh.org/pdf/Guia\\_de\\_servicios\\_inclusivos\\_para\\_PAM\\_LGBT.pdf](https://www.cipacdh.org/pdf/Guia_de_servicios_inclusivos_para_PAM_LGBT.pdf)
- Cervantes, R et al (julio-octubre, 2014). Estado de salud en el adulto mayor en atención primaria a partir de una valoración geriátrica integral. *ELSEIVIER, Aten Primaria*, 47 (6), 329-335). Obtenido de <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2014.07.007>
- Codina, L (abril, 2017). Revisiones sistematizadas y cómo llevarlas a cabo con garantías: systematic reviews y SALSA Framework. Obtenido desde <https://www.lluiscodina.com/revision-sistematica-salsa-framework/>
- Colegio de Cirujanos Dentistas de Costa Rica (2011). Política Nacional de Atención, Promoción y Protección de la Salud Bucodental. Obtenida desde [http://colegiodentistas.org/descargas/biblioteca/propuesta\\_politicapublica\\_saludbucodental.pdf](http://colegiodentistas.org/descargas/biblioteca/propuesta_politicapublica_saludbucodental.pdf)
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (2013). Manual para el Diseño y la Construcción de Indicadores. Instrumentos principales para el monitoreo de programas sociales de México. Obtenida de [https://www.coneval.org.mx/informes/coordinacion/publicaciones%20oficiales/manual\\_para\\_el\\_diseno\\_y\\_contruccion\\_de\\_indicadores.pdf](https://www.coneval.org.mx/informes/coordinacion/publicaciones%20oficiales/manual_para_el_diseno_y_contruccion_de_indicadores.pdf)
- Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM) (2014). Modalidades. Obtenido desde <https://www.conapam.go.cr/modalidades/>



- Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM) (2013). Normativa en beneficio de la población adulta mayor. 2. ed. San José. Obtenido desde <https://www.conapam.go.cr/mantenimiento/FOLLETO%20NORMATIVA.pdf>
- Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM) (2013). Política Nacional de Envejecimiento y Vejez 2011-2021. Obtenida desde <https://www.conapam.go.cr/mantenimiento/POLITICA%20PDF.pdf>
- Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM)(2012). Red de atención progresiva para el cuidado integral de las personas adultas mayores de Costa Rica. Obtenido desde <http://www.ohchr.org/Documents/Issues/OlderPersons/Practices/States/Costa%20Rica%20Annex%203.pdf>
- De André, A et al (marzo-junio, 2014). Dolor en el paciente de la tercera edad. Rev. Med. Clin. Condes, 25 (4), 674-686. Obtenida de <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-S0716864014700896>
- Deossa, G et al (mayo-diciembre, 2016). Evaluación nutricional de adultos mayores con el Mini Nutritional Assessment: MNA. Revista Universidad y Salud, 18(3), 494-504. Obtenida de DOI: <http://dx.doi.org/10.22267/rus.161803.54>
- Díez, P et al (julio, 2019). Recomendaciones de la Sección de Cardiología Geriátrica de la Sociedad Española de Cardiología para la valoración de la fragilidad en el anciano con cardiopatía. Rev Esp Cardiol, 72 (1), 63-71. Obtenido de <https://www.revespcardiol.org/es-recomendaciones-seccion-cardiologia-geriatrica-sociedad-articulo-S0300893218303579>
- Domínguez, A & García, M (mayo-setiembre, 2014). Valoración geriátrica integral. Aten Fam, 21 (1), 20-23. Obtenido de <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-familiar-223-pdf-S1405887116300062>
- Donabedian, A (2001). Evaluación de la calidad de la atención médica. Revista de Órgano de la Sociedad Española de Calidad Asistencial 16 (1), 5-100. Obtenida desde <http://www.fadq.org/wp-content/uploads/2016/02/Monografico-Avedis-1parte.pdf>
- Duarte, A & Duarte, T (noviembre, 2011). Consideraciones en el manejo odontológico del paciente geriátrico. Rev. Cient. Odontol., 8(1), 45-54. Obtenido de

<https://revistaodontologica.colegiodontistas.org/index.php/revista/article/view/451/671>

- Duranti, R (abril, 2011). DIVERSIDAD SEXUAL: CONCEPTOS PARA PENSAR Y TRABAJAR EN SALUD. Dirección de Sida y ETS MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN, 1-26. Obtenido de <http://www.paho.org/arg/images/Gallery/SIDA/Diversidad%20sexual.pdf?ua=1>
- Escazú News (s/f). Mapa general del cantón de Escazú (Escazú Centro, San Antonio, San Rafael). Obtenido desde <http://www.escazuNews.com/lugares/mapa-general-del-canton-de-escazu/>
- Escobar, J & Cuervo, A (2008). Validez de contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización. Avances en medición, 6, 27-36. Obtenido desde [http://www.humanas.unal.edu.co/psicometria/files/7113/8574/5708/Articulo3\\_Juicio\\_de\\_expertos\\_27-36.pdf](http://www.humanas.unal.edu.co/psicometria/files/7113/8574/5708/Articulo3_Juicio_de_expertos_27-36.pdf)
- Esquivel, R & Jiménez, J (febrero, 2010). Necesidades de atención odontológica en adultos mayores mediante la aplicación del GOHAI. Revista ADM, 67(3), 127-132. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2010/od103f.pdf>
- Estabrooks, C et al (noviembre, 2013). Practice sensitive quality indicators in RAI-MDS 2.0 nursing home data. BMC Research Notes, 6, 1-6. doi: <https://doi.org/10.1186/1756-0500-6-460>
- Fajardo, G y Hernández, F (2012). Definiciones y conceptos fundamentales para el mejoramiento de la calidad de la atención a la salud. Obtenido desde [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/60109/libro\\_01.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/60109/libro_01.pdf)
- Fernández, M et al (setiembre, 2018). Haciendo equilibrios entre los riesgos y beneficios del tratamiento farmacológico en demencia, dolor crónico y anticoagulación en personas mayores. ELSEIVER, Atención Primaria, 50 (2), 39-50. Obtenido de <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.09.003>
- Figueroa, A et al (enero-julio, 2012). Método DELPHI: aplicaciones y posibilidades en la gestión prospectiva de la investigación y desarrollo. Revista Venezolana de Análisis de Coyuntura, 18 (1), 41-52. Obtenido desde <http://www.redalyc.org/pdf/364/36424414003.pdf>

