

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA SEDE AZOGUES
UNIDAD ACADÉMICA DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA



**“NIVEL DE SATISFACCIÓN SOBRE VISITAS DOMICILIARIAS EN LAS
PARROQUIAS URBANAS DEL CANTÓN AZOGUES,**

SEPTIEMBRE 2017 – ENERO 2018”.

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO
DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA.**

AUTORES:

- MORQUECHO MOROCHO VALERIA ESTEFANÍA.
- NARANJO HERRERA LIGIA VIVIANA.

DIRECTORA:

- LCDA. NORMA TERESA SACOTO NASPUD.

AZOGUES – ECUADOR
2017 -2018

CONTENIDO

CERTIFICACIÓN	I
DECLARACIÓN	II
DEDICATORIA.....	III
AGRADECIMIENTO.....	IV
ÍNDICE DE CONTENIDO.....	V
ÍNDICE DE TABLAS.....	VIII
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	X

CERTIFICACIÓN

Yo, Norma Teresa Sacoto Naspud, certifico que el presente trabajo fue desarrollado por MORQUECHO MOROCHO VALERIA ESTEFANÍA y NARANJO HERRERA LIGIA VIVIANA, bajo mi supervisión.

Atentamente,

.....
Lcda. Norma Teresa Sacoto Naspud

DIRECTORA

DECLARACIÓN

Nosotras, Morquecho Morocho Valeria Estefanía y Naranjo Herrera Ligia Viviana, autoras del proyecto de investigación “NIVEL DE SATISFACCIÓN SOBRE VISITAS DOMICILIARIAS EN LAS PARROQUIAS URBANAS DEL CANTÓN AZOGUES, SEPTIEMBRE 2017 – ENERO 2018”, declaro que los criterios y opiniones vertidas en el presente trabajo son de absoluta responsabilidad de las autoras.

La Universidad Católica de Cuenca sede Azogues puede hacer uso de los derechos correspondientes de este trabajo, según lo establecido por la ley de Propiedad Intelectual, por su reglamento y normativa vigente.

Atentamente,

.....
Morquecho Morocho Valeria Estefanía

CI. 0302395827

.....
Naranjo Herrera Ligia Viviana

CI. 0302400619

DEDICATORIA

El presente trabajo de investigación dedico primero a Dios por haberme dado su bendición en cada paso de mi vida, que me regalo una estrella que ha sido mi guía. A mis padres, mis hermanos y mi sobrino, que, a lo largo de mi carrera, con su amor, paciencia, apoyo, y sus consejos, han sido mi ejemplo en mi formación personal, y me han ayudado a alcanzar mis objetivos, enseñándome así el camino de la superación.

Ligia Naranjo.

Dedico el presente trabajo investigativo principalmente a Dios por permitir cumplir mis metas de la mejor manera.

A mi padre por el apoyo que me ha brindado siempre en cada propósito de mi vida y por el esfuerzo que realiza, para el logro de ellos.

A mi madre por estar siempre junto a mí, por la confianza y el apoyo incondicional, por sus palabras de aliento para superarme cada día, por enseñarme a cumplir todos mis sueños siempre con la fe en Dios.

A mis hermanos y sobrinos porque ellos han sido un pilar fundamental en mi vida, gracias a ellos que con su cariño fomentaron valores importantes y fundamentales para el logro de mis metas propuestas.

Valeria Morquecho.

AGRADECIMIENTO

A Dios porque nos ha brindado salud y bienestar tanto físico como intelectual para de esta manera poder desenvolvemos en el ámbito educativo y poder culminar nuestra carrera de manera exitosa.

Agradecemos a la Universidad Católica de Cuenca sede Azogues, Carrera de Enfermería, que nos abrió las puertas para poder formarnos como profesionales y cumplir con esta meta.

De manera especial a la Dra. Sonia Lara Directora del Centro de Salud N° 1 Azogues por abrirnos las puertas y de esta manera permitirnos desarrollar esta investigación.

Muy atentamente queremos dar gracias a la Lcda. Norma Sacoto Directora de tesis, que nos ha dado asesoría y apoyo constante durante la elaboración de este estudio de igual manera a la Lcda. Lilian Romero que ha sido nuestra guía en el avance del trabajo investigativo y por último a todas las personas que nos brindaron su colaboración para la ejecución del estudio.

ÍNDICE DE CONTENIDO

TÍTULO	1
RESUMEN	2
ABSTRACT	3

CAPITULO I

1. INTRODUCCIÓN	4
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
3. JUSTIFICACIÓN	8

CAPÍTULO II

4. FUNDAMENTO TEÓRICO	9
4.1 Modelo de Atención Integral en Salud MAIS-FCI	9
4.2 Atención familiar y comunitaria.....	9
4.3 Salud comunitaria.....	9
4.4 Enfermería comunitaria	10
4.4.1 El trabajo de las enfermeras en la comunidad	10
4.5 Modalidades de atención.....	10
4.5.1 Atención Extramural o Comunitaria	11
4.5.1.1 Visita Domiciliaria o Atención domiciliaria (ATDOM)	12
4.5.1.1.1 Objetivos de la ATDOM.....	12
4.5.1.1.2 Características de la ATDOM.....	13
4.5.1.1.3 Población diana	13
4.5.1.1.4 Etapas de ATDOM	13

4.5.1.1.5 Pasos para realizar la ATDOM.....	15
4.5.1.1.6 Perfil del personal que realiza el ATDOM.....	16
4.5.1.1.7 Clasificación de la ATDOM.....	16
4.5.1.1.8 Ventajas y limitaciones de la ATDOM	17
4.6 Ficha familiar	17
4.7 Tarjetero	18
4.8 Tarjeta de citas.....	18
4.9 Mapa parlante	19
4.10 Dispensarización de riesgo para diagnóstico y seguimiento de las familias..	19
4.11 Calidad de la atención de la salud.....	20
4.11.1 La satisfacción del paciente	22
4.11.2 Que influye en la satisfacción del paciente.....	23
4.12 Adulto Mayor	24
4.12.1 La tercera Edad.....	25
4.12.2 Atención apropiada al adulto mayor	25
4.12.3 Derechos del adulto mayor.....	25
4.12.4 Situación de los adultos mayores en Ecuador.....	26
4.13 Sistema de Salud en el Ecuador	27
4.13.1 Derecho a la Salud.....	28
4.14 Definiciones de percepción	28
4.14.1 Dimensiones del cuidado	29
5. ANTECEDENTES	33
5.1 Antecedentes históricos, políticos y socio-culturales.....	33
5.2 Características geopolíticas y económicas.....	34
5.3 Servicios de Salud disponibles.....	35
6. BASES TEÓRICO CIENTÍFICAS.....	35
7. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS.....	45
8. HIPÓTESIS	46

CAPÍTULO III

9. OBJETIVOS	47
9.1 OBJETIVO GENERAL	47
9.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	47

CAPÍTULO IV

10. DISEÑO O MARCO METODOLÓGICO	48
10.1 DISEÑO GENERAL DE ESTUDIO	48
10.1.1 TIPO DE ESTUDIO	48
10.1.2 ÁREA DE INVESTIGACIÓN.....	48
10.1.3 UNIVERSO DE ESTUDIO	48
10.1.4 SELECCIÓN Y TAMAÑO MUESTRAL.....	49
10.2 CRITERIO DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	50
10.2.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	50
10.2.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	51
10.3 MÉTODOS E INSTRUMENTOS PARA OBTENER LA INFORMACIÓN.....	51
10.4 PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR PROCESOS BIOÉTICOS	52
10.5 DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES.....	52
10.5.1 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	53
10.6 PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS	58

CAPÍTULO V

11. RESULTADOS	59
----------------------	----

CAPÍTULO VI

12. DISCUSIÓN	78
---------------------	----

CAPÍTULO VII

13. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y BIBLIOGRAFÍA.....	81
13.1 CONCLUSIONES	81
13.2 RECOMENDACIONES	82
13.3 BIBLIOGRAFÍA	83
14. ANEXOS	92

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1

EDAD DE LOS ADULTOS MAYORES QUE RECIBEN VISITAS DOMICILIARIAS EN EL CANTÓN AZOGUES. 56

TABLA 2

GÉNERO DE LOS ADULTOS MAYORES QUE RECIBEN VISITAS DOMICILIARIAS EN EL CANTÓN AZOGUES. 58

TABLA 3

NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES QUE RECIBEN VISITAS DOMICILIARIAS EN EL CANTÓN AZOGUES. 59

TABLA 4

FRECUENCIA DE LAS VISITAS DOMICILIARIAS QUE RECIBEN LOS ADULTOS MAYORES EN EL CANTÓN AZOGUES. 61

TABLA 5

DURACIÓN DE LAS VISITAS DOMICILIARIAS QUE RECIBEN LOS ADULTOS MAYORES EN EL CANTÓN AZOGUES. 62

TABLA 6

AMABILIDAD DEL EQUIPO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DURANTE LA VISITA DOMICILIARIA. 63

TABLA 7

EL EQUIPO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD LO EXAMINÓ O VALORÓ DURANTE LA VISITA DOMICILIARIA. 65

TABLA 8

EL EQUIPO DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD EXPLICA EL TRATAMIENTO DE SU ENFERMEDAD. 66

TABLA 9

EL EQUIPO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD LE INFORMÓ SOBRE LOS CUIDADOS QUE DEBE SEGUIR. 67

TABLA 10

EL EQUIPO DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD ESCUCHA SUS INQUIETUDES..... 69

TABLA 11

COMO CONSIDERA LA ATENCIÓN BRINDADA POR EL EQUIPO DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD DURANTE LAS VISITAS DOMICILIARIAS. 70

TABLA 12

NIVEL DE SATISFACCIÓN CON LA ATENCIÓN SANITARIA DURANTE LAS VISITAS DOMICILIARIAS..... 72

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1

EDAD DE LOS ADULTOS MAYORES QUE RECIBEN VISITAS DOMICILIARIAS EN EL CANTÓN AZOGUES. 57

GRÁFICO 2

GÉNERO DE LOS ADULTOS MAYORES QUE RECIBEN VISITAS DOMICILIARIAS EN EL CANTÓN AZOGUES..... 58

GRÁFICO 3

NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES QUE RECIBEN VISITAS DOMICILIARIAS EN EL CANTÓN AZOGUES..... 60

GRÁFICO 4

FRECUENCIA DE LAS VISITAS DOMICILIARIAS QUE RECIBEN LOS ADULTOS MAYORES EN EL CANTÓN AZOGUES. 61

GRÁFICO 5

DURACIÓN DE LAS VISITAS DOMICILIARIAS QUE RECIBEN LOS ADULTOS MAYORES EN EL CANTÓN AZOGUES. 62

GRÁFICO 6

AMABILIDAD DEL EQUIPO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DURANTE LA VISITA DOMICILIARIA..... 63

GRÁFICO 7

EL EQUIPO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD LO EXAMINÓ O VALORÓ DURANTE LA VISITA DOMICILIARIA. 65

GRÁFICO 8

EL EQUIPO DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD EXPLICA EL TRATAMIENTO DE SU ENFERMEDAD. 66

GRÁFICO 9

EL EQUIPO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD LE INFORMÓ SOBRE LOS CUIDADOS QUE DEBE SEGUIR. 68

GRÁFICO 10

EL EQUIPO DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD ESCUCHA SUS INQUIETUDES..... 69

GRÁFICO 11

COMO CONSIDERA LA ATENCIÓN BRINDADA POR EL EQUIPO DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD DURANTE LAS VISITAS DOMICILIARIAS. 71

GRÁFICO 12

NIVEL DE SATISFACCIÓN CON LA ATENCIÓN SANITARIA DURANTE LAS VISITAS DOMICILIARIAS..... 72

TÍTULO

NIVEL DE SATISFACCIÓN SOBRE VISITAS DOMICILIARIAS EN LAS PARROQUIAS URBANAS DEL CANTÓN AZOGUES, SEPTIEMBRE 2017 – ENERO 2018.

RESUMEN

Las actividades extramurales que realiza la enfermera comunitaria son diversas; entre una de ellas las visitas domiciliarias; la planificación y valoración oportuna permite identificar problemas de salud o factores de riesgo que puede afectar al individuo, familia o comunidad; a nivel físico, psicológico y social. **Objetivo:** determinar el nivel de satisfacción sobre visitas domiciliarias en el Cantón Azogues, dirigido a adultos mayores. **Metodología:** descriptiva, cuali – cuantitativa, retrospectiva. **Universo** 530 adultos mayores registrados en RDACAA del Centro de Salud N°1, de Enero a Diciembre del 2017. **Muestra** 125 pacientes. Se obtuvieron datos en base a una encuesta validada por el MSP. **Resultados:** el 100% de los adultos mayores indican tener un nivel de satisfacción alto; el 78.4% califica la atención brindada como muy buena, el 21.6% como buena; el 66,4% recibe visita domiciliaria mensual; el 40% dice que la duración de la visita es de 20 minutos; 84% es valorado con examen físico; el 100% recibe educación incidental sobre cuidados y tratamientos. **Conclusión:** el nivel de satisfacción de los adultos mayores es alto, al cumplirse con la normativa vigente del MSP; se recomienda continuar con capacitación continua, difundir los programas del MSP dirigidos a este grupo de riesgo.

Palabras claves: visitas domiciliarias, satisfacción, adulto mayor.