- Forrellat, M (2014). Calidad en los servicios de salud: un reto ineludible. *Revista Cubana Hematología, Inmunología y Hemoterapia*. 30 (2), 179-183. Obtenido desde <http://scielo.sld.cu/pdf/hih/v30n2/hih11214.pdf>
- Freitas, J et al (mayo-junio, 2014). Calidad de los cuidados de enfermería y satisfacción del paciente atendido en un hospital de enseñanza. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 22(3), 454-460. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3241.2437>
- Ganoza, M et al (junio, 2017). Calidad e higiene del sueño en asistentes al centro del adulto mayor de Essalud Chiclayo, Perú 2015. *Rev Hisp Cienc Salud*, 3 (3): 79-86. Obtenida de <http://uhsalud.com/index.php/revhispano/article/download/309/175>
- García, J (2017). Manejo básico del dolor agudo y crónico. *Anestesia en México*, 29 (1), 77-85. Obtenido de <http://www.scielo.org.mx/pdf/am/v29s1/2448-8771-am-29-00077.pdf>
- García, L et al (enero-diciembre, 2014). Enfoques actuales sobre la sexualidad en los adultos mayores de 65 años de edad. *Pedagógicos*, 7, 9-20. Obtenido de <http://publicaciones.unisangil.edu.co/index.php/revista-pedagogicos/article/viewFile/234/255>
- Gascón, S. & Redondo, N (2014). Calidad de los servicios de largo plazo para personas adultas mayores con dependencia. Obtenido desde [http://sia.eurosocial-ii.eu/files/docs/1420801076-ESTUDIO\\_7\\_web.pdf](http://sia.eurosocial-ii.eu/files/docs/1420801076-ESTUDIO_7_web.pdf)
- Geraedts, M et al (marzo, 2016). Trade-off Between Quality, Price, and Profit Orientation in Germany's Nursing Homes. *Ageing International*, 41(1), 89-98. Obtenido de DOI: 10.1007/s12126-015-9227-1
- Guevara, M (2015, diciembre, 29). Radiografía del cantón: Datos sociales y demográficos de Escazú. *Conozca Escazú, Economía Local*. Obtenido desde <http://conozcaescazu.com/economia-local/radiografia-del-canton-datos-sociales-y-demograficos-de-escazu-5334/>
- Hernández, R & et al (2014). Metodología de la investigación: Capítulo 4: Estudios de Caso. 6ª edición. Mc Graw Hill. México. Obtenido desde <http://novella.mhhe.com/sites/dl/free/000001251x/1058642/CAPITULO04.pdf>
- Hernández, R & et al (2014). Metodología de la investigación. 6ª edición. Mc Graw Hill. México. Obtenido desde

<https://josedominguezblog.files.wordpress.com/2015/06/metodologia-de-la-investigacion-hernandez-sampieri.pdf>

- Iglesias, R & Roura, P (junio, 2015). ¿Hay que realizar el cribado del pie diabético? ¿Con qué frecuencia? ¿Con qué método? Guía de actualización en diabetes, 25-28. Obtenido de <http://www.redgdps.org/gestor/upload/GUIA2016/P34.pdf>
- Institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia (2017). Manual de indicadores. Obtenido de <https://www.slideshare.net/farleyzamudio/indicadores-150717376>
- Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC) (2011). La población adulta mayor se triplicaría en los próximos 40 años. Obtenido desde <http://www.inec.go.cr/noticia/la-poblacion-adulta-mayor-se-triplicaria-en-los-proximos-40-anos>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) (2013). Indicadores Cantonales. Obtenido desde <http://www.inec.go.cr/sites/default/files/documentos/poblacion/estadisticas/resultados/reoblaccenso2011-01.pdf.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) (2015). Indicadores Demográficos Cantonales, 2013. Obtenido desde [http://www.inec.go.cr/wwwisis/documentos/INEC/Indicadores\\_Demograficos\\_Cantonales/Indicadores\\_Demograficos\\_Cantonales\\_2013.pdf](http://www.inec.go.cr/wwwisis/documentos/INEC/Indicadores_Demograficos_Cantonales/Indicadores_Demograficos_Cantonales_2013.pdf)
- Instituto de Normas Técnicas de Costa Rica (INTECO) (2017). INTE DN 05:2017. Ministerio de Salud de Costa Rica. Habilitación de establecimientos de larga estancia para la atención integral de la persona Adulta Mayor. Requisitos. Solicitada a la Dirección de Normalización de INTECO.
- Jiménez, V (julio, 2012). El estudio de caso y su implementación en la investigación. Rev. Int. Investig. Cienc. Soc, 8 (1), 141-150. Obtenido desde <http://revistacientifica.uaa.edu.py/index.php/riics/article/view/18/18>
- Kajonius, P & Kazemi, A (noviembre, 2016). Structure and process quality as predictors of satisfaction with elderly care. Health & Social Care in the Community, 24 (6), 699-707. Obtenido de DOI: 10.1111/hsc.12230
- Kjos, B. & Havig, A (junio, 2016). An examination of quality of care in Norwegian nursing homes a change to more activities?. Caring Sciences, (30) 2, 330-339. Doi: 10.1111/scs.12249

- Korenvain, C et al (abril-mayo, 2018). Identifying frailty in primary care: a qualitative description of family physicians' gestalt impressions of their older adult patients. *BMC Family Practice*, 19 (1), 1-7. Obtenida de <https://doi.org/10.1186/s12875-018-0743-4>
- Laguado, E et al (setiembre, 2017). Funcionalidad y grado de dependencia en los adultos mayores institucionalizados en centros de bienestar. *Gerokomos*, 28(3), 135-141. Obtenido de <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v28n3/1134-928X-geroko-28-03-00135.pdf>
- Landa, E. & Arredondo, A (2014). Herramienta PICO para la formulación y Búsqueda de preguntas clínicamente Relevantes en la psicooncología basada en evidencia. *Psicooncología*, (11) 2-3, 259-270. Obtenido desde <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/viewFile/47387/44420>
- Lee, I. & Wang, H (marzo, 2014). Preliminary Development of Humanistic Care Indicators for Residents in Nursing Homes: A Delphi Technique. *Asian Nursing Research*, (8) 1, 75-81. doi.org/10.1016/j.anr.2014.03.001
- López, A et al (2000). Indicadores Cuantitativos y Cualitativos para la Evaluación de la Actividad Investigadora: ¿Complementarios? ¿Contradictorios? ¿Excluyentes? Obtenido de [http://www.uca.es/recursos/doc/Unidades/consejo\\_social/590987125\\_1032010104118.pdf](http://www.uca.es/recursos/doc/Unidades/consejo_social/590987125_1032010104118.pdf)
- Martínez, P (julio, 2006). El método de estudio de caso: estrategia metodológica de la investigación científica. *Pensamiento y gestión*, 20, 165-193. Obtenido desde <http://www.redalyc.org/pdf/646/64602005.pdf>
- Martínez, T (2016). La atención centrada en la persona en los servicios gerontológicos. Obtenido desde <http://www.acpgerontologia.com/documentacion/ACPenserviciosgerontologicos.pdf>
- Martínez, T (diciembre-marzo, 2017). La evaluación de los servicios gerontológicos: un nuevo modelo basado en la atención centrada en la persona. *Revista Argentina de Gerontología y Geriatria*, 31 (3), 83-89. Obtenida desde <http://www.acpgerontologia.com/documentacion/evaluacionACPRAGG.pdf>

- Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica (MIDEPLAN) (2017). Costa Rica: Prospectiva en cambio demográfico al 2045. Obtenido desde <https://documentos.mideplan.go.cr/share/s/FOOVEPZrSXSv4TYEko3tzA>
- Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica (MIDEPLAN) (2017). Prospectiva en Salud 2045: Prevención y Sostenibilidad Financiera. Obtenido desde <https://documentos.mideplan.go.cr/share/s/pJe9QS8MTtuaGBKaftQd5A>
- Ministerio de Salud de Costa Rica (2011). Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional 2011-2021. Obtenida desde <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos/sobre-el-ministerio/politcas-y-planes-en-salud/politicas-en-salud/1106-politica-nacional-de-seguridad-alimentaria-y-nutricional-2011-2021/file>
- Ministerio de Salud, República de Costa Rica (2012). Manual del Auditor: Reglamento para el Otorgamiento del Permiso Sanitario de Funcionamiento de los Hogares de Larga Estancia Para Personas Adultas Mayores. Obtenido desde [https://www.ministeriodesalud.go.cr/empresas/normativas/DGASS\\_manual\\_auditor\\_hogares\\_estancia\\_adulto\\_mayor.doc](https://www.ministeriodesalud.go.cr/empresas/normativas/DGASS_manual_auditor_hogares_estancia_adulto_mayor.doc)
- Ministerio de Salud, República de Costa Rica (2012). Reglamento para el otorgamiento del permiso sanitario de funcionamiento de los hogares de larga estancia para personas adultas mayores. Obtenido desde [http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm\\_texto\\_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=72787&nValor3=89000&strTipM=TC#up](http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=72787&nValor3=89000&strTipM=TC#up)
- Morales, F (abril-junio, 2015). El envejecimiento en Costa Rica: una perspectiva actual y futura. Acta Médica Costarricense 57(2), 74-79. Obtenida desde <http://www.redalyc.org/pdf/434/43438600004.pdf>
- Motta, M & Silvino, Z (enero, 2012). Sistematizando la literatura sobre acreditación hospitalaria: de 2005 a 2010. Enfermería Global (25), 299-312. Obtenido desde <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v11n25/revision1.pdf>
- Mukamel, D et al (octubre, 2012). The Effect of State Regulatory Stringency on Nursing Home Quality. Health Services Research, 47 (5), 1791-1813. Obtenido de DOI: 10.1111/j.1475-6773.2012.01459.x.

- Netten, A et al (julio, 2012). Quality of life outcomes for residents and quality ratings of care homes: is there a relationship?. *Age and Ageing* (41) 4, 512-517. doi: [doi.org/10.1093/ageing/afs050](https://doi.org/10.1093/ageing/afs050)
- Patiño, O et al (marzo, 2018). Úlceras por presión: cómo prevenirlas. *Rev. Hosp. Ital. B. Aires*, 38(1), 40-46. Obtenido de [https://www1.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/noticias\\_attachs/47/documentos/50373\\_40-46-HI1-13-Patinio-A.pdf](https://www1.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/noticias_attachs/47/documentos/50373_40-46-HI1-13-Patinio-A.pdf)
- Peralta, M et al (2013). Guía de práctica clínica Prescripción farmacológica en el adulto mayor. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 51 (2), 228-239. Obtenida de <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2013/im132u.pdf>
- Pileggi, C et al. (marzo, 2014). Quality of Care in One Italian Nursing Home Measured by ACOVE Process Indicators. *PLoS ONE*, 9(3), 1-7. Obtenido de doi: 10.1371/journal.pone.0093064
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2012). Monitoreo, Evaluación y Análisis de las Estrategias Nacionales de Salud: Una plataforma dirigida por los países para la información y la rendición de cuentas. Obtenido desde [http://www.who.int/healthinfo/country\\_monitoring\\_evaluation/MandE\\_NHS\\_spanish.pdf](http://www.who.int/healthinfo/country_monitoring_evaluation/MandE_NHS_spanish.pdf)
- Organización Mundial de la Salud (2015). Envejecimiento y salud. Obtenido desde <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/es/>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2015). Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud. Obtenido de [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873\\_spa.pdf;jsessionid=4657665C907DA762219DFE966FC37001?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf;jsessionid=4657665C907DA762219DFE966FC37001?sequence=1)
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2015). Instrumento de calidad y derechos de la OMS: evaluando y mejorando la calidad y los derechos humanos en los establecimientos de salud mental y de apoyo social. (Obtenida desde [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/150398/9789241548410\\_spa.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/150398/9789241548410_spa.pdf?sequence=1)
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (febrero, 2018). Actividad física. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>

- Organización Mundial de la Salud (OMS) (setiembre, 2018). Salud bucodental. Obtenida de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2018). Sistemas de notificación y aprendizaje sobre errores de medicación: el papel de los centros de farmacovigilancia. Obtenido de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/276898/9789243507941-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Organización Panamericana de la Salud (2002). La Salud Pública en las Américas: Nuevos Conceptos, Análisis del Desempeño y Bases para la Acción. Obtenido desde [http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/FESP\\_Salud\\_Publica\\_en\\_las\\_Americas.pdf](http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/FESP_Salud_Publica_en_las_Americas.pdf)
- Parra, M (2005). Fundamentos Epistemológicos, metodológicos y teóricos que sustentan un modelo de investigación cualitativa en las ciencias sociales. Tesis de doctorado, Universidad de Chile. Obtenido desde [http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2005/parra\\_m/sources/parra\\_m.pdf](http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2005/parra_m/sources/parra_m.pdf)
- Quevedo, L (diciembre-marzo, 2013). Importancia de la sexualidad en el adulto mayor: una mirada desde el cuidado de enfermería. Revista Cultura del Cuidado, 10 (2), 70-79. Obtenido de <http://www.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD18402.pdf>
- Registered Nurses' Association of Ontario (2013). Valoración y manejo del dolor. 3° edición. Ministerio de Salud y Cuidados a largo plazo de Ontario. Obtenido de [https://rno.ca/sites/rno-ca/files/2015\\_-\\_BPG\\_Pain\\_16\\_01\\_2015\\_-\\_3rd\\_Edition.pdf](https://rno.ca/sites/rno-ca/files/2015_-_BPG_Pain_16_01_2015_-_3rd_Edition.pdf)
- Reguant, M y Torrado, M (agosto, 2016). El método Delphi. REIRE, Revista d'Innovació i Recerca en Educació, 9 (1), 87-102. DOI: 10.1344/reire2016.9.1916
- República de Costa Rica (2015). Política Nacional de Salud "Juan Guillermo Ortiz". Obtenido desde <http://www.binasss.sa.cr/plannacionalsalud.pdf>
- Rivera, G et al (noviembre, 2013). Calidad de la ejecución del subprograma de atención comunitaria al adulto mayor del Policlínico Universitario "José Martí". MEDISAN, 17 (5), 802-809. Obtenido desde <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v17n5/san08175.pdf>
- Rocha, M et al (abril-junio, 2015). Calidad de la atención al adulto mayor en el hogar de ancianos "General Peraza". Revista Cubana de Medicina General Integral, 31 (2), 143-158. Obtenido desde <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v31n2/mgi04215.pdf>