ABSTRACT

The extramural activities carried out by the community nurse are diverse; between one of them the home visits; timely planning and assessment allows identifying health problems or risk factors that can affect the individual, family or community; on a physical, psychological and social level. Objective: to determine the level of satisfaction with home visits in Canton Azogues, aimed at older adults. Methodology: descriptive, quali - quantitative, retrospective. Universe 530 older adults registered in RDACAA of Health Center N ° 1, from January to December 2017. It shows 125 patients. Data were obtained based on a survey validated by the MSP. Results: 100% of older adults indicate a high level of satisfaction; 78.4% rate the service provided as very good, 21.6% as good; 66.4% receive a monthly home visit; 40% say that the duration of the visit is 20 minutes; 84% is assessed with a physical examination; 100% receive incidental education about care and treatments. Conclusion: the level of satisfaction of the elderly is high, by complying with the current regulations of the MSP; it is recommended to continue with ongoing training, to disseminate the MSP programs aimed at this risk group.

Keywords: home visits, satisfaction, elderly

CAPÍTULO I

1. INTRODUCCIÓN

La Organización Panamericana de la Salud OPS menciona que la calidad en los servicios de salud es la satisfacción de las necesidades razonables de los usuarios, con soluciones técnicamente óptimas y calidad percibida en los servicios de salud; es decir, que está en la subjetividad de los usuarios, la misma que debe ser explicada y expresada por ellos; corresponde más a la satisfacción razonable de su necesidad después de la utilización de los servicios. La satisfacción del paciente es un componente importante de la calidad de la atención, siendo al mismo tiempo un objetivo y un resultado. Es de gran importancia como un indicador de la calidad de la atención, ya que proporciona información sobre el éxito del profesional y de la institución en alcanzar las expectativas del paciente.(1)

En la tercera edad o envejecimiento empiezan a manifestar un conjunto de cambios morfológicos, fisiológicos y biosociológicos; es decir una disminución de sus funciones, que son diferentes en cada persona, siendo las más vulnerables a presentar enfermedades crónico – degenerativas o afecciones propias de la edad, lo que crea un problema para acudir a una institución de salud, para recibir atención sanitaria. (2)

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP), propone en el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) en el año 2012, para garantizar el derecho de la salud, respondiendo a las necesidades según los escenarios de atención e implementando en el primer nivel de atención actividades extramurales como: el trabajo en entidades educativas; trabajo en comunidad, centros carcelarios, fábricas, empresas y el trabajo en domicilio. (3)

La investigación tiene un enfoque en los adultos mayores que reciben Visitas Domiciliarias que son cuidados que realiza el equipo de salud de forma integral, a usuarios que por diferentes motivos no puedan acercarse a la unidad de salud;

clasificándolos en grupos de atención prioritaria, por medio de la identificación de problemas, la evaluación y el seguimiento, permite plantear un diagnóstico y realizar una planificación con la ayuda de la dispensarización, fichas familiares, y así organizarse y ubicarlos en el mapa parlante.

En Ecuador existe más de un millón trescientos mil adultos mayores, lo que equivale al 9.3% de la población, el 48.5 por ciento está en la Sierra, mientras que la otra mitad en la Costa y apenas el 3.5 por ciento en las regiones Amazónica e Insular, según datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). (4)

La representación de la población adulta mayor es de 2.793 habitantes, de los cuales 530 adultos mayores reciben Atención Domiciliaria por el Centro de Salud N° 1 de Azogues. (5)

El estudio asume como objetivo principal determinar el nivel de satisfacción de los adultos mayores sobre visitas domiciliarias recibidas por el equipo de atención integral de salud en el área urbana de Azogues, mediante un estudio cuali-cuantitativo, descriptivo y retrospectivo, utilizando recursos necesarios que ayuden a conocer el grado de satisfacción de los usuarios adultos mayores frente a la visita domiciliaria.

2. PLANTEAMIENTO PROBLEMA

Los seres humanos cumplen el proceso de nacer, crecer, reproducirse y morir. Datos sociodemográficos obtenidos del Censo 2010, demuestran que cada vez los adultos mayores van en aumento y por ende las visitas domiciliarias deben aumentar su frecuencia.(6)

El Ministerio de Salud Pública (MSP) implementa actividades extramurales como las visitas domiciliarias al adulto mayor considerándolo como grupo prioritario por las alteraciones debido diferentes factores predisponentes para ser susceptibles a enfermedades crónico degenerativas y afecciones propias de la edad como el entorno, patologías, comorbilidad y características sociodemográficas, que les impide acudir a recibir atención sanitaria y poder mantener su salud. (7)

Es importante conocer la percepción de los usuarios y su impacto positivo o negativo que con lleva una visita domiciliaria y así para poder determinar el nivel de satisfacción de los adultos mayores sobre la atención del equipo de salud, que debe ser con calidad, calidez, eficiencia y eficacia, al no cumplir con estos indicadores, estamos creando problemas en la comunicación con los adultos mayores; al no verse conformes con la información brindada, al no expresar bien la explicación sobre su salud, los cuidados y el tratamiento que debe seguir, provocando consecuencias en el mantenimiento de su salud o en la recuperación de su enfermedad.

La visita domiciliaria es una actividad básica del MAIS por medio de ella se realiza un intercambio de información entre el paciente, la familia con el equipo de salud del primer nivel, ayudando a diagnosticar y continuar con el seguimiento apoyándose en la ficha familiar, conociendo la situación familiar, el ambiente físico y así también sus recursos económicos.(3)

Según la OMS 1981, las situaciones que requieren de forma prioritaria atención domiciliaria se encuentran las familias con Adulto Mayor de 80 años, personas que viven solas o sin familias, pacientes que no pueden desplazarse al Centro de Salud. (8)

Por lo descrito anteriormente y más las experiencias durante las prácticas pre-profesionales es de gran importancia la elaboración del presente estudio debido a que existe poca información acerca del tema en nuestra Ciudad; la atención del equipo de salud en cuanto a visitas domiciliarias se hace indispensable, por lo que se tiene mayor acercamiento al paciente y su familia, con esto se pretende evaluar la satisfacción de los pacientes con relación a la atención durante las visitas domiciliarias y así buscar posibles soluciones.

Preguntas generadoras

¿Cuál es el nivel de satisfacción de los adultos mayores sobre visitas domiciliarias en las áreas urbanas de Azogues?

¿Las visitas domiciliarias ayudan a detectar y mejorar los problemas de salud?

Delimitación del problema

-Objeto de estudio: Adultos mayores.

-Campo de acción: Nivel de satisfacción de los adultos mayores que reciben visitas domiciliarias.

-Tiempo: Septiembre 2017- Enero 2018

-Lugar: Centro de salud N° 1 de Azogues.

3. JUSTIFICACIÓN

La presente investigación tiene importancia debido a que en el Ecuador existe más de un millón trescientos mil adultos mayores, es decir el 9.3% de la población total. En las parroquias urbanas del Cantón Azogues la población adulta mayor es de 2.793 habitantes (5); los que reciben visitas domiciliarias por parte del Centro de Salud N° 1 son 530 adultos mayores.

El envejecimiento es una etapa inevitable en el ciclo de vida, teniendo como consecuencias, disminución de la capacidad para realizar diferentes funciones, y pérdida de su autonomía, siendo más susceptibles a presentar enfermedades crónico – degenerativas o contraer afecciones propias de la edad; por lo tanto al adulto mayor se le cataloga en el grupo III con patologías crónicas y en el grupo IV con secuelas y discapacidad, definidas en la planificación de actividades intramurales y extramurales para el seguimiento individual y familiar según criterios de dispensarización MAIS (3), por lo que es importante medir la satisfacción del adulto mayor sobre la atención de salud durante las visitas domiciliarias, que recibe por parte del equipo multidisciplinario; mediante la aplicación de una encuesta a los adultos mayores, en la que se conocerá la percepción que tiene sobre la calidad de atención, basada en la eficiencia y eficacia.

Los resultados obtenidos se socializarán al equipo de salud que labora en la institución, con el objetivo de que la atención domiciliaria en beneficio de los adultos mayores cumpla con criterios de calidad y calidez, con la implementación de estrategias y acciones de prevención, promoción de la salud, educación sanitaria, fortalecimiento de la participación ciudadana y coordinación intersectorial para actuar sobre los determinantes de salud.

Se pretende contribuir con evidencia científica en el ámbito de actividades extramurales, como es el nivel de satisfacción de los adultos mayores en la visita domiciliaria, porque no existen investigaciones relacionadas al tema de estudio.

CAPÍTULO II

4. FUNDAMENTO TEÓRICO

4.1 Modelo de Atención Integral en Salud MAIS-FCI

El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural MAIS-FCI es el conjunto de estrategias, normas, procedimientos, herramientas y recursos que al complementarse, organiza el Sistema Nacional de Salud para responder a las necesidades de salud de las personas, las familias, la comunidad y el entorno, permitiendo la integralidad en los niveles de atención de salud. Por tanto el MAIS-FCI define como van a interactuar los actores de los sectores público y privado, los miembros de la red de servicios de salud y la comunidad para llevar a cabo acciones conjuntas que permitan dar soluciones integrales a las necesidades o problemas de salud de la comunidad contribuyendo de esta manera a mejorar su calidad de vida. (3)

4.2 Atención familiar y comunitaria

Es el conjunto de servicios y profesionales, que tiene un enfoque personal, familiar y colectivo, orientándose a la mejora de la salud por medio de la identificación de problema y necesidades existente; se desarrolla en el marco de la APS y es el elemento nuclear de la intervención.(9)

4.3 Salud comunitaria

Según Jaime Gofin y Rosa Gofin: es la expresión colectiva de la salud de los individuos y grupos en una comunidad específica, determinada por la interacción entre las características de los individuos, las familias, el medio social, cultural y ambiental, así como por los servicios de salud y la influencia de factores sociales, políticos y globales.(9)

4.4 Enfermería comunitaria

La enfermera comunitaria prioriza sus cuidados en el individuo sano o enfermo, en la familia y en diferentes grupos comunitarios, prestando servicios necesarios de forma continuada y no fragmentada, brindando educación sanitaria, y asesoría referente a aspectos relacionados con la salud, y ayuda en la gestión de recursos sociales y sanitarios, partiendo de un enfoque bio- psicosocial de la persona y su situación, fomentando el autocuidado, teniendo en cuenta los valores y creencias del individuo y la familia a la que se brinda atención .(10)

4.4.1 El trabajo de las enfermeras en la comunidad

Las enfermeras comunitarias realizan actividades profesionales dirigidas a:

- Promoción de la salud.
- Prevención de la enfermedad.
- Asistencia.
- Rehabilitación.
- Docencia.
- Investigación.
- Gestión y administración de las actividades enfermeras.(10)

4.5 Modalidades de atención

El MAIS-FCI organiza la atención integral bajo las siguientes modalidades:

- Atención extramural o comunitaria.
- Atención intramural o en un establecimiento de salud.
- Atención en establecimientos móviles de salud
- Atención Pre hospitalaria.(7)

4.5.1 Atención Extramural o Comunitaria proporcionados principalmente por los establecimientos operativos de primer nivel

El objetivo es el cuidado de la salud a través de medidas que se alineen a la identificación y control de riesgos a nivel individual, familiar, comunitario y del entorno, implementación de estrategias y acciones de prevención, promoción de la salud, educación sanitaria, fortalecimiento de la participación ciudadana y de la coordinación intersectorial para actuar sobre los determinantes de la salud y contribuir al desarrollo integral a nivel local. (7)

Lo ejecutan principalmente los Equipos de Atención Integral en Salud EAIS, quienes realizan:

- Actividades de organización comunitaria abarcando a los actores sociales de la zona de cobertura para trabajar sobre los problemas prioritarios de la población.
- Identificación eficaz de riesgos y/o daños en individuos, familias y comunidad e implementación de planes de atención.
- Actividades sistemáticas de promoción de la salud a nivel individual, familiar y comunitario.
- Atención a poblaciones priorizadas y comunidades alejadas.
- Realizar identificación de eventos centinela para la realización de medidas epidemiológicas oportunas.(7)

La implementación del Modelo de Atención en Salud MAIS-FCI supone en términos generales, “priorizar y consolidar las acciones de atención integral con énfasis en la promoción y prevención, cuidando la salud, disminuyendo los riesgos y daños de las personas en especial de los niños, mujeres, adultos mayores y discapacitados”.

1. Trabajo en entidades educativas.
2. Trabajo en comunidad, centros carcelarios, fábricas, empresas.
3. Trabajo en domicilio (7)

4.5.1.1 Visita Domiciliaria o Atención domiciliaria (ATDOM)

En el año 1859, se creó en la ciudad de Liverpool, el Servicio de Enfermería de Distrito, en el cual la enfermera actuaba en el seno de la comunidad y su función principal era: atender a los enfermos en sus hogares, educar a los familiares sobre cuidados y medidas higiénicas.

Las principales causas que influyen en el desarrollo de la ATDOM, son las relacionadas con el envejecimiento de la población. Se debe tener en cuenta que la población en general y en especial la anciana, cuando presentan problemas referentes a su salud prefieren permanecer en su domicilio que ser institucionalizada, puesto que el hogar se asocia a una mejor calidad de vida. El cuidado de las personas en la última etapa de su vida, se enfoca a favorecer su permanencia en el hogar hasta el momento de la muerte, sin disminución de la calidad de cuidado.(10)

Según el MAIS es: “ El encuentro o acercamiento del equipo de salud al domicilio del usuario, familia y/o comunidad; suele responder a una necesidad identificada por un miembro del Equipo de Salud, que tras la valoración del usuario, decide un plan de intervención a seguir en el domicilio y la periodicidad de los mismos, sobre aspectos de salud y detección de problemas que rodean a la familia: biológico, psicológico, social y ambiental, dando opción al descubrimiento de factores de riesgo y a la corrección de los mismos. (7)

4.5.1.1.1 Objetivos de la Atención domiciliaria

- Garantizar continuidad asistencial, accesibilidad y equidad en la prestación de servicios a los pacientes que no pueden acercarse a un centro de salud.
- Ayudar al individuo y su familia a mantener una mejor calidad de vida, por medio de actividades preventivas y de Educación para la salud.(10)

4.5.1.1.2 Características de la Atención Domiciliaria

- Atención sanitaria, brindada por un equipo multidisciplinar.
- Actividad asistencia programada, longitudinal y continuada.
- Coordinación entre los diferentes niveles asistenciales.
- Actividades de apoyo al cuidador.(10)

4.5.1.1.3 Población diana

Un programa de atención domiciliaria debe tener en cuenta la población diana que va a recibir atención sanitaria.

- Personas que padecen un enfermedad crónica invalidante: afectadas por procesos neurológicos, respiratorios, reumatológicos u otros.
- Ancianos con incapacidad o dependencia física.
- Enfermos terminales: por neoplasias, sida u otros procesos.
- Pacientes que necesitan atención domiciliaria transitoria: son los convalecientes de procesos quirúrgicos, traumatológicos u otros, que precisan atención durante más de un mes.
- Personas con alteraciones cognitivas: en las que el estado mental está deteriorado de forma permanente.(10)

4.5.1.1.4 Etapas para la Visita Domiciliaria planteadas por el MAIS

1. Preparación de la visita: Antes de acudir al domicilio, se debe concertar el día y la hora en que se va a realizar la visita con la familia, para hacer un mejor uso del tiempo, tanto de los profesionales como de la familia, y evitar situaciones inoportunas. De ser necesario, debe consultarse la historia clínica familiar. Por otra parte, es fundamental el equipo de trabajo (maletín de visita domiciliaria), con todos los implementos de trabajo.

2. Presentación en el domicilio: La presentación a la familia es fundamental, así como decir de qué institución proviene, sobre todo cuando la visita es por primera vez. En este sentido, la percepción inicial que tenga la familia de dicho profesional puede condicionar las opiniones y las relaciones que se establezcan en el futuro.

3. Valoración: Es muy difícil realizar una valoración completa a los miembros y al grupo familiar en la primera visita, pero ésta se podrá complementar en las visitas sucesivas, y dan la oportunidad, además, de afianzar las relaciones con la familia.

El personal de salud debe respetar las negativas de los miembros de la familia, si se producen, o responder determinadas preguntas o dudas, si llegan a surgir. Se debe tener presente que la atención domiciliaria comienza un día determinado, pero puede continuar a lo largo de mucho tiempo.

4. Planificación de los cuidados: En esta etapa se deben tener en cuenta tres aspectos fundamentales: Establecer los objetivos que hay que alcanzar a corto, mediano y largo plazo, los cuales han de ser realistas, pertinentes, mensurables y observables.

Establecer acuerdos o pactos con la familia. Identificar y movilizar los recursos disponibles: la familia y el cuidador de la familia, el equipo de salud, las ayudas materiales y técnicas y los recursos comunitarios.

5. Ejecución de cuidados: Cuidados profesionales directos, dirigidos a las personas que lo necesiten y los cuidados profesionales indirectos, que son aquellos que repercuten en la mejora de la calidad de vida de las personas atendidas.

6. Evaluación de la visita: Sirve para continuar o modificar la planificación de los cuidados, detectar las dificultades, revisar los objetivos y planificar otros nuevos.

7. Registro de la visita: Una vez realizada la visita, se procederá al registro de la misma: sintomatología, cambios observados, cuidados, medicación prescrita y administrada, fecha de la próxima visita, entre otros elementos en la ficha familiar.

4.5.1.1.5 Pasos para realizar la Visita Domiciliaria

1. Salir a realizar la visita domiciliaria, previo llenado de hoja de desplazamiento.
2. Llevar la programación de Visitas Domiciliarias junto con las Fichas.
3. El rendimiento promedio de visita será de 30 a 40 minutos.
4. El mínimo de visitas será de 5 diarias en el nivel urbano y 3 en el nivel rural dependiendo de la dispersión poblacional que obligaría a realizar solo 1 visita domiciliaria.
5. Una visita domiciliaria será considerada efectiva cuando el equipo integral de salud realiza un mínimo de tres actividades por familia. (Actividades para evitar, controlar o eliminar riesgo biológico, sanitario y socioeconómico).
6. Queda a criterio del equipo de salud, realizar el número de visitas, de acuerdo a la prioridad, actividades a desarrollar durante la visita, ubicación geográfica.
7. El equipo de salud realizará un informe semanal y mensual de visitas realizadas.
8. El reporte de las actividades realizadas debe hacerse preferiblemente en el hogar, realizando anotaciones en la Ficha de Control individual al paciente que lo amerite, de las acciones realizadas, los compromisos efectuados y las referencias correspondientes.
9. Diariamente informará a los demás miembros del equipo de las situaciones especiales encontradas.
10. El equipo de salud mantendrá continuamente el croquis actualizado, con los riesgos, problemas de salud y de servicios de salud, para ser rápidamente identificados.
11. El equipo de salud mantendrá una coordinación con grupo, comités organizados, instituciones, etc. de la comunidad.

4.5.1.1.6 Perfil del personal que realiza la Visita Domiciliaria

Es importante mencionar que el personal para poder brindar este servicio en su comunidad debe poseer ciertas características personales que le ayudarán en un desenvolvimiento óptimo; estas cualidades van a depender de la experiencia y la madurez, ellas son:

- La extroversión, porque debe relacionarse con los integrantes del equipo de salud, el individuo, la familia, la comunidad y otros actores sociales.
- La comunicación, es importante esa cualidad porque se debe dominar a la perfección los diferentes tipos de comunicación.
- Capacidad gerencial para administrar los recursos, ya sean los humanos, técnicos, materiales con el fin de realizar el trabajo en el menor tiempo posible y con los mayores beneficios.(7)

4.5.1.1.7 Clasificación de la Visita Domiciliaria

- **Visita Primera:** En la primera visita, debe encuestar y diagnosticar a todo el grupo familiar, dar asistencia a cada miembro de la familia, caracterización y clasificación de la familia en base al riesgo. Se elabora el plan de seguimiento y se establecen las Visitas de seguimiento por prioridad.
- **Visita de Seguimiento:** En las visitas subsecuentes, se actualizan datos, se brinda atención integral. Mínimo se debe realizar tres actividades por visita.

4.5.1.1.8 Ventajas y limitaciones de la ATDOM

Entre las ventajas se destacan:

- Paciente con mayor percepción de la calidad de vida.

- La atención asistencial no es interrumpida cuando el paciente no puede acudir al centro de salud.
- Permite identificar recursos comunitarios necesarios.

En relación a las limitaciones se mencionan:

- Presión asistencial a los que están sometidos los profesionales en el centro de salud (falta de tiempo).
- Dificultada para desplazarse al domicilio.
- Falta de coordinación entre niveles asistenciales, afectando el seguimiento del paciente.
- Aumento de competencias en la actividad de ATDOM sin asignación presupuestaria.(10)

4.6 Ficha Familiar

La ficha familiar, es instrumento de archivo de la unidad, para lo cual debe destinarse el espacio respectivo dentro del área de estadística. Este instrumento no reemplaza a la historia clínica individual, es un complemento. Es un instrumento esencial del MAIS-FCI que nos permite vigilar el estado de salud de la población sus necesidades y desarrollar las mejores políticas de salud para garantizar la prestación de servicios sanitarios. (7)

Tiene dos objetivos fundamentales:

- Medir las condiciones de vida
- Medir los determinantes sociales de salud

La apertura de la ficha familiar y la primera consulta, permiten conocer la realidad social de la comunidad, clasificar a la población en grupos de riesgos, realizar un diagnóstico de salud a nivel local y establecer prioridades en la atención; fortalece la estrategia del primer nivel de atención como puerta de entrada al sistema,

permite el desarrollo de actividades de promoción y prevención e incrementa el acceso a los servicios de salud.(7)

4.7 Tarjetero

De citas es el instrumento complementario de la ficha familiar, ya que permite la programación sistemática (aprovechando cualquier contacto entre el usuario y la unidad) y la recuperación de los usuarios que no cumplieron con su cita. Su estructura y tamaño será de acuerdo a la realidad local de cada unidad y de la población de responsabilidad. (7)

4.8 Tarjetas de citas

- Las tarjetas se utilizarán exclusivamente para fijar las citas a las familias en riesgo.

- No se utilizan sistemáticamente para todas las citas, ya que se quiere priorizar el seguimiento y recuperación de los grupos en mayor riesgo. Entonces el tarjetero es una “agenda del equipo”.

La programación de las visitas domiciliarias se realiza en base a la organización y revisión del tarjetero para seleccionar aquellas personas que no han asistido a su cita en la unidad y en base a la revisión mensual de las carpetas familiares de las familias en riesgo (codificados con colores) para cumplir con los objetivos no necesita de una programación específica ya que se trata de eventos puntuales.

Si la programación puede realizarse desde la unidad de salud en base a la información disponible en el tarjetero de citas, de las carpetas familiares y de los pedidos individuales de los usuarios, la visita domiciliaria no puede ser sistemática a todos los domicilios de una cuadra o un caserío, sino que será orientada según el riesgo.(7)

4.9 Mapa parlante

Los mapas parlantes son instrumentos técnicos y metodológicos, que permiten conocer en forma gráfica el proceso vivido por los actores locales, los factores de riesgo y protección sanitaria, ambiental, socioeconómica y biológica. El mapa parlante es también una herramienta dinámica que permite identificar los riesgos, implementar acciones y monitorear las condiciones de salud de una población.

4.10 Dispensarización de Riesgo para diagnóstico y seguimiento de las familias

Grupo I. Aparentemente Sano

Personas que no manifiestan ninguna condición patológica o de riesgo individual y no se constatan, mediante el interrogatorio o la exploración, alteraciones que modifiquen ese criterio.

Grupo II. Con factores de riesgo

Personas en las que se comprueba o refieren padecer de alguna condición anormal que representa inseguridad potencial para su salud a mediano o a largo plazo tanto biológicos, psicológicos y sociales como: Hábitos tóxicos como el tabaquismo, el sedentarismo, el consumo anormal de bebidas alcohólicas, el uso inadecuado de medicamentos o sustancias psicoactivas, riesgos sociales de adquirir enfermedades de transmisión sexual, el intento suicida, el riesgo preconcepcional, así como también los riesgos en el medio escolar o laboral, entre otros.

Grupo III. Con enfermedades crónicas

Esta categoría incluye a todo individuo portador de una condición patológica, así como trastornos orgánicos o psicológicos que afecten su capacidad para

desempeñarse normalmente en su vida. En este grupo se incluye cualquier entidad nosológica de evolución crónica, infecciosa o no infecciosa.

Grupo IV. Con secuelas o discapacidad

Se trata de personas que padecen alguna condición que implica una alteración temporal o definitiva de sus capacidades motoras, funcionales, sensoriales o síquicas.

Es un proceso dinámico influido por múltiples variables que se pueden presentar en un sujeto como consecuencia de una enfermedad o factor externo de naturaleza diversa.

En este grupo obviamente se encuentran sujetos que padecen enfermedades crónicas o agudas en las que se presentan condiciones que provocan un grado de limitación mayor en el paciente (complicaciones y secuelas que determinan un estado de incapacidad variable). Se incluyen las personas con discapacidades: físico motor, intelectual, auditivo, visual, visceral, psíquico, mixto.

4.11 Calidad de la Atención de la Salud

Según Avedis Donabedian, la calidad de la atención de la salud es el grado en que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras posibles en la salud. La calidad es un concepto que ha evolucionado hasta nuestros días pero que siempre ha estado presente de forma variable, pero sin lugar a duda firmemente ha estado ligado a las necesidades de las personas, ya sea de forma individual o de manera colectiva. Se contemplan diferentes atributos o dimensiones que debe reunir la atención sanitaria para considerarse de calidad.