- Rojas, F (diciembre, 2011). Fundamentación de la especialidad en salud pública. Revista Cubana de Salud Pública, 37, 602-615. Obtenido desde <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v37s5/spu09511.pdf>
- Roqué, M (2015). Seminario Internacional sobre Género y diversidad sexual en la vejez, compilado por Mónica Roqué, 1ª edición. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 1-232. Obtenido de <http://www.algec.org/biblioteca/SEMINARIO-GENERO-Y-DIVERSIDAD.pdf>
- Sáez, M et al (abril, 2015). Valoración del dolor en el anciano. Rev Soc Esp Dolor, 22(6), 271-274. Obtenida de [http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v22n6/08\\_revision.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v22n6/08_revision.pdf)
- Salech, F et al (julio-agosto, 2016). EPIDEMIOLOGÍA DEL USO DE MEDICAMENTOS EN EL ADULTO MAYOR. Rev. Med. Clin. Condes, 27 (5), 660-670. Obtenida de <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2016.09.011>
- Salgado, A (setiembre, 2007). Investigación Cualitativa: Diseños, Evaluación del rigor metodológico y retos. LIBERABIT, 71-78. Obtenido desde <http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v13n13/a09v13n13.pdf>
- Sánchez, J (setiembre.2014). Las actividades recreativas: sus características, clasificación y beneficios. EF deportes, revista digital, 196. Obtenido de <https://www.efdeportes.com/efd196/las-actividades-recreativas-clasificacion.htm>
- Santalla, F et al (marzo, 2010). Hábitos de cuidados podológicos en personas mayores de 65 años. Revista de podología el Peu, 30(1), 36-41. Obtenida de <https://www.researchgate.net/publication/270959307>
- Sardá, A et al (enero-marzo, 2017). Evaluación de la calidad de la atención de enfermería a adultos mayores fármaco- dependientes. Revista Cubana de Enfermería 33(1), 8-17. Obtenido desde <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/716/225>
- Secretaria de Salud de Mexico (2017). Protocolo para la Atención de las Personas Adultas Mayores por Enfermería, 1ª edición. Obtenido de [http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/publicaciones/Protocolo\\_PAM.pdf](http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/publicaciones/Protocolo_PAM.pdf)
- Serón et al (agosto-setiembre, 2010). Nivel de actividad física medida a través del cuestionario internacional de actividad física en población chilena. Rev Med Chile,

- 138, 1232-1239. Obtenido de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v138n10/art%2004.pdf>
- Servicio Madrileño de Salud (junio, 2014). Prevención de las úlceras por presión en pacientes adultos. Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Madrid, 1-28. Obtenido de <http://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/c6032233-3266-4865-a36d-234b4d0adbe0/45c754a8-55f8-49ee-8638-a88eefc4bcae/457b6da7-828e-4b60-a1a8-e5e5f3a36f9c/457b6da7-828e-4b60-a1a8-e5e5f3a36f9c.pdf>
- Shin, J & Shin, I (noviembre, 2018). The effect of registered nurses on nursing home residents' outcomes, controlling for organizational and health care market factors. ELSEIVER: Geriatric Nursing, 00, 1-6. Obtenida de <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2018.11.004>
- Stefanacci, R & Riddle, A (julio-agosto, 2016). Preventing medication errors. ELSEIVER: Geriatric Nursing, 37 (4), 307-310. Obtenido de <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2016.06.005>
- Stubbs, E (abril, 2004). Indicadores de desempeño: naturaleza, utilidad y construcción. Ci. Inf., Brasília, 33 (1), 149-154. Obtenida de <http://www.scielo.br/pdf/%0D/ci/v33n1/v33n1a18.pdf>
- Tafur, J et al (2018). Factores que afectan el estado nutricional del adulto mayor. Revista Latinoamericana de Hipertensión, 13 (5), 360-366. Obtenida de [http://www.revhipertension.com/rlh\\_5\\_2018/factores\\_que\\_afectan\\_el\\_estado.pdf](http://www.revhipertension.com/rlh_5_2018/factores_que_afectan_el_estado.pdf)
- Terra, L et al (marzo, 2014). Evaluación del riesgo de caídas en las personas mayores: ¿cómo hacerlo? Gerokomos, 25 (1), 13-16. Obtenido de <http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2014000100004>
- Tico Index (2008). Datos Generales de Escazú. Obtenido desde <http://www.ticoindex.com/escazu/datos/escazu+datos+generales.html>
- Titlestad, I et al (julio, 2018). Patient safety culture in nursing homes – a cross-sectional study among nurses and nursing aides caring for residents with diabetes. BMC Nursing, 17 (1), 1-8. Obtenido de DOI: 10.1186/s12912-018-0305-z.

- Torres, M y Vásquez, C (diciembre, 2015). Modelos de evaluación de la calidad del servicio: caracterización y análisis. *Compendium*, 35, 57- 76. Obtenido desde [http://www.ucla.edu.ve/dac/compendium/revista35/Compendium\\_35\\_2015\\_4.pdf](http://www.ucla.edu.ve/dac/compendium/revista35/Compendium_35_2015_4.pdf)
- Ugalde, N y Balbastre, F (agosto-octubre, 2013). Investigación cuantitativa e investigación cualitativa: buscando las ventajas de las diferentes metodologías de investigación. *Revista Ciencias Económicas*, 31 (2), 179-187. Obtenido desde <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/economicas/article/viewFile/12730/11978>
- Vanegas, B (abril-noviembre, 2010). La investigación cualitativa: un importante abordaje del conocimiento para enfermería. *Revista Colombiana de Enfermería*, 6 (6), 128-142. Obtenida desde <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4036726>
- Valdés, M et al (setiembre-octubre, 2017). Evaluación del estado nutricional de ancianos institucionalizados en el hogar de ancianos de Pinar del Río. *Rev. Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 21(5), 643-651. Obtenida de <http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v21n5/rpr06517.pdf>
- Villanueva, I (julio-agosto, 2013). Hablando de artículos de revisión. *Acta Ortopédica Mexicana*, 27 (4), 219-220. Obtenida desde <http://www.medigraphic.com/pdfs/ortope/or-2013/or134a.pdf>
- Villar, F et al (2017). Sexualidad en entornos residenciales de personas mayores: Guía de actuación para profesionales. Obtenido de <https://www.fundacionpilares.org/docs/publicaciones/fpilares-guia03-guia-sexualidad-2017.pdf>
- Winbland, U et al (junio-julio, 2017). ¿Do public nursing home care providers deliver higher quality than private providers? Evidence from Sweden. *BMC Health Services Research*, 17, 1-12. Obtenido de DOI 10.1186/s12913-017-2403-0
- Zamora, J & Blanco, M (marzo, 2007). Indicadores de calidad en los centros sociosanitarios del grupo Capiro Sanidad. *Rincón científico*, 18 (1), 24-29. Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2007000100004](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2007000100004)