(9)

Las dimensiones de la calidad que habitualmente se contemplan en la atención sanitaria son:

- Calidad científico – técnicas: se refiere tanto a la competencia de los profesionales como a la relación interpersonal con el usuario.
- Eficacia: se refiere al beneficio obtenido por una intervención sanitaria en condiciones ideales de uso o bajo control.
- Efectividad: relaciona la obtención del mejor nivel de calidad posible con los resultados disponibles, vinculando costos o beneficios con los resultados (Efectividad).
- Accesibilidad: facilidad con la que la atención sanitaria puede ser recibida por la población considerando las posibles barreras (geográficas, económicas, organizativas, estructurales, culturales, sociales.)
- Adecuación: es la correspondencia entre la disponibilidad de los productos y servicios con las necesidades de la población o los pacientes.
- Continuidad: supone el grado en que la atención se provee coordinada e ininterrumpida en el tiempo.
- Satisfacción: se refiere al grado en que la atención presta satisfacer las potenciales necesidades o expectativas del usuario, es una dimensión compleja.(9)

4.11.1 La Satisfacción del paciente

Es la expresión de la diferencia entre la expectativa que se tiene de un servicio y lo que efectivamente se recibe como servicio. La satisfacción resulta de trabajar un delicado equilibrio entre los logros que se pueden mostrar y las expectativas de la gente. (11)

Es importante señalar que muy frecuentemente el concepto de calidad suele ser confundido con el de satisfacción. Por ello es preciso tener en cuenta que la satisfacción de los pacientes es una dimensión de la calidad de la atención sanitaria. En consecuencia y como se trata de dos estructuras, al momento de evaluarlo debe tenerse en claro cuál de ellas se desea medir, es importante ofrecer al paciente una atención que sea efectiva y se preocupe no solo por sus problemas de salud, sino por sus problemas personales y sociales. (12)

La satisfacción de la población con los servicios de salud que recibe, es un objetivo importante del sistema de salud y proporciona información sobre el éxito del personal de salud en cuanto a si alcanza o no las expectativas de paciente. La satisfacción del usuario, refleja calidad, siendo esta un elemento de vital importancia, que da confiabilidad, credibilidad y prestigio tanto a la institución de salud donde se brinda el cuidado, como el personal de salud que brinda dicho servicio. El nivel de satisfacción de la persona es el resultado de un sin número de actividades desarrolladas al interior de la institución, promoviendo a través de procesos y procedimientos. (11)

Los adultos mayores son un grupo vulnerable de interés para el personal de salud que requiere cuidados primarios de calidad, esto conlleva a la satisfacción de necesidades básicas a través de la relación equipo de salud- paciente, comunicación efectiva, información oportuna habilidades técnico profesional.

El personal de enfermería juega un papel muy importante en la atención preventiva del adulto mayor; centra la atención a las necesidades, problemas reales y potenciales derivados del proceso patológico. Los conocimientos teóricos, la actividad práctica y la sensibilidad son el fundamento para identificar necesidades y problemas.

Satisfacción se refiere a un trato digno humanizado, individualizado y afectuoso que les hace sentir como personas únicas a la medida que se les atiende en sus necesidades particulares y se logra su bienestar. La satisfacción que los pacientes adultos mayores obtienen a medida del trato que reciben y sienten que sus necesidades son cubiertas. (13)

En resumen, la satisfacción es un concepto multidimensional cuyos componentes varían en función del tipo de prestación de que se trate, más directamente

relacionada con el componente afectivo de la actitud hacia el sistema sanitario o cualquiera de sus unidades.

Se ha manifestado que la satisfacción refleja la habilidad del proveedor para complementar las necesidades de los pacientes, ya que los pacientes satisfechos. Continuarán usando los servicios de salud, manteniendo vínculos específicos con el personal, cumplirán con los regímenes del cuidado y cooperarán con el aporte de información indispensable para el agente de salud. (13)

4.11.2 Qué influye en la Satisfacción del paciente

Tradicionalmente se ha considerado que es más probable que un paciente satisfecho cumpla con las recomendaciones médicas, busque activamente ayuda médica y se ha considerado la comunicación con el paciente como el factor decisivo para asegurar la satisfacción. Del mismo modo, la insatisfacción se relaciona con el coste de la atención sanitaria, la ineficacia del tratamiento, la ausencia de información comprensible, la falta de interés del profesional sobre el caso o la petición de un número excesivo de pruebas complementarias.(14)

Las diferencias en la satisfacción se atribuyen a individuales en los pacientes, a sus diferentes actitudes hacia el sistema de internación domiciliaria, a cómo se organiza el sistema y se proveen las atenciones médicas y a diferencias entre los proveedores. (14)

4.12 Adulto Mayor

La Atención Primaria de Salud, es una estrategia básica para la atención de los adultos mayores dentro del Sistema Nacional de Salud, como elemento fundamental la igualdad de derechos y oportunidades expansión de capacidades humanas, orientado a satisfacer necesidades de diferentes índoles como participación, libertad, el cual identifica los valores, principios, componentes organizacionales y funcionales, porque propician la organización de los programas

y planes de intervención adaptados al adulto mayor de acuerdo a sus problemas médicos y sociales. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) clasifica bajo el término de "Personas Adultas Mayores" (PAM) a aquellas que tienen 60 o más años de edad, tomando este punto de corte en razón de la esperanza de vida de la población y las condiciones en las que se presenta el envejecimiento. (15)

Lamentablemente, en la actualidad, a las personas mayores, no se les considera y valora como debería. Hay excepciones, pero la gran mayoría de las personas suelen alejarse de sus parientes que se encuentran en la vejez porque se aburren, porque están enfermos, entre otras razones. Por supuesto que esta actitud familiar tiene un impacto absolutamente negativo en el adulto mayor que se sentirá discriminado y muy solo. Por lo que es importante visitarlos con regularidad, sacarlos a pasear, invitarlos a alguna reunión, hacerlos sentir queridos, necesarios y que no están solos.(16)

Una de las contingencias más notables que se dan en esta etapa es que la persona sabe, siente que está más cerca de la muerte y entonces este hecho genera que se desencadenen en su interior una serie de sensaciones y de experiencias con las cuales es difícil lidiar sino se haya bien plantado en la vida y con la contención familiar correspondiente. (16)

4.12.1 La tercera edad

Conocida también con los términos de vejez, adultez mayor o tardía, como tendencia se presenta como etapa de involución determinada por pérdidas o trastornos de los sistemas sensorio-motrices y no como una auténtica etapa del desarrollo humano. El envejecimiento de los individuos es un proceso natural, irreversible, continuo, durante todo ciclo de la vida.(17)

4.12.2 Atención apropiada al adulto mayor

La atención apropiada es la aplicación de medidas, tecnologías y recursos en cantidad y calidad suficientes para garantizar el cumplimiento de los objetivos propuestos en materia de salud. Los beneficios esperados, como resultado de una atención adecuada, deben superar las consecuencias negativas del proceso de la enfermedad.(18)

4.12.3 Derechos del adulto mayor

Art.1: El adulto mayor tiene el derecho de ser tratado como ciudadano digno y autónomo.

Art.2: El adulto mayor tiene derecho a la integración y la comunicación, disfrutar de amplias posibilidades de participación en la vida social, cultural, económica y política de la familia y comunidad.

Art.3: El adulto mayor tiene derecho al cuidado de su salud, a través de una atención médico-asistencial integral y permanente, preventiva o curativa, atención a la salud en el ámbito familiar.

Art.4: El adulto mayor tiene derecho a una alimentación sana, suficiente y adecuada a las condiciones de su edad.

Art.5: El adulto mayor tiene derecho a una vivienda segura, higiénica, agradable y de fácil acceso físico.

Art.6: El adulto mayor tiene derecho a facilidades y descuentos en tarifas para los transportes y las actividades de educación, cultura y recreación.

Art.7: El adulto mayor tiene el derecho de ser tomado en cuenta como fuente de experiencia y de conocimientos útiles para la sociedad.(19)

4.12.4 Situación de los adultos mayores en Ecuador

Según el último censo poblacional realizado en el año 2010, Ecuador cuenta con una población aproximada de 14`483.499 habitantes, con un crecimiento poblacional anual de 1.7%, correspondiendo a la población mayor de 65 años el 6.5%, de este porcentaje el 53% son mujeres y el 47% hombres, cuya identificación étnica predominante es la mestiza, seguida por blanca e indígena. Las provincias con mayor población anciana son Pichincha y Guayas con aproximadamente 90.000 habitantes.(20)

Cada año mueren alrededor de 34.000 adultos mayores. En el año 2010 la tasa de mortalidad en adultos mayores fue de 38 por 1.000 habitantes en mujeres, ligeramente más alto en hombres, 44 por 1.000 habitantes. Estos datos están directamente relacionados con la calidad de vida, funcionalidad, autonomía, factores de riesgo y comorbilidades. Se ha reportado que uno de cada tres personas mayores presenta alguna enfermedad crónica. Considerándose las siguientes patologías como principales causas de mortalidad por 100.000 habitantes: Hipertensión Arterial (30,3), Diabetes Mellitus (28,3), Neoplasias (770, más alta en mujeres), Insuficiencia cardiaca e Infarto agudo de miocardio (14,1). Y como causas frecuentes de morbilidad las enfermedades infecciosas especialmente neumonía, gastroenteritis y la descompensación de las enfermedades crónicas a las que se suman el deterioro cognitivo y la depresión. Sin olvidar que existe un alto porcentaje de adultos mayores, 27.2%, con trastornos visuales, auditivos y otras discapacidades físicas, mentales o mixtas que alteran su capacidad funcional o autonomía.(21)

4.13 Sistema de Salud en el Ecuador

La Constitución de 2008 señala que “La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, alimentación, nutrición, educación, cultura física, trabajo,

seguridad social, ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional”.(22)

El sistema de salud de Ecuador está compuesto por dos sectores, público y privado. El sector público comprende al Ministerio de Salud Pública (MSP), el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), los servicios de salud de las municipalidades y las instituciones de seguridad social [Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA) e Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL)]. El MSP ofrece servicios de atención de salud a toda la población. Las instituciones de seguridad social cubren a la población asalariada afiliada. El sector privado comprende entidades con fines de lucro (hospitales, clínicas, dispensarios, consultorios, farmacias y empresas de medicina prepagada) y organizaciones no lucrativas de la sociedad civil y de servicio social. Los seguros privados y empresas de medicina prepagada cubren aproximadamente a 3% de la población perteneciente a estratos de ingresos medios y altos. Además, existen cerca de 10 000 consultorios médicos particulares, en general dotados de infraestructura y tecnología elementales, ubicados en las principales ciudades y en los que la población suele hacer pagos directos de bolsillo en el momento de recibir la atención.(23)

4.13.1 Derecho a la Salud

Los gobiernos deben crear las condiciones que permitan a todas las personas vivir lo más saludablemente posible. Esas condiciones incluyen la disponibilidad

garantizada de servicios de salud, condiciones de trabajo saludable y seguro, vivienda adecuada y alimentos nutritivos. El derecho a la salud no debe entenderse como el derecho a estar sano.

La OMS ha puesto en marcha una iniciativa para promover y facilitar la incorporación de una perspectiva de género, equidad y derechos humanos, sobre la base de los progresos que ya se han realizado en estas esferas en los tres niveles de la Organización, ha venido reforzando activamente su liderazgo técnico, intelectual y político respecto del derecho a la salud. En general, esto conlleva: reforzar la capacidad de la OMS y de sus Estados Miembros para adoptar un enfoque de la salud basado en los derechos humanos; promover el derecho a la salud en el derecho internacional y en los procesos de desarrollo internacionales; promover los derechos humanos relacionados con la salud, incluido el derecho a la salud. (28)

4.14 Definiciones de Percepción

La percepción es un proceso que permite al ser humano, recibir, elaborar e interpretar información, es biocultural porque, por un lado depende de las persuaciones físicas y sensaciones involucradas y, por otro lado de la elección y estructura de dichos estímulos y sensaciones.(24)

La percepción es un proceso a través del cual tomamos conciencia de lo que ocurre en nuestro alrededor y en nosotros mismos, es obviamente algo más que una imagen del mundo proporcionado por los sentidos puesto que participa la comprensión y el significado aunque la experiencia desempeña un papel importante y por lo tanto depende de las características del sujeto que percibe, los conocimientos, sus necesidades y sus intereses y las emociones que puedan influir en forma positiva y negativa.(25) Es difícil mostrar cuidados a otro individuo sin obtener una comprensión de quién es y la percepción de su malestar.(26)

La mayoría de adultos mayores buscan en el equipo de salud ser escuchados, atendidos, compartir sus experiencias, debido a que la forma en que ellos perciben no es a través de los sentidos solamente, ya que lo más sustancial son sus emociones y el entorno que los rodea.

4.14.1 Dimensiones del Cuidado

a) Dimensión Biológica

La dimensión biológica hace referencia a la realidad de la persona en tanto que organismo pluricelular, poseedor de un cuerpo que se desarrolla y madura sometido a la realidad física. Se organiza en torno a la idea de equilibrio dinámico en el marco de una relación también dinámica con el ambiente. Y toma en consideración aspectos relativos como la influencia genética, el funcionamiento y la conducta observable como fuente de información.(27)

No podemos escapar a nuestra mente y al pensamiento, y en todo hacemos uso de él. Si bien es cierto que nuestro cuerpo es un sistema biológico compuesto de células y órganos complejos que funcionan juntos para darnos la vida, también es cierto que las funciones de nuestro cuerpo afectan profundamente nuestros pensamientos y estados de ánimo.(28)

En el adulto mayor, envejecer no es lo mismo que enfermar, si bien, habitualmente la vejez se acompaña de un mayor número de padecimientos. Existen diversos procesos que modulan los cambios en el anciano: las modificaciones fisiológicas establecidas durante el tiempo, las consecuencias de la exposición a lo largo de muchos años a los agentes patógenos y contaminantes, y las enfermedades y secuelas acumuladas a los largo del tiempo. Así el envejecimiento es un proceso dinámico que se inicia con el nacimiento, termina con la muerte y es de naturaleza multifactorial. (29)

A medida que el hombre envejece va perdiendo vitalidad de forma ineludible a través de un deterioro progresivo de casi todas sus funciones y esto ocurre incluso en ausencia de enfermedad. Estas pérdidas se producen de una manera muy diferente en cuanto a intensidad y cadencia. Existen cuatro tipos de cambios que ocurren en el envejecimiento, y son: la pérdida de determinadas funciones, los cambios funcionales secundarios a otros estructurales, las pérdidas o limitaciones funcionales sin alteraciones estructurales y los cambios secundarios a alteraciones en el mecanismo de control. (29)

b) Dimensión Psicológica

La dimensión psicológica se centra en la mente, y recoge la idea de la persona como ser dirigido a metas y dotado de un conjunto de procesos que le permiten guiar su conducta creativa y armónicamente en el contexto cambiante donde se dan las diversas situaciones en que participa.(30)

Incluye aspectos cognitivos que conducen a percibir, pensar, conocer, comprender, comunicar, resolver problemas, relacionarse, representarse a sí mismo y a los otros, y otros aspectos que generan esperanza, estima y confianza en uno mismo y en otros; aspectos conativos, como la perseverancia en la acción y otros componentes de la voluntad como el autocontrol. Todo ello sin olvidar que la mente existe porque existe el cuerpo, concretamente, un cerebro con un funcionamiento normal. Así, el funcionamiento y el desarrollo de la mente es dependiente del cuerpo para recibir la información y trasladar a acción concreta el resultado final de sus procesos.(30)

Existe una elevada prevalencia de síndromes depresivos en edades avanzadas, para los cuales los factores psicosociales desempeñan un rol fundamental. Entre estos factores se incluyen: situación de soledad y aislamiento afectivo, imposibilidad real de reponer el objeto perdido: muerte de familiares y amigos, jubilación, deterioro económico y pérdida de status y roles, carencia de soporte familiar, institucional o social, impacto psicológico de los trastornos somáticos invalidantes.(31)

Los adultos mayores, muchas veces tienen sentimientos de abandono, sensación de vacío, desesperación ante el desmoronamiento orgánico y autopercepción de ser una persona inútil, sin proyectos, lo cual genera lo que algunos sociólogos han llamado "vergüenza social". Esto conlleva a que la importancia de los factores psicosociales en la depresión y el suicidio del anciano sea considerablemente más determinante que en los sujetos de menor edad. Con la edad tiende a deteriorarse la rapidez con la que se recoge la información y la memoria secundaria suele verse seriamente afectada. Esta pérdida de información genera un efecto psicológico negativo acompañado de preocupaciones y quejas. La memoria es un proceso mediante el cual se puede, registrar, codificar, almacenar, acceder y recuperar la información que en la práctica cotidiana se va adquiriendo. Por lo tanto constituye para el hombre una guía que fundamenta su conducta futura. La pérdida de la memoria es una amenaza siempre presente para los adultos mayores. (32)

c) Dimensión Socio-Cultural

La dimensión social se organiza en torno a la interacción con otras personas. Supone la expresión de la sociabilidad humana característica, esto es, el impulso genético que la lleva a constituir sociedades, generar e interiorizar cultura, y el hecho de estar preparada biológicamente para vivir con otros de su misma especie, lo que implica prestar atención a otro humano necesariamente presente, y la sociabilidad, o capacidad y necesidad de interacción afectiva con semejantes, expresada en la participación en grupos, y la vivencia de experiencias sociales. La persona nace en una sociedad (antes de nacer ya se está condicionado por una variedad de aspectos sociales, por ejemplo, las costumbres que marcan cuáles son los patrones adecuados de comportamiento respecto a la elección de pareja o el embarazo) y necesita vivir en sociedad, ésta favorece la adaptación al medio, lo que le multiplica las posibilidades de sobrevivir. Nace de otras personas y requiere la presencia de otras personas para sobrevivir, llegar a ser ella misma en todos sus extremos y vivir una vida plena. La persona se forma hasta que ésta acepta por completo las normas y valores sociales característicos del grupo donde

habita, los ajusta a su propia idiosincrasia, y obtiene un marco de referencia para percibir y comprender la realidad y actuar autónomamente en ella.(30)

La dimensión cultural indica una forma particular de vida, de gente, de un período, o de un grupo humano; está ligado a la apreciación y análisis de elementos tales como valores, costumbres, normas, estilos de vida, formas o implementos materiales, la organización social. Se usa el concepto de cultura, cuando el hablante se refiere a la suma de conocimientos compartidos por una sociedad y que utiliza en forma práctica o guarda en la mente de sus intelectuales. Es decir, al total de conocimientos que posee acerca del mundo o del universo, incluyendo todas las artes, las ciencias exactas (matemáticas, física, química) las ciencias humanas (economía, psicología, sociología, antropología) y filosofía.(33)

5. ANTECEDENTES

5.1 Antecedentes históricos, políticos y socio-culturales

La provincia de Cañar está ubicada en la región Sierra, fue creada el 3 de Noviembre de 1880, por el Congreso de la República, como una separación de la provincia del Azuay con el nombre de provincia de Azogues. Transcurridos cuatro años de su creación, el 3 de Noviembre de 1884, se modificó el nombre por el de “Provincia del Cañar”. Se divide en 7 cantones que son: Azogues, Déleg, Biblián, Cañar, Suscal, El Tambo y La Troncal. De acuerdo a la cobertura de los servicios de salud se divide en tres Áreas de Salud, que cubren los siguientes cantones (34):

- Área 1 con cobertura a los cantones: Azogues, Biblián y Déleg.
- Área 2 cubre los cantones: Cañar, Tambo y Suscal.
- Área 3 cubre el cantón La Troncal.

Cantón Azogues

El cantón Azogues es la capital de la provincia del Cañar, Azogues deriva de Mercurio debido a los yacimientos de este mineral que se encuentran en sus alrededores y que en tiempos de la colonia fueron usados para el proceso de refinación del oro, plata y otros metales preciosos.

En su condición de parroquia durante el colonialismo, alcanzó gran progreso principalmente por el comercio, el intercambio de granos y materiales textiles, la producción de sombreros de paja toquilla. Cuenta la historia, que el General Ignacio Torres quien cumplía las funciones de Intendente General en consideración al progreso alcanzado, se dirigió al General Francisco de Paula Santander, solicitando que la parroquia de Peleusí de Azogues, sea elevada a categoría de Villa y años más tarde alcanzó la categoría de cantón, mediante Decreto emitido el 16 de abril de 1825. Actualmente tiene 4 parroquias urbanas: Aurelio Bayas, Azogues, Borrero, San Francisco; 4 parroquias rurales: Cojitambo, Guapán, Javier Loyola, Luis Cordero, Pindilig, Rivera, San Miguel y Taday.(34)

5.2 Características Geopolíticas y Económicas

Características Geopolíticas

Se ubica la ciudad de Azogues, en la zona de la Sierra Sur, a 30 Km. de la ciudad de Cuenca, se encuentra a 2.518 metros de altura sobre el nivel del mar.

Son sus límites geográficos: Al norte: Quinaloma en la Cordillera de Jubal Grande. Al Sur: Desde Tampanchi en dirección sur hasta el puente de la Victoria sobre el río Azogues hasta la unión con el río Cuenca. Al Este: Con Quinaloma

por la cordillera de Allcuquiro. Oeste: Desde el Río Tabacay hacia el sur hasta la quebrada de San Francisco de Sageo. (34)

- **Número de miembros por vivienda y por dormitorio:** es de 6 a 8 personas, estando formadas por familias nucleares íntegras y ampliadas, (padres e hijos casados), y transnacionales, por la migración no hay problemas habitacionales en esta ciudad, apenas un 2% de la población presenta hacinamiento (INEC).

- **Medios de Comunicación e información colectiva:** la ciudad posee varios periódicos: 1 diario y 3 semanarios, existen 5 emisoras radiales, 2 canales de televisión local. Como principal interlocutor urbano de las organizaciones de base, es de resaltar a la Federación de Barrios, que vincula sobre todo a los presidentes barriales, que son los que colaboran como informantes claves para el proceso de identificación de familias en riesgo. (34)

5.3 Servicios de Salud Disponibles

Dentro de los subsistemas de prestación de servicios públicos semi-públicos y privados con o sin fines de lucro que prestan servicios de salud tenemos los siguientes:

Estatales: Dispensario del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social con atención de primer nivel. Centro de salud N°1 de Azogues y sus puestos de salud (Zhapacal, Borrero, Bolivia y de la Universidad Católica) que presta servicios de salud de primer nivel. Hospital Homero Castanier Crespo, que presta servicios de segundo nivel, es un hospital general de referencia provincial. Los servicios médicos de la Policía Nacional que dan atención a sus miembros y ocasionalmente a la comunidad. Dispensario del Municipio que funciona en convenio con el MSP brindando atención de primer nivel.

Privados: 5 clínicas, 45 consultorios de Medicina General, 20 consultorios de especialidades; 49 farmacias; 8 establecimientos de venta de productos naturales; 2 centros de rehabilitación física; 1 centro de rehabilitación mental; 12 laboratorios clínicos; 1 centro de diagnóstico por imágenes. (35)

6. BASES TEÓRICO CIENTÍFICAS

Al hacer la revisión de trabajos relacionados con el contenido del estudio, se encontró lo siguiente:

A nivel internacional:

Estudio publicado en el año 2011, realizado en el Centro de Salud "Sillería". En España. "Evaluación de los Resultados y de la Satisfacción de un Programa de Atención Domiciliaria de Pacientes Ancianos Dependientes" con la autoría de Ramón Orueta Sánchez, Rosa Gómez, Calcerrada Jiménez, Arancha Sánchez Oropesa, Samuel Gómez-Caro Marín, Juan Herrera, Concepción Holgado, Pilar Toledano. Los autores concluyen que la incorporación a un programa de atención domiciliaria de personas dependientes repercute positivamente en los pacientes al mejorar su percepción sobre la asistencia recibida, reducir su utilización de los servicios sanitarios y mejorar algunas esferas de su calidad de vida.(36)

Cridad Dios Guerra. Estudio del efecto de la visita domiciliaria programada y protocolizada de la enfermera de atención primaria en la morbilidad en pacientes de 65 o más años pluripatológicos. Realizo un estudio en el año 2014, España. El estudio fue retrospectivo, el universo fue 1743 pacientes, en donde 1546 no recibieron visita de la enfermera en domicilio y 199 sí; predominan mujeres (60,2%), edad media de quien recibe visita 81,99 (ET 0,539), presentan mayor número de patologías de media 3,76 (ET 0,107), habitan domicilio particular, más del 50% no tiene identificado el Cuidador Principal; la media de visitas de la enfermera es de 2,44 (DT 12,479); tanto en la zona rural como en la zona urbana

existe un mayor número de visitas de las enfermeras a los pacientes en residencias que a los que viven en su domicilio ($p,000$). Menos del 50% de los casos tiene plan de cuidados, con relación significativa ($p 0,000$). No existen diferencias significativas en cuanto al tiempo de vida entre los casos y los controles. La visita domiciliaria de la enfermera no repercute en la morbilidad; se interviene cuando ya ha aparecido el problema de salud. No se han encontrado registros con datos de prevención y se intuye una discriminación involuntaria en la atención que afecta a la mujer mayor.(37)

Cristhian Morales González. Nivel de satisfacción de los pacientes que asisten al servicio de urgencias, frente de la atención de enfermería en la institución de primer nivel de atención de salud en Mistrato Risaralda. En el año 2009, Bogotá. Estudio descriptivo transversal, la muestra estuvo constituida por 20 pacientes atendidos en el servicio de urgencias. El instrumento utilizado fue la escaña CARE-Q. El 60% de los pacientes manifiestan un nivel de satisfacción medio con relación a la atención de enfermería, seguidos por un 25% quienes tienen un nivel de satisfacción alto y el 15% restantes consideran que es bajo. Con relación a las características socio-demográficas se determinó que las veinte pacientes encuestados en el servicio de urgencias, 7 son hombres con un 35% y 13 son mujeres con un 65% respectivamente.(38)

Mercedes Pineda Zúñiga. Calidad de la atención de enfermería hacia el adulto mayor, en el servicio de medicina interna México, 2010. Estudio de tipo descriptivo, correlacional, en una muestra de 30 participantes adultos mayores, a través del muestreo no probabilístico por conveniencia. El nivel de satisfacción de los participantes fue bueno, con índice de satisfacción de 70 puntos; se procedió a comparar el nivel de satisfacción según el sexo, nivel socioeconómico, estado de salud, estado civil y escolaridad mediante el análisis de varianza. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas por escolaridad; el nivel de satisfacción fue bueno, con un promedio de 84, se obtuvo un índice de satisfacción de 67 a 70% considerando la media.(39)

Gloria Isabel Zavala Lizaraso. Nivel de satisfacción del paciente adulto mayor sobre el cuidado que brinda la enfermera en el Servicio de Medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo en el 2009. La investigación se realizó en Lima Perú en el año 2010. El Diseño Metodológico fue de una investigación aplicada del tipo descriptivo simple de corte transversal, en la cual se utilizará como técnica la Entrevista estructurada y como instrumento la escala. La muestra considerada para el estudio de investigación estuvo conformada por 60 pacientes Adultos Mayores que se encuentran hospitalizados en los Servicios de Medicina General del Hospital Nacional Dos de Mayo en el 2009 Las conclusiones en el presente estudio fueron: El paciente Adulto Mayor presenta en mayor porcentaje un nivel de satisfacción Medio y con tendencia a un nivel de satisfacción bajo sobre los cuidados que brinda la enfermera en el servicio de Medicina del HNDM, siendo más baja la dimensión cuidado de estimulación.(40)