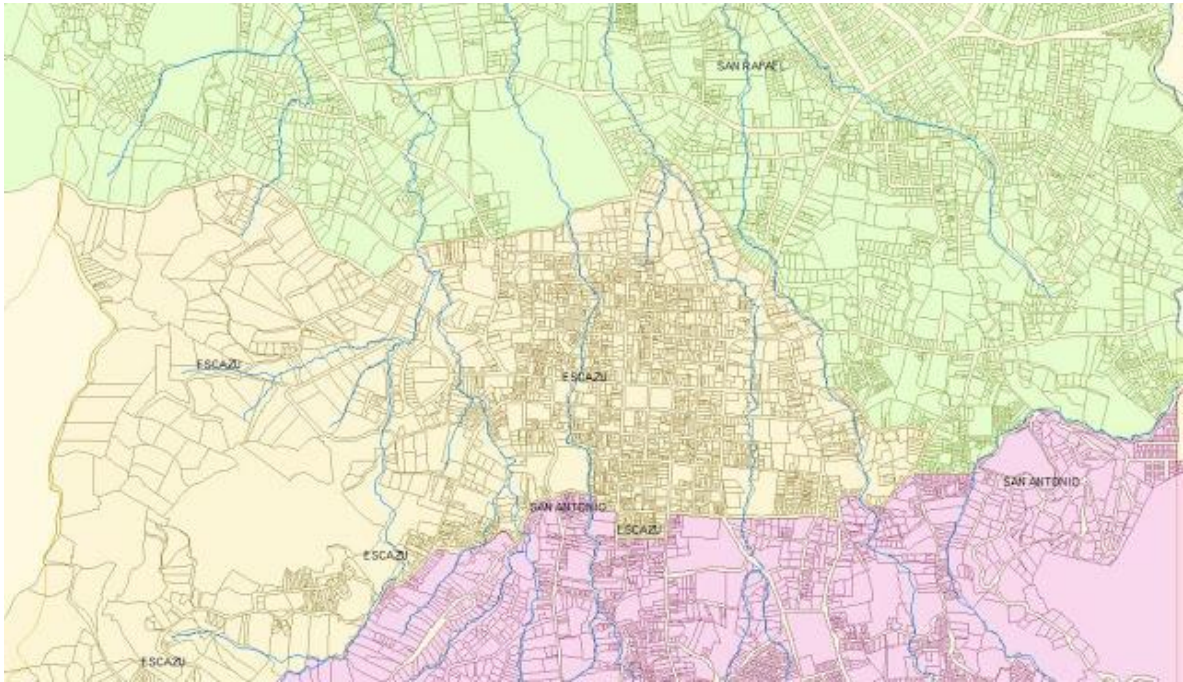
## ANEXOS

### Anexo 1. Componentes de la técnica PICO en la búsqueda bibliográfica de los antecedentes.

En el presente trabajo se utilizaron los diferentes componentes que se desglosan a continuación:

Componente	Descripción del componente
<b>Problema de interés</b>	("adulto mayor"OR "persona adulta mayor" OR "anciano"OR "elderly" OR "aged") AND ("hogares de larga estancia para personas adultas mayores" OR "hogares de ancianos" OR "casas de reposo" OR "centros residenciales gerontológicos" OR "centros residenciales para adultos mayores geriátricos" OR "hogares de protección" OR "salud del anciano institucionalizado" OR "health of institutionalized elderly" OR "servicios de salud para ancianos" OR "long stay homes for older adults" OR "nursing homes")
<b>Intervención</b>	("evaluación institucional" OR "institutional evaluation" OR "garantía de la calidad de la atención" OR "quality assurance" OR "evaluación de la calidad" OR "evaluación de los procesos y resultados" OR "outcome and process assessment" OR "dimensiones estratégicas de evaluación de calidad" OR "quality evaluation")
<b>Outcomes</b>	("indicadores de calidad" OR "quality indicators" OR "guía de evaluación de calidad" OR "quality evaluation guide)
<b>PIO</b>	("adulto mayor"OR "persona adulta mayor" OR "anciano"OR "elderly" OR "aged") AND ("hogares de larga estancia para personas adultas mayores" OR "hogares de ancianos" OR "casas de reposo" OR "centros residenciales gerontológicos" OR "centros residenciales para adultos mayores geriátricos" OR "hogares de protección" OR "salud del anciano institucionalizado" OR "health of institutionalized elderly" OR "servicios de salud para ancianos" OR "long stay homes for older adults" OR "nursing homes")("evaluación institucional" OR "institutional evaluation" OR "garantía de la calidad de la atención" OR "quality assurance" OR "evaluación de la calidad" OR "evaluación de los procesos y resultados" OR "outcome and process assessment" OR "dimensiones estratégicas de evaluación de calidad" OR "quality evaluation")("indicadores de calidad" OR "quality indicators" OR "guía de evaluación de calidad" OR "quality evaluation guide)

## Anexo 2. Mapa del Cantón de Escazú



Fuente: Escazú News (s/f). Mapa general del cantón de Escazú (Escazú Centro, San Antonio, San Rafael).

### Anexo 3. Técnica de búsqueda de revisión bibliográfica sistematizada.

#### Técnica de Búsqueda PIO para procesos:

P: (“adulto mayor” OR “mayores” OR “personas mayores” OR “personas de edad avanzada” OR “población mayor” OR “anciano” OR “elderly” OR “seniors” OR “older persons” OR “old age” OR “elderly population” OR “older adults”) AND (“hogares de larga estancia para personas adultas mayores” OR “hogares de ancianos” OR “hogares geriátricos” OR “residencia geriátricas” OR “casas de reposo” OR “centros residenciales gerontológicos” OR “nursing homes” OR “home health agencies” OR “health of institutionalized elderly” OR “long stay homes for older adults”).

I: (“evaluación de procesos” OR “aplicación de procedimientos” OR “rutinas” OR “evaluación de servicios” OR “operaciones” OR “evaluación de actividades” OR “evaluation process” OR “assessment process” OR “review process” OR “screening process” OR “valuation process” OR “testing process” OR “review process” OR “appraisal process”).

Q: (“guía de evaluación” OR “elementos de evaluación de calidad de procesos” OR “process guidance” OR “indicators as guides to complex process” OR “indicadores de procesos de calidad”).

#### Técnica de Búsqueda PIO para resultados:

P: (“adulto mayor” OR “mayores” OR “personas mayores” OR “personas de edad avanzada” OR “población mayor” OR “anciano” OR “elderly” OR “seniors” OR “older persons” OR “old age” OR “elderly population” OR “older adults”) AND (“hogares de larga estancia para personas adultas mayores” OR “hogares de ancianos” OR “hogares geriátricos” OR “residencia geriátricas” OR “casas de reposo” OR “centros residenciales gerontológicos” OR “nursing homes” OR “home health agencies” OR “health of institutionalized elderly” OR “long stay homes for older adults”).

I: (“evaluación de resultados” OR “cumplimiento de indicadores” OR “satisfacción del usuario” OR “acreditación” OR “cumplimiento de propuestas” OR “cumplimiento de objetivos” OR “evaluation results” OR “assessment results” OR “outcomes evaluation”).

Q: (“guía de evaluación” OR “elementos de evaluación de calidad de resultados” OR “indicadores de resultados” OR “outcome indicator” OR “result indicator” OR “performance indicators”).