Paulo Acuña, Sandra Adrianzén, Katia Almeyda, José Carhuanchó, en el año 2012, Perú; ejecutan una investigación con el título de “Evaluación del nivel de satisfacción del adulto mayor entre 60 a 90 años en la consulta ambulatoria del Hospital Edgardo Rebagliati Martins”. El estudio fue transversal, descriptivo, observacional y prospectivo, en el área de Consultorios Externos del Hospital Nacional de nivel IV Edgardo Rebagliati de Salud. Se aplicó una encuesta de 20 preguntas basadas en el Illustrated Patient Satisfaction Instrument a 100 pacientes entre 60 a 90 años de ambos sexos. Para el análisis de los datos, se usó el programa estadístico IBM SPSS Statistics 20. El nivel de satisfacción en la atención ambulatoria del adulto mayor entre 60 a 90 años fue de 65.6%. El nivel de satisfacción de los usuarios adultos mayores del servicio de Consulta Externa del HNERM es mediano.(41)

Santa Cruz Yajaira, Bances Katherine, plantean la investigación con el tema “Nivel de satisfacción del adulto mayor relacionado con los cuidados de enfermería en el servicio de medicina del Hospital Provincial Docente Belén-Lambayeque”. Realizaron su exploración en Lambayeque en el año 2013, Perú. El estudio fue de

tipo cuantitativo, descriptivo, la muestra estuvo conformada por 25 pacientes adultos mayores, en los cuales se midió el grado de satisfacción evaluando parámetros como la calidad y la calidez en la atención por parte de las enfermeras del servicio de medicina de dicho hospital. Se obtuvo los siguientes resultados: El objetivo general fue determinar el nivel de satisfacción del adulto mayor relacionado con los cuidados de enfermería en el servicio de medicina del Hospital Provincial Docente Belén-Lambayeque 2013. Los resultados obtenidos en este objetivo son un alto nivel de satisfacción en los cuidados de enfermería a las personas adultas mayores. De un total de 25 (100%) de pacientes adultos mayores encuestados, el 76% tiene un nivel de satisfacción alto y el 24% tiene un nivel medio, no encontrándose a ninguna persona insatisfecha. (42)

Sobeida Blázquez Morales, Arturo Alí Quezada Díaz. Satisfacción de los usuarios hospitalizados en el servicio de medicina interna, con el cuidado de enfermería. Estudio cuantitativo-descriptivo-transversal; población, usuarios hospitalizados, de ambos sexos, con más de 72 horas de estancia. Se aplicó el instrumento denominado "Patient Satisfaction Instrument (PSI). Éste evalúa 3 dimensiones: cuidado técnico profesional, confianza y educación al paciente. El procesamiento y análisis estadístico se llevó a cabo en el programa SPSS. Resultados: 21 usuarios encuestados, edades entre 18 y 68 años. La dimensión mejor evaluada fue la de Confianza (162 puntos) y la más baja Educación al paciente (73 puntos). El índice general de satisfacción reportó que los pacientes hospitalizados se encuentran Satisfechos (71.4%) con los cuidados de enfermería. Los pacientes manifiestan sentirse satisfechos con los cuidados proporcionados, la oportunidad de mejora detectada fue el tema de educación al paciente, aquí es necesario incidir, considerando que ésta es una actividad y responsabilidad propia del personal de enfermería.(43)

Lizeth Miramira Bustincio elabora una investigación a cerca de la "Percepción del adulto mayor sobre los cuidados de enfermería en los servicios de medicina en una institución de salud-MINSA" en Perú, 2015. Con los resultados de su averiguación concluye que la mayoría de los adultos mayores de la muestra

estudiada que se encuentra hospitalizada en los servicios de medicina de una institución de Salud-MINSA, tienen una percepción medianamente favorable sobre los cuidados de Enfermería, y un ligero porcentaje tiene una percepción favorable, lo que estaría evidenciando que el profesional de enfermería al proporcionar los cuidados del paciente no lo está haciendo en forma integral, y es preocupante que un pequeño porcentaje tenga una percepción desfavorable, lo que estaría evidenciando que el cuidado que proporciona la enfermera no aborda al adulto mayor en su integralidad, no es un cuidado holístico.(33)

En Perú, Collazos Angie y Vásquez Yohana del Milagro, diseñan una investigación con un título de percepción de los cuidados de enfermería en los adultos mayores del programa de atención domiciliaria del centro de atención primaria Chiclayo oeste, Lambayeque 2016. Las conclusiones del estudio son: La mayoría de los adultos mayores de la muestra estudiada que reciben cuidados de enfermería en el Programa de Atención Domiciliaria del Centro de Atención Primaria III Chiclayo Oeste, tienen una percepción favorable sobre los cuidados de enfermería, y un ligero porcentaje tiene una percepción medianamente favorable, lo que estaría evidenciando que el profesional de enfermería proporciona los cuidados al paciente en forma integral y holística.(34)

Morí Payano Luis Carlos y Rodríguez Villanueva José Luis. Nivel de satisfacción del paciente adulto mayor sobre el cuidado que brinda el profesional de enfermería en el servicio de medicina general del hospital de ventanilla. En Lima-Perú en el año 2016. El diseño de estudio fue de tipo descriptivo transversal, en la cual se utilizó como instrumento un cuestionario. Se consideró en el estudio a todos los pacientes adultos mayores que se encontraron hospitalizados en el Servicio de Medicina General del Hospital de Ventanilla. El paciente adulto mayor presentó de satisfacción intermedia sobre los cuidados que brinda el profesional de enfermería, en la dimensión de estimulación y compensación del paciente adulto mayor su nivel de satisfacción fue intermedia, en la dimensión de consecución y continuidad de la vida, su nivel de satisfacción fue completa, en la dimensión de resguardar la

autoimagen su nivel de satisfacción fue intermedia, en la dimensión de confirmación su nivel de satisfacción fue completa, en la dimensión de sosiego y relajación, su nivel de satisfacción fue completa.(46)

Cubas Bejar Jackeline María, Guerra Silva Martha Fiorela. Parco Alarcón Rosio Yanett. Satisfacción con el cuidado enfermero que recibe el adulto mayor hospitalizado en un hospital nacional de Lima, 2016. Estudio de enfoque cuantitativo, diseño descriptivo y de corte transversal. La población estuvo conformada por todos los adultos mayores que se encontraban hospitalizados durante el mes de diciembre del 2016, mediante el uso de los criterios de inclusión y exclusión, de los cuales se extrajo una muestra de 72 pacientes. Se utilizó un instrumento modificado por las investigadoras siendo validado por juicio de expertos y prueba piloto que fue aplicado previa firma del consentimiento informado. El instrumento contiene 30 preguntas cerradas (7 preguntas consideran datos sociodemográficos y 23 preguntas relacionadas a la atención de enfermería clasificada en sus 2 dimensiones: Calidad y Calidez del cuidado enfermero). Se obtuvo que el 50.0% de los pacientes adultos mayores hospitalizados percibieron un alto nivel de satisfacción con el cuidado brindado por la enfermera; mientras que el 45.8% un nivel medio y solo un 4.2% percibió bajo nivel de satisfacción. Conclusiones: la satisfacción global fue alta, con tendencia a un nivel medio.(47)

Jashira Virginia Saavedra Ortiz, Mayra Lissette Bustamante Guaranda. Satisfacción del paciente adulto mayor sobre el cuidado que brinda la enfermera(o) en el servicio de medicina Hospital Regional II - 2 Tumbes-Perú 2017. La investigación es de tipo descriptivo simple de diseño transversal, realizado en el Hospital Regional II-2 Tumbes, el cual tuvo como objetivo general determinar el nivel de satisfacción del paciente adulto mayor sobre el cuidado que brinda la enfermera(o) en el servicio de medicina del Hospital Regional II-2 Tumbes 2017; la muestra estuvo conformada por 30 adultos mayores; se utilizó como técnica la entrevista y como instrumento el cuestionario. Sobre los cuidados en general que brinda la enfermera(o) al paciente adulto mayor en el servicio de medicina, predomina el nivel de satisfacción bajo con el 47%. Para los cuidados de

estimulación, confirmación, consecución y continuidad de la vida y para resguardar la autoimagen predomina el nivel de satisfacción bajo con el que 47%, 37%, 40%, y 37% respectivamente; solo los cuidados de sosiego y relajación y compensación; presentan un nivel de satisfacción alto con el 40% y 43% respectivamente.(48)

A nivel nacional:

En Ecuador- Quito, en el año 2014 se presenta un estudio dirigido por Edgar del Salto Mariño con el título de: “Evaluación de la calidad de atención y satisfacción del usuario que asiste a la consulta en el departamento médico del Instituto Nacional Mejía en el periodo 2012”. Para lo cual se hace un estudio observacional con un diseño epidemiológico analítico transversal en una población de 4822 usuarios potenciales, de los cuales se toma una muestra representativa y aleatoria estratificada de 391 sujetos. Se realizó una encuesta con un cuestionario previamente validado, de 20 preguntas, con una X confiabilidad medida por alpha de Cronbach de 0,832. Para el estudio las principales mediciones son calidad y satisfacción. Como resultados se encuentra que al terminar la consulta con el profesional, los usuarios manifiestan en un 92,1% hay satisfacción en la atención, IC 95%: 88,97 - 94,36%, y consideran que a mayor indiferencia y descortesía tienen menor grado de satisfacción. ($r = -0,184$; $p 0,000...$). Al terminar la consulta con el profesional, los usuarios manifiestan en un 10,5% IC95% de 7,82-13,92%, hay atención de calidad, donde se considera que a mayor indiferencia y descortesía hay menor grado de calidad en la atención (49)

En Ecuador-Ambato en el año 2014, Rosa Rivera Campos plantea una investigación con el título “Programa de gestión en visitas domiciliarias para mejorar la calidad de vida del adulto mayor en la comunidad del cebollar cantón Colta”. La información fue recolectada directamente por la autora mediante una encuesta, los datos fueron analizados en el software Excel versión 2007. En las encuestas realizadas podemos observar que el 56.2% de los adultos mayores son del sexo masculino y el 43.8% de sexo femenino, por lo que se evidencia que el mayor porcentaje pertenecen al sexo masculino. El 65% de adultos mayores no tienen algún nivel de instrucción. El 50.6% de adultos mayores consumen hidratos

de carbono lo que conlleva a una malnutrición. El 83.1% de los adultos mayores encuestados no destina tiempo para descanso y recreación, en relación al trabajo el 83.1% de la población adulta mayor, se dedica la agricultura, ganadería. El 77%, desconoce sobre el carnet de salud derechos y responsabilidades dificultando su calidad de atención. Los resultados obtenidos en la encuesta refleja que un gran porcentaje reciben atención médica en los hospitales y curanderos, no hacen uso de los Puestos de salud debido a la lejanía de sus hogares, falta de confianza a la medicación con la que se dispone en la unidad operativa, y por su tradiciones culturales.(50)

Jessica Paola Barahona Vimos, Inés Alexandra Calapiña Lema. Satisfacción de las/los pacientes hospitalizados en relación con los cuidados de enfermería en el hospital padre “Alberto Bufonni” del Cantón Quinde-Esmeraldas periodo Mayo – Octubre 2015. Fue una investigación descriptivotransversal con abordaje cuantitativo, se aplicó la técnica de encuesta, así como una guía de observación lista de cotejo con una de muestra de 96 pacientes hospitalizados. Al finalizar la investigación se determinó que apenas el (14%) de usuarios atendidos en el Hospital Padre Alberto Bufonni se encuentran satisfechos con los cuidados brindados, mientras que un importante (86%) de usuarios hospitalizados se encontraron insatisfechos con el cuidado brindado por el personal de enfermería. Tomando en cuenta que los cuidados de enfermería se cumplieron entre rara vez (80%), pero la identificación ante el paciente fue de forma negativa tanto del personal profesional como no profesional (80%), por lo que los pacientes desearon que se mejore la identificación del personal que lo atiende.(51)

María Germania Ninasunta Chilingua, plantean una investigación con el título “Nivel de Satisfacción del paciente Adulto Mayor sobre el cuidado que brinda la Enfermera en el servicio de consulta externa del subcentro de Salud Augusto Martínez en el período de Febrero – Julio 2014”. Ambato. Se utilizaron como técnica la entrevista y la encuesta y como instrumento la escala de muestra. Conformada por 22 adultos mayores que acuden secuencialmente a recibir atención. Las conclusiones en esta investigación fueron: El paciente adulto mayor

presenta un nivel de satisfacción bajo, con una tendencia a un nivel de satisfacción deficiente sobre los cuidados que brinda el personal de enfermería en el Subcentro de Salud Augusto N. Martínez, siendo más baja la dimensión del cuidado de estimulación.(52)

A nivel local:

José Ortiz, Ulises Freire, Marlene Álvarez, David Tenemaza, Ignacio Cobos. Análisis del grado de satisfacción de los adultos mayores de las provincias de Azuay y Cañar. Se realizó un estudio transversal analítico que incluyó a 538 AM que viven en las áreas de cobertura de los centros de salud de primer nivel, pertenecientes al Ministerio de Salud Pública y al Seguro Social Campesino, mediante la aplicación de un formulario previamente validado. La edad promedio fue de 75.20 ± 7.22 años (de 65 a 100 años), la mayoría fueron mujeres, casadas, con educación primaria y un 33% de analfabetismo. El 81% de participantes consideran como adecuado su estándar de vida. Vivir solo es un factor asociado con el ejercicio inadecuado de los derechos de una manera estadísticamente significativa (OR 2.31; IC 95% 1.46-3.68). La edad, estado civil, ocupación, educación, auto-identificación, se encuentran también asociados con el grado de satisfacción, pero no de manera significativa. Ocho de cada diez AM consideran que el ejercicio de sus derechos es adecuado, y en el grupo que sienten insatisfacción, la soledad constituye un factor asociado de manera estadísticamente significativa. Esta situación da cuenta de la importancia de generar redes sociales de apoyo entre pares, con apoyo interinstitucional y en especial de las organizaciones comunitarias locales, para conseguir el ejercicio pleno de los derechos, sin exclusiones.(53)

Sara Beatríz Quizhpilema Guamán Ana Lucía Sinchi Tasambay María Gloria Tacuri Lazo. Nivel de satisfacción del adulto mayor, respecto a los cuidados de enfermería que reciben en el servicio de clínica del hospital "Homero Castanier Crespo". Azogues, 2013. Es un estudio descriptivo de corte transversal; se trabajó con un marco muestral constituido por 136 Adultos Mayores hospitalizados en el

servicio de clínica en los meses de Julio a Septiembre del 2013, se aplicó una encuesta elaborada por las autoras que recopiló información sobre: edad, sexo, procedencia, residencia, estado civil, apego familiar, patología, grado de instrucción, cuidados con calidez, cuidado con calidad oportuno, continuo y libre de riesgos, previo consentimiento informado del paciente y/o testigo, cuyo instrumento constó de 39 preguntas con 4 opciones de respuestas; siempre, casi siempre, casi nunca y nunca. Los datos fueron procesados y analizados mediante Microsoft office Word, Excel y SPSS, según frecuencia y porcentajes para determinar el nivel de satisfacción de los adultos mayores, así: altos, medios o bajos. En el presente estudio, el 82,4% con nivel de satisfacción alto, un 15,4% con nivel de satisfacción bajo y finalmente el 2,2%.con nivel de satisfacción medio. El nivel de satisfacción del adulto mayor es considerado alto, con respecto a los cuidados de Enfermería que reciben en el servicio de clínica, pero existe un determinado número de pacientes que dan una calificación bajo y medio.(54)

Olga Beatriz Saldaña Chabla, Mónica Maricela Sanango Patiño. Calidad de atención científico humanístico que presta el personal de enfermería y su relación con el nivel de satisfacción del usuario del centro de salud de Cojitambo. Azogues, 2014. Se trata de un estudio descriptivo de corte transversal que permitirá determinar la calidad de atención que presta el personal de enfermería del centro de salud “Cojitambo” y su relación con el nivel de satisfacción del usuario. La investigación tuvo como propósito determinar la calidad de atención que presta el personal de enfermería y su relación con el nivel de satisfacción del usuario en un grupo poblacional de 385 pacientes de 15 a 64 años que acudieron al Centro de Salud de Cojitambo. En cuanto a la información recibida el 67,8% de los usuarios indican haber recibido información por parte del personal de enfermería del Centro de Salud de Cojitambo. En relación al tiempo de espera se pudo evidenciar que un 36,6% refieren ser bueno, con respecto a la información (post-consulta) un 54,5% refiere que es muy buena, En lo que respecta a la satisfacción del usuario el 9,1% de los usuarios manifiestan sentirse muy satisfechos con la atención brindada por parte del personal de enfermería que labora en el Centro de Salud de Cojitambo.(55)

7. DEFINICIÓN DE TÉRMIOS BÁSICOS

Visita Domiciliaria: Es el servicio que se realiza en el domicilio de la persona, con la finalidad de detectar, valorar, dar soporte y seguimiento a los problemas de salud del paciente y su familia, potenciando su autonomía, reduciendo las crisis por descompensaciones y en general mejorando la calidad de vida de los pacientes.(56)

MAIS- FCI: Modelo de Atención Integral de Salud, enfocado en la Familia, Comunidad e Individuo.

EAIS: Equipo de Atención Integral de Salud.

Adulto mayor: Según la OMS las personas de 60 a 74 años son considerados de edad avanzada; de 75 a 95 viejas o ancianas y las que sobrepasan los 90 años son denominados graves viejos. Todo individuo mayor de 60 años se nombrara persona de la tercera edad.(57)

De acuerdo al MAIS se denomina adulto mayor a toda persona mayor de 65 años.

Calidad: Se consideran como el logro de los resultados deseados en la salud de los individuos y población en general y algunas se refieren a la propia definición de salud y a las influencias del paciente, familia y sistema de salud.

Satisfacción del paciente: Cumplir las necesidades y expectativas del usuario o cliente externo, la medición de esta dimensión tendría una utilidad limitada como base para mejorar la calidad de la atención y reformar el sistema sanitario.(58)

8. HIPÓTESIS

Los adultos mayores que reciben visitas domiciliarias, se encuentran satisfechos por la atención del EAIS del Centro de Salud N°1 Azogues.

CAPÍTULO III

9. OBJETIVOS

9.1 OBJETIVO GENERAL

- ✓ Determinar el nivel de satisfacción de los adultos mayores sobre visitas domiciliarias recibidas por el Equipo de Atención Integral de Salud en el área urbana de Azogues. Septiembre 2017 – Enero 2018.

9.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Identificar las variables sociodemográficas de los adultos mayores atendidos en visitas domiciliarias por el Equipo de Atención Integral de Salud (EAIS) del Centro de Salud Nro. 1.

- ✓ Determinar frecuencia y duración de la visita domiciliaria.
- ✓ Establecer la percepción de la población de estudio frente a la atención recibida.
- ✓ Socializar los resultados obtenidos a las autoridades competentes del Centro de Salud.

CAPÍTULO IV

10. DISEÑO O MARCO METODOLÓGICO

10.1 DISEÑO GENERAL DE ESTUDIO

10.1.1 TIPO DE ESTUDIO

-Investigación cuali - cuantitativa: Se determinó características de la atención del equipo de salud y se obtuvo datos estadísticos mediante el empleo de la encuesta.

-Investigación descriptiva: Se detalló y especificó los procesos que se llevaron a cabo.

-Investigación retrospectiva: Se realizó con datos obtenidos en el pasado.

10.1.2 ÁREA DE INVESTIGACIÓN

-País: Ecuador, **Provincia:** Cañar, **Cantón:** Azogues, **Población:** Adultos mayores que reciben visitas domiciliarias por parte del EAIS del Centro de Salud N° de Azogues.

10.1.3 UNIVERSO DE ESTUDIO

En la presente investigación con una población de 530 adultos mayores que reciben la atención de salud a través de las visitas domiciliarias por parte del Equipo de Atención Integral de Salud, del Centro de Salud N° 1 de Azogues, durante todo el año 2017.

10.1.4 SELECCIÓN Y TAMAÑO MUESTRAL

Se tomó el total de 530 adultos mayores que recibieron visitas domiciliarias por partes del EAIS del Centro de Salud N° 1 De Azogues.

Para el cálculo de la muestra se aplicó la siguiente fórmula:

$$\frac{z^2 \times p \times q \times N}{e^2 (N-1) + z^2 \times q \times p}$$

Dónde:

N = Es el total de la población; 530

Z² = Es 1.96 seguridad deseada del 95%

p = Es la proporción esperada (en este caso 50%) 0.5

q = 1 – p (en este caso 1 – 0.5 = 0.5)

e = Es la tolerancia de error (en este caso es el 5% que es igual a 0.1)

Para conocer la muestra se utilizó estos datos dándonos el siguiente resultado:

$$\begin{array}{r} 3.8416 \times 0.25 \times 530 \\ \hline 0.01 (529) + 3.8416 (0.5) (0.5) \\ 509.012 \\ \hline 3.29 + 3.8416 (0.25) \\ \\ 509.012 \\ \hline 3.29 + 0.7854 \\ \\ 509.012 \\ \hline 4.0754 \end{array}$$

Dándonos como resultado una muestra de 125 adultos mayores.

10.2 CRITERIO DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Para la selección de la muestra de estudio se consideraron los siguientes criterios de inclusión y exclusión respectivamente:

10.2.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Los pacientes adultos mayores de 65 años o más.
- Pacientes que reciben visitas domiciliarias por parte del EAIS del Centro de Salud N° 1 de Azogues.
- Adultos mayores que recibieron atención domiciliaria durante el año 2017.
- Los pacientes que sabían escribir o no y que aceptaron participar del estudio previo consentimiento informado.

10.2.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Adultos que no se encuentran registrados en las actividades extramurales del Centro de Salud N°1, perteneciente al MSP.
- Adultos mayores que no reciben visitas domiciliarias, por que acuden a recibir atención médica en el Centro de Salud.
- Adultos mayores que reciben visitas domiciliarias de otras entidades de salud.
- No consignación de firma en la Hoja de Consentimiento Informado.

10.3 MÉTODOS E INSTRUMENTOS PARA OBTENER LA INFORMACIÓN

Para recolectar información se utilizó los siguientes métodos, técnicas e instrumentos.

- **Métodos:**

- Observación directa
- Inductivo deductivo: La inducción llega a conclusiones empíricas sacadas de la experiencia, la deducción establece conclusiones lógicas que nos permitirá lograr los objetivos propuestos y ayudarán a verificar las variables planteadas.

- **Instrumento**

Para la recolección de datos se aplicó la encuesta en modalidad estructurada, validada por el Ministerio de Salud Pública (MSP), Se obtuvo la información directamente de los sujetos en estudio, con preguntas enfocadas en los indicadores de la medición de satisfacción. El instrumento en su introducción explica la finalidad del estudio y el manejo que se dará a la información. Anexo (3)

10.4 PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR PROCESOS BIOÉTICOS

Para el desarrollo de la presente investigación se contempló los siguientes aspectos:

Se entregó dos oficios dirigidos a: Directora Distrital 03D01, y a: Directora del Centro de Salud N° 1 de Azogues, solicitando el permiso respectivo para acceder la producción de adultos mayores que reciben visitas domiciliarias.

Posteriormente obtener las características y datos estadísticos mediante la aplicación de una encuesta a los adultos mayores que estaban registrados en el Centro de Salud N°1 de Azogues, garantizando que dicha información recolectada se utilizará únicamente con fines académicos y con absoluta confidencialidad.

10.5 DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES

- **Variable de estudio:** Nivel de satisfacción.
- **Variables de caracterización:** Edad, sexo, nivel de instrucción; frecuencia, duración de la visita domiciliaria, información acerca de cuidados y tratamiento.

10.5.1 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA	FUENTE DE INFORMACIÓN
Nivel de satisfacción	Se refiere a la conformidad de la persona cuando utiliza un servicio de salud en su domicilio	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Nivel de percepción sobre la atención del equipo de salud. ✓ Cordialidad. ✓ Explicación. ✓ Información. 	<ul style="list-style-type: none"> - El profesional de salud le saluda cordialmente - Lo examino o valoro durante la atención sanitaria - Explica el tratamiento de su enfermedad. - Le informo sobre lo cuidados que debe seguir. 	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No • Si • No • Si • No 	<p>Entrevista</p> <p>Encuesta</p>

			<ul style="list-style-type: none"> - Escucha las opiniones, temores y preocupaciones. - La atención brindada fue. - El nivel de satisfacción con la atención del equipo de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No • Muy buena • Buena • Regular • Mala • Alto • Medio • Bajo 	
--	--	--	--	--	--

<p>Visitas Domiciliarias</p>	<p>La visita domiciliaria es el conjunto de actividades de carácter social y sanitario que se presta en el domicilio a las personas.</p>	<p>✓ Frecuencia.</p> <p>✓ Duración.</p>	<p>- Las visitas domiciliarias que usted recibe son</p> <p>- Duración de las visitas domiciliarias</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Semanal • Mensual • Semestral • Anual <ul style="list-style-type: none"> • 10 min • 20 min • 30 min • 40 min o más. 	<p>Entrevista</p> <p>Encuesta</p>
<p>Sexo</p>	<p>Distinción entre género masculino y femenino.</p>	<p>✓ Bilógico.</p>	<p>- Características definitorias de las personas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino 	<p>Entrevista</p> <p>Encuesta</p>

<p>Edad</p>	<p>Es el periodo comprendido desde el nacimiento de una persona hasta el momento actual.</p>	<p>✓ Número de años.</p>	<p>- Años y meses cumplidos de la persona hasta el momento de la entrevista.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 65-70 • 71-77 • 78-84 • 85-91 • 92 o más 	<p>Entrevista Encuesta</p>
<p>Instrucción Educativa</p>	<p>Conjunto de conocimientos adquiridos por una persona y que les permite ir elevando su nivel de educación</p>	<p>✓ Educativa.</p>	<p>- Nivel de instrucción.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Primaria • Secundaria • Superior • Ninguno 	<p>Entrevista Encuesta</p>

<p>Adulto mayor</p>	<p>Según el criterio de la OMS, se define como adulto mayor o anciano, a toda persona mayor de 60 años.</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Tercera edad - Cuarta edad - Longevos - Centenarios 	<ul style="list-style-type: none"> • 60 a 74 años • 75 a 89 años • 90 a 99 años • 100 años 	<p>Entrevista</p> <p>Encuesta</p>
----------------------------	---	--	--	--	-----------------------------------

10.6 PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS

El procedimiento y el análisis de datos se realizaron mediante los siguientes pasos:

1. Se realizó la limpieza de la información
2. Se procedió a la codificación de las respuestas.
3. Identificación socio demográficamente a los usuarios adultos mayores.
4. Tabulación de datos: utilizando el programa Excel 2018, en basa a las variables estudiadas.
5. Se realizó las tabulaciones, en donde se relacionarán las diferentes respuestas.
6. Se presentarán gráficamente las tabulaciones.
7. Se analizó los datos obtenidos, para la socialización de los resultados al equipo de sanitario del Centro de Salud N° 1 de Azogues.
8. Con ese insumo se procederá a analizar los resultados y a interpretarlos, teniendo en cuenta el Marco teórico.