#### Anexo 4. Ficha de Indicador

Nombre de la Institución	FICHA INDICADOR				
	Número				
	Fecha de creación	Fecha de modificación	N° Página		
<b>Nombre del indicador</b>	El indicador debe tener un nombre o código que lo identifique y señale su función estratégica (Institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia, 2017, p. 19).				
<b>Objetivo</b>	En el objetivo se expresa la finalidad del indicador, por ello, debe ser entendible y no siempre se formula de manera medible; un mismo objetivo puede tener varios indicadores (Institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia, 2017, p. 24).				
<b>Dimensión estratégica</b>	Corresponde a los aspectos que se consideran necesarios para valorar la calidad de los cuidados que se brindan a las personas adultas mayores institucionalizadas en los hogares de larga estancia.				
<b>Tipo</b>	El indicador puede ser de tipo cuantitativo o cualitativo. Estos permiten observar o medir los cambios cuantitativos (mayores o menores) y cualitativos (positivos o negativos) que presenta cierta variable en determinado periodo de tiempo (Institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia, 2017, p. 26).				
<b>Fórmula para su cálculo</b>  Los indicadores pueden ser presentados como: cifra absoluta, porcentaje, promedio o medidas estadísticas (tasa, razón, entre otras) (Institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia, 2017, pp. 25-26).	<b>Unidad de medida</b>  (Forma en que se mide el indicador)  Debe ser acorde a la naturaleza del indicador. Si este no se le puede asignar unidad de medida (pues está expresado como: implementar, mejorar, promover, entre otros) se debe realizar un informe que explique la ejecución de las actividades más importantes del indicador y se establece periodicidad (Institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia, 2017, pp. 24-25).	<b>Fuente de los datos</b>  (Registro de donde se extrae la información)  Fuente primaria: registros, archivos de proyectos, estadísticas, entre otros; fuente secundaria: información obtenida de indicadores ya construidos (Institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia, 2017, p. 23).			
<b>Definición de las variables de la fórmula</b> (Explicar conceptualmente cada variable)  (Institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia, 2017, p. 32).					
		<b>Meta 1 año</b>	<b>Ideal</b>  (% o #)	<b>Tendencia</b>	Representa el signo del indicador, si el

<b>Nivel de Referencia</b>	(Es la línea base o punto de partida para el monitoreo) (Institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia, 2017, p. 32).	Valor que se espera que alcance un indicador como resultado de la ejecución de una política, programa o actividad. Debe señalar cantidad, calidad y tiempo (Institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia, 2017, p. 27).		Es la forma específica como se expresan las metas del indicador, ya sea que los logros aumenten, se reduzcan o se mantengan (Institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia, 2017, p. 29).	crecimiento es adecuado el indicador es positivo; si no es adecuado, el indicador es negativo (Institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia, 2017, p. 32).
		<b>Meta 2 año</b>	<b>Incumplimiento</b> (% o #)		
<b>Frecuencia de medición</b> (Periodicidad para recolectar datos para confeccionar el indicador) (Institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia, 2017, p. 32).		<b>Frecuencia de análisis</b> (Periodicidad para analizar datos) (Institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia, 2017, p. 32).			
<b>Observaciones</b>		Se anota cualquier aclaración o aspecto a tener en cuenta al calcular el indicador (Institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia, 2017, p. 32).			
<b>Encargado del proceso</b> <b>Firma del encargado</b>		Persona que está a cargo de realizar el proceso o actividad (Institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia, 2017, p. 32).			
<b>Responsable de generar el indicador</b> <b>Firma del encargado</b>		Persona que está a cargo de medir, calcular y analizar el indicador (Institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia, 2017, p. 32).			
Fuente Institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia (2017, p. 19-32).					

### Anexo 5. Guía de Entrevista semiestructurada I.





**UNIVERSIDAD DE COSTA RICA**

**Escuela de Salud Pública**

**GUIA DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA I**

<b>Título de la investigación:</b>	Diseño de una estrategia orientada a evaluar la calidad de la atención que se brinda en los hogares de larga estancia para personas adultas mayores mediante el desarrollo de dimensiones estratégicas, en el cantón de Escazú, periodo 2018.
<b>Investigador:</b>	María Elena López Bermúdez
<b>Nombre del participante:</b>	
<b>Grado académico:</b>	
<b>Cargo del participante:</b>	
<b>Años de experiencia:</b>	
<b>Nombre de la institución</b>	

Priorice del 1 al 18 las siguientes dimensiones, según la importancia que usted considere oportuna para evaluar la calidad de la atención que se brinda en los hogares de larga estancia, siendo 1 la de mayor relevancia y 18 la de menos relevancia.

Dimensiones	Ordenar de 1 al 18 las dimensiones, según la importancia para evaluar calidad de la atención en los hogares.
Actividad física	
Actividades sociales y recreativas	
Caídas	
Calidad del sueño	
Condición de fragilidad	
Cuidado centrado en la persona	
Cuidados del pie	
Diversidad sexual	
Errores de medicación	

Estado funcional	
Estado Nutricional	
Estructura	
Expresión de la sexualidad	
Manejo del dolor	
Procesos	
Salud bucal	
Úlceras por presión	
Uso de psicotrópicos	

## **CATEGORÍA DE ADMINISTRACIÓN**

### **Estructura**

1. Teniendo presente que la dimensión de estructura hace referencia a los recursos físicos (infraestructura, equipo, insumos), recurso humano y económicos que poseen los hogares de larga estancia. ¿Cómo considera usted que deben ser evaluados?
2. ¿Cómo debe ser la dotación del personal (médico, personal de enfermería, terapeuta físico y ocupacional, personal de cuidado básico, nutricionista, cocinero, auxiliar de cocina, personal de limpieza) que se encarga del cuidado de las personas institucionalizadas?

### **Procesos**

3. Según su opinión, ¿cuáles procedimientos de atención en salud se deben evaluar para garantizar una atención de calidad en los hogares?
4. ¿Cómo cree usted que se debe evaluar los procesos que se realizan en los hogares de larga estancia?

## **CATEGORÍA DE VALORACIONES**

### **Estado funcional**

5. ¿Cómo y cada cuánto se valora la capacidad funcional de las personas adultas mayores institucionalizadas?

6. ¿Con que frecuencia se ajustan las actividades programas para los(as) usuarias de los hogares de larga estancia a su capacidad funcional?

### **Condición de fragilidad**

7. ¿Considera usted que se debe valorar la condición de fragilidad de las personas adultas mayores institucionalizadas, por qué?
8. ¿Con qué frecuencia se deben evaluar los indicadores de fragilidad (debilidad, fatiga, pérdida de peso, baja actividad física, mal equilibrio, baja velocidad de marcha, discapacidad visual y deterioro cognitivo)?

## **CATEGORÍA DE PREVENCIÓN**

### **Caídas**

9. ¿Cómo cree usted que se debe evaluar el tema de caídas de las personas adultas mayores institucionalizadas? ¿Cuáles indicadores considera pertinentes?
10. ¿Cuál considera usted que debe ser la prevalencia de caídas en los adultos mayores institucionalizados?

### **Cuidados del pie**

11. ¿Considera usted importante valorar el tema de cuidado de los pies en la persona adulta mayor institucionalizada, por qué?
12. ¿Cuál considera usted que debe ser la frecuencia para evaluar los cuidados del pie en los adultos mayores (examen completo del pie, higiene, protección de la piel, prevención de úlceras por presión, entre otros)?

### **Úlceras por presión**

13. ¿Cómo se debe evaluar el tema de las úlceras por presión en los hogares de larga estancia?
14. ¿Cuál es su opinión acerca de los siguientes indicadores sobre úlceras por presión para ser aplicados en los hogares de larga estancia?
  - Valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión al ingreso al hogar (estándar de cumplimiento  $\geq 95\%$ , medición anual).

- Porcentaje de pacientes con úlceras por presión (estándar de  $\leq 6\%$ , medición anual).

## **CATEGORÍA DE MEDICACIÓN**

### **Errores de medicación**

15. ¿Cuál frecuencia considera usted adecuada para que el hogar de larga estancia reporte los errores de medicación?
16. De los siguientes fallos en medicación: error en la administración y/o prescripción, medicamento omitido y retrasado, dosis incorrecta u otro. ¿Cuáles considera oportuno monitorizar en los hogares de larga estancia?

### **Manejo del dolor**

17. ¿Cómo cree usted que se debe evaluar el tema del manejo del dolor en los adultos mayores?
18. ¿Con cuál frecuencia considera usted que se deben realizar las evaluaciones del dolor en los adultos mayores institucionalizados?

### **Uso de psicotrópicos**

19. ¿Cuáles aspectos cree usted que se deben evaluar para regular el uso de medicamentos psicotrópicos en las personas institucionalizadas?

## **CATEGORÍA DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES**

### **Actividades sociales y recreativas**

20. ¿Qué aspectos considera usted que deben de tomarse en cuenta al evaluar las actividades sociales y recreativas para las personas institucionalizadas en los hogares?
21. ¿Con cuál frecuencia cree usted que las personas usuarias de los hogares deben realizar actividades recreativas y sociales?

### **Actividad física**

22. ¿Cómo considera usted que se debe evaluar la actividad física que realizan las personas adultas mayores institucionalizadas?

23. ¿Con cuál regularidad cree usted que las personas usuarias de los hogares deben realizar actividad física?

### **Estado Nutricional**

24. ¿Qué aspectos son necesarios de evaluar en relación con el estado nutricional de la persona adulta mayor institucionalizada?
25. ¿Cuál es la frecuencia adecuada para realizar valoraciones nutricionales a los(as) usuarias de los hogares de larga estancia?

### **Salud bucodental**

26. ¿Con cuál frecuencia considera usted que se deben realizar las evaluaciones bucodentales en los adultos mayores institucionalizados?

### **Calidad del sueño**

27. ¿Cómo se puede evaluar la calidad del sueño en las personas residentes de hogares de larga estancia?
28. ¿Cuántas horas considera oportuno que una persona adulta mayor duerma durante el día (siesta)?

### **Cuidado centrado en la persona**

29. En la dimensión del cuidado centrado en la persona:

Teniendo en cuenta que corresponde a la atención cuyo enfoque tiene su eje centrado en las necesidades de la persona y busca mejorar su calidad de vida, al favorecer su independencia funcional en la medida de lo posible y crear condiciones para que el individuo dirija su vida en función a sus gustos, creencias e intereses.

¿Cuáles actividades considera usted importantes de realizar para alcanzar su cumplimiento?

30. ¿Cuál frecuencia es la oportuna para realizar entrevistas de satisfacción a los(as) usuarias de los hogares?

### **Expresión de la sexualidad**

31. ¿Cómo considera que se debe evaluar el tema de sexualidad en la población adulta mayor institucionalizada?

**Diversidad sexual**

32. ¿Cómo cree usted que se debe evaluar la atención de las personas adultas mayores LGBT (Lesbianas/Gais/Bisexuales/Transgénero) institucionalizadas?
33. ¿Cuál frecuencia es la oportuna para realizar entrevistas sobre la satisfacción de la atención que se brinda a los(as) usuarias LGBT de los hogares?

## Anexo 6. Guía de Entrevista semiestructurada II.



**UNIVERSIDAD DE COSTA RICA**

**Escuela de Salud Pública**

### GUIA DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA II

<b>Título de la investigación:</b>	Diseño de una estrategia orientada a evaluar la calidad de la atención que se brinda en los hogares de larga estancia para personas adultas mayores mediante el desarrollo de dimensiones estratégicas, en el cantón de Escazú, periodo 2018.
<b>Investigador:</b>	María Elena López Bermúdez
<b>Nombre del participante:</b>	
<b>Nombre de la institución</b>	

### CATEGORÍA DE ADMINISTRACIÓN

#### Estructura

1. ¿Cuál es su opinión acerca del siguiente indicador, para medir la calidad de atención que se brinda en los hogares de larga estancia?  
Mejorar el cumplimiento de la Ley 7600 y el Reglamento para el otorgamiento del permiso sanitario de funcionamiento de los Hogares de Larga Estancia para Personas Adultas Mayores.
2. ¿Con qué frecuencia considera usted oportuno realizar capacitaciones al personal?
3. ¿Qué opina sobre la siguiente propuesta de dotación del personal?
  - Personal de enfermería 1 por cada 9-12 residentes.
  - Personal de cuidados básicos 1 por cada 6-9 residentes.

#### Procesos

4. ¿Cuál es su criterio acerca de los siguientes procedimientos de atención en salud para los adultos mayores institucionalizados, como medidas que garantizan una atención de

calidad? (Valoración médica, test de depresión, control de laboratorio anual, valoración por: terapia física, terapia ocupacional y enfermería, valoración nutricional, valoración del estado funcional, valoración por trabajo social).

5. ¿Cuál es su opinión acerca de revisar los registros médicos y de enfermería cada 6 meses, como mecanismo de control de cumplimiento de procedimientos y valoraciones?
6. ¿Qué opina sobre la siguiente propuesta de frecuencia de valoración geriátrica integral?
  - Al ingresar a la institución.
  - 1 vez cada mes si la persona presenta un factor de riesgo.
  - 1 vez cada 3 meses en pacientes ambulatorios.

## **CATEGORÍA DE VALORACIONES**

### **Estado funcional y Condición de fragilidad**

7. ¿Qué considera usted sobre que las valoraciones del estado funcional y condición de fragilidad de los adultos mayores las realice el personal de enfermería, terapia física y ocupacional de manera diaria y el médico tratante cada 6 meses en personas dependientes y cada año en personas independientes?

## **CATEGORÍA DE PREVENCIÓN**

### **Caídas**

8. ¿Qué piensa usted sobre que cada hogar de larga estancia tenga un protocolo de manejo de caídas, donde se valore cada caso de manera individual y mensual?
9. ¿Qué opina sobre mantener una prevalencia de caídas anual en los hogares de larga estancia  $\leq 5\%$ ?

### **Cuidados del pie**

10. ¿Qué opina sobre la siguiente propuesta de frecuencia de valoración del pie (examen completo de la piel, higiene, protección de la piel, entre otros)?
  - Diario durante el baño.



- En personas con factor de riesgo cada semana por el personal encargado del cuidado y cada 6 meses por un podólogo.

### **Úlceras por presión**

11. ¿Qué piensa sobre que el personal de enfermería tenga un registro diario de valoración de riesgo de desarrollar úlceras por presión?

## **CATEGORÍA DE MEDICACIÓN**

### **Errores de medicación**

12. ¿Qué opina sobre las siguientes recomendaciones?

- Registro diario de aplicación de medicamentos, por parte del personal de enfermería.
- Auditorias médicas trimestrales (revisión de tratamiento contra expediente, Kardex de enfermería y tarjetas).
- Analizar los errores de medicación cada semestre, por parte del personal encargado del cuidado y administrativo.

## **CATEGORÍA DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES**

### **Estado nutricional**

13. ¿Cuál es su opinión acerca de aplicar el Mini-nutritional test en los hogares (herramienta que evalúa si la persona está desnutrida o en riesgo de desnutrición)?

14. ¿Qué piensa sobre realizar las valoraciones nutricionales cada mes en personas en riesgo de malnutrición y cada 6 meses a los demás residentes?

### **Salud bucodental**

15. ¿Qué opina sobre realizar la valoración bucodental cada año por parte de profesionales en odontología y diario por los encargados del cuidado básico?

### **Calidad del sueño**

16. ¿Qué piensa sobre que los adultos mayores duerman entre 6-8 horas al día y que hagan una siesta durante el día de 60 minutos?

**Cuidado centrado en la persona**

17. ¿Cuál es su opinión acerca de realizar las entrevistas de satisfacción a los(as) residentes de los hogares cada año por un agente externo?

## Anexo 7. Mini-Nutricional Test

### MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT

Apellidos: ..... Nombre: ..... Profesión: ..... Sexo: ..... Fecha: .....  
 Edad: ..... Peso (kg): ..... Estatura (cm): ..... Altura rodilla (cm): .....

Rellenar el formulario. Cuando tenga el número total de puntos, compárelo con la puntuación indicada de desnutrición.

<p><b>Valoración antropométrica</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Índice de masa corporal:               <ol style="list-style-type: none"> <li>IMC &lt; 19 = 0 puntos</li> <li>IMC 19 a &lt; 21 = 1 punto</li> <li>IMC 21 a &lt; 23 = 2 puntos</li> <li>IMC &gt; 23 = 3 puntos</li> </ol> </li> <li>Circunferencia antebrazo (cm) (CA):               <ol style="list-style-type: none"> <li>CA &lt; 21 = 0 puntos</li> <li>CA 21 a 23 = 0,5 puntos</li> <li>CA &gt; 23 = 3 puntos</li> </ol> </li> <li>Circunferencia de la pantorrilla (cm) (CP):               <ol style="list-style-type: none"> <li>CP &lt; 31 = 0 puntos</li> <li>CP &gt; 31 = 1 punto</li> </ol> </li> <li>Pérdida de peso durante los últimos 3 meses:               <ol style="list-style-type: none"> <li>Pérdida de peso mayor de 3 kg = 0 puntos</li> <li>No sabe = 1 punto</li> <li>Pérdida de peso entre 1 y 3 kg = 2 puntos</li> <li>Sin pérdida de peso = 3 puntos</li> </ol> </li> </ol> <p><b>Valoración global</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Vive independiente (no en residencia u hospital):               <ol style="list-style-type: none"> <li>No = 0 puntos</li> <li>Si = 1 punto</li> </ol> </li> <li>Toma más de tres medicamentos al día:               <ol style="list-style-type: none"> <li>Si = 0 puntos</li> <li>No = 1 punto</li> </ol> </li> <li>Ha sufrido un estrés psicológico o una enfermedad:               <ol style="list-style-type: none"> <li>Si = 0 puntos</li> <li>No = 1 punto</li> </ol> </li> <li>Movilidad:               <ol style="list-style-type: none"> <li>Tiene que estar en la cama o en una silla = 0 puntos</li> <li>Capaz de levantarse de la cama o silla pero no de salir = 1 punto</li> <li>Puede salir = 2 puntos</li> </ol> </li> <li>Problemas neuropsicológicos:               <ol style="list-style-type: none"> <li>Demencia o depresión grave = 0 puntos</li> <li>Demencia leve = 1 punto</li> <li>Sin problemas psicológicos = 2 puntos</li> </ol> </li> <li>Úlceras en la piel o por presión:               <ol style="list-style-type: none"> <li>Si = 0 puntos</li> <li>No = 1 punto</li> </ol> </li> </ol> <p><b>Valoración dietética</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>¿Cuántas comidas completas toma el paciente al día?:               <ol style="list-style-type: none"> <li>1 comida = 0 puntos</li> <li>2 comidas = 1 punto</li> <li>3 comidas = 3 puntos</li> </ol> </li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Indicadores seleccionados de la ingesta de proteínas:               <p>¿Al menos un servicio de productos lácteos (leche, queso, yogur) al día? Si No</p> <p>¿Dos o más servicios de legumbres o huevos a la semana? Si No</p> <p>¿Carne, pescado o pollo cada día? Si 0 o 1 si = 0 puntos Si 2 si = 0,5 puntos Si 3 si = 1 punto</p> </li> <li>¿Consumo dos o más derivados de frutas o verduras al día?:               <ol style="list-style-type: none"> <li>No = 0 puntos</li> <li>Si = 1 punto</li> </ol> </li> <li>¿Ha reducido el consumo alimenticio durante los últimos 3 meses debido a la falta de apetito, problemas digestivos o dificultades al masticar o tragar?:               <ol style="list-style-type: none"> <li>Gran falta de apetito = 0 puntos</li> <li>Falta de apetito moderada = 1 punto</li> <li>Sin falta de apetito = 2 puntos</li> </ol> </li> <li>¿Cuánto líquido (agua, zumo, café, té, leche...) consume diariamente? (1 taza = 1/4 de litro):               <ol style="list-style-type: none"> <li>Menos de 3 tazas = 0 puntos</li> <li>De 3 a 5 tazas = 0,5 puntos</li> <li>Más de 5 tazas = 1 punto</li> </ol> </li> <li>Manera de alimentarse:               <ol style="list-style-type: none"> <li>Incapaz de comer sin ayuda = 0 puntos</li> <li>Se autoalimenta con dificultad = 1 punto</li> <li>Se autoalimenta sin ningún problema = 2 puntos</li> </ol> </li> </ol> <p><b>Valoración subjetiva</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>¿Creen que tiene problemas nutricionales?:               <ol style="list-style-type: none"> <li>Desnutrición importante = 0 puntos</li> <li>No sabe o desnutrición moderada = 1 punto</li> <li>Sin problemas nutricionales = 2 puntos</li> </ol> </li> <li>Comparándose con gente de su misma edad, ¿cómo consideran su estado de salud?:               <ol style="list-style-type: none"> <li>No tan bueno = 0 puntos</li> <li>No sabe = 0,5 puntos</li> <li>Igual de bueno = 1 punto</li> <li>Mejor = 2 puntos</li> </ol> </li> </ol>						
<p><b>Valoración total (máximo 30 puntos)</b></p> <p><b>Puntuación indicadora de desnutrición</b></p> <table border="0"> <tbody> <tr> <td>&gt; 24 puntos</td> <td>Bien nutrido</td> </tr> <tr> <td>de 17 a 23,5 puntos</td> <td>a riesgo de desnutrición</td> </tr> <tr> <td>&lt; 17 puntos</td> <td>desnutrido</td> </tr> </tbody> </table>		> 24 puntos	Bien nutrido	de 17 a 23,5 puntos	a riesgo de desnutrición	< 17 puntos	desnutrido
> 24 puntos	Bien nutrido						
de 17 a 23,5 puntos	a riesgo de desnutrición						
< 17 puntos	desnutrido						

Fuente: [http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/infopublico/publicaciones/soporteNutricional/pdf/anexo\\_03.pdf](http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/infopublico/publicaciones/soporteNutricional/pdf/anexo_03.pdf)