CAPÍTULO V

11. RESULTADOS

Presentación e interpretación de resultados

La presentación y la interpretación de los resultados se realizaron con el propósito de lograr los objetivos planteados, en base a la información de los datos obtenidos mediante la encuesta que se aplicó a los pacientes adultos mayores.

Para el análisis de los datos, la información fue ingresada, utilizando el programa estadístico Excel 2018, para determinar el Nivel de Satisfacción sobre visitas domiciliarias en el Cantón Azogues, los resultados de los análisis están representados en tablas y gráficos, detallados a continuación.

TABLA 1

EDAD DE LOS ADULTOS MAYORES QUE RECIBEN VISITAS DOMICILIARIAS EN EL CANTÓN AZOGUES.

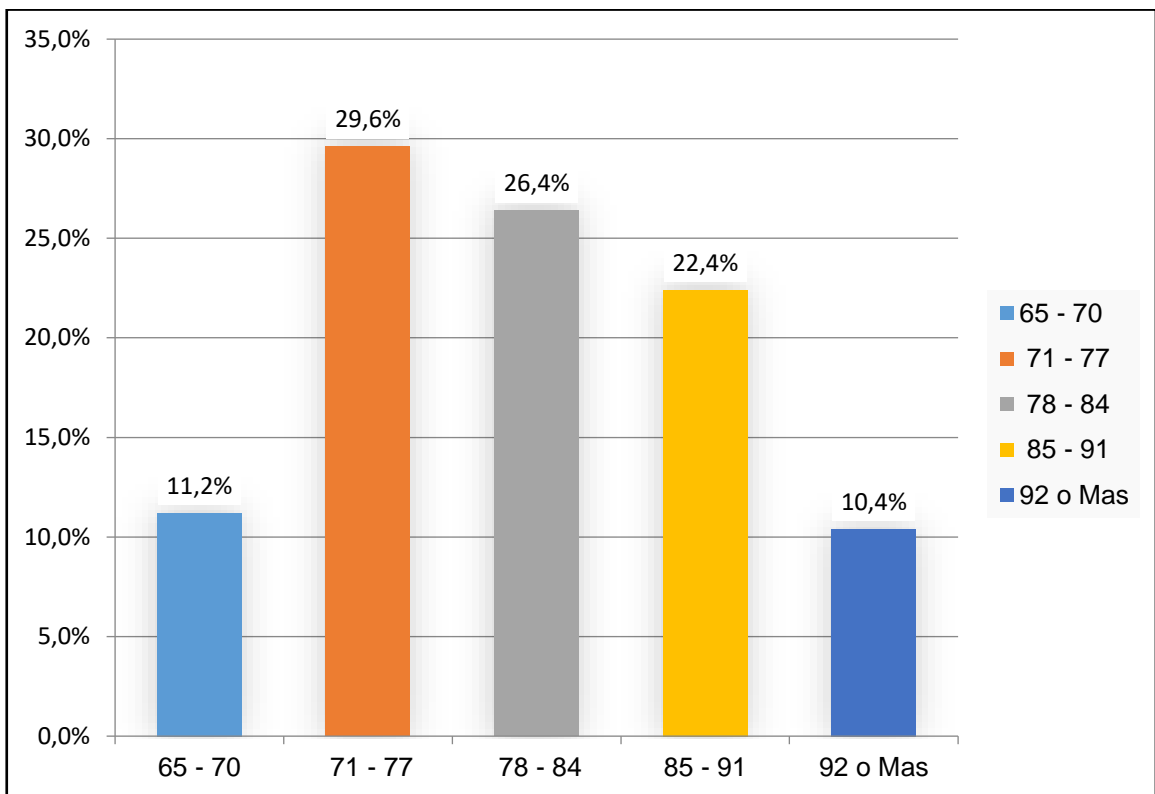
EDAD	CANTIDAD	PORCENTAJE
65 – 70	14	11.2%
71 -77	37	29.6%
78 - 84	33	26.4%
85 - 91	28	22.4%
92 O más	13	10.4 %
TOTAL	125	100.0%

Fuente: Instrumento aplicado a adultos mayores que reciben Vistas Domiciliaria.

Elaborado por: Las Autoras.

GRÁFICO 1

EDAD DE LOS ADULTOS MAYORES QUE RECIBEN VISITAS DOMICILIARIAS EN EL CANTÓN AZOGUES.



Fuente: Instrumento aplicado a adultos mayores que reciben Vistas Domiciliaria.
Elaborado por: Las Autoras.

En la encuesta realizada se consideró 5 grupos con intervalos de 6 años, según la tabla y gráfico se observa que el 29,6% corresponde adultos mayores en edades entre 71 y 77 años de edad, mientras que el 10.4% de adultos mayores están en el rango de 92 años y más. Comprobando lo mencionado por la OMS que la atención debe ser prioritaria a adultos mayores considerados como grupo de riesgo.

TABLA 2

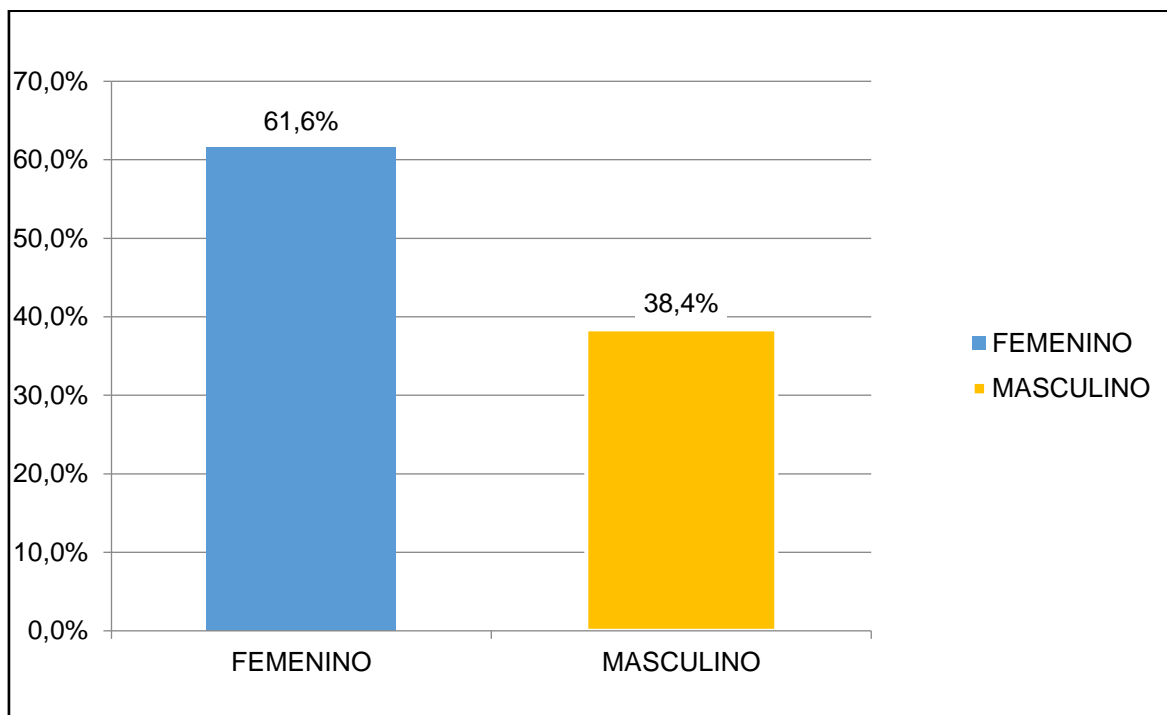
GÉNERO DE LOS ADULTOS MAYORES QUE RECIBEN VISITAS DOMICILIARIAS EN EL CANTÓN AZOGUES.

GÉNERO	CANTIDAD	PORCENTAJE
FEMENINO	77	61,6%
MASCULINO	48	38,4%
TOTAL	125	100,0%

Fuente: Instrumento aplicado a adultos mayores que reciben Vistas Domiciliaria.
Elaborado por: Las Autoras.

GRÁFICO 2

GÉNERO DE LOS ADULTOS MAYORES QUE RECIBEN VISITAS DOMICILIARIAS EN EL CANTÓN AZOGUES.



Fuente: Instrumento aplicado a adultos mayores que reciben Vistas Domiciliaria.
Elaborado por: Las Autoras.

En cuanto a la población adulta mayor, el Cantón Azogues se identifica que existe un mayor número de mujeres con un 62%, en relación a la población masculina

que representa un 38%, que reciben visitas domiciliarias, ello significa que se debe priorizar la atención al género femenino.

TABLA 3

NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES QUE RECIBEN VISITAS DOMICILIARIAS EN EL CANTÓN AZOGUES.

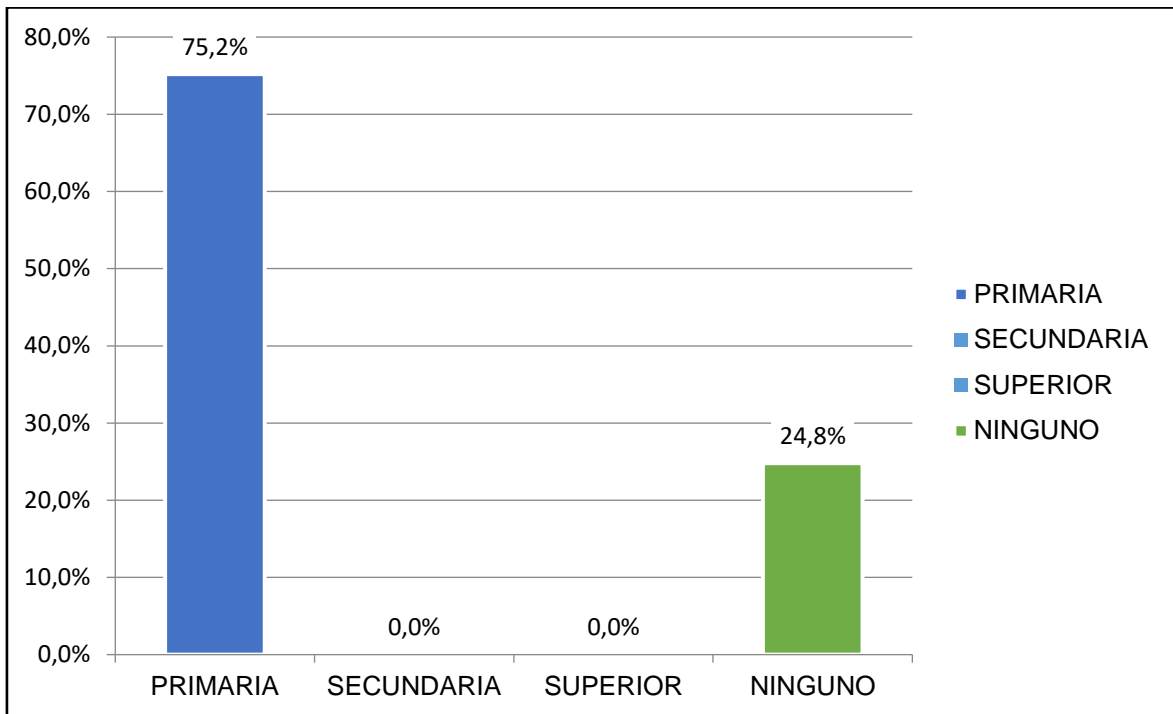
INSTRUCCIÓN	CANTIDAD	PORCENTAJE
PRIMARIA	94	75,2%
SECUNDARIA	0	0,0%
SUPERIOR	0	0,0%
NINGUNO	31	24,8%
TOTAL	125	100,0%

Fuente: Instrumento aplicado a adultos mayores que reciben Vistas Domiciliaria.

Elaborado por: Las Autoras.

GRÁFICO 3

NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES QUE RECIBEN VISITAS DOMICILIARIAS EN EL CANTÓN AZOGUES.



Fuente: Instrumento aplicado a adultos mayores que reciben Vistas Domiciliaria.
Elaborado por: Las Autoras.

El nivel de instrucción de una persona hace relación al nivel de estudios alcanzados de una persona, repercute en forma directa en la manera de asimilar y comprender las causas y consecuencias de su patología así como la importancia de su tratamiento. De los 125 adultos mayores encuestados el 75,2% respondió que su nivel de instrucción es la primaria, mientras que el 24,8% refiere no tener escolaridad, sin ser este un factor limitante para que puedan entender a cerca de los cuidados y tratamientos que requiere la patología que sufre.

TABLA 4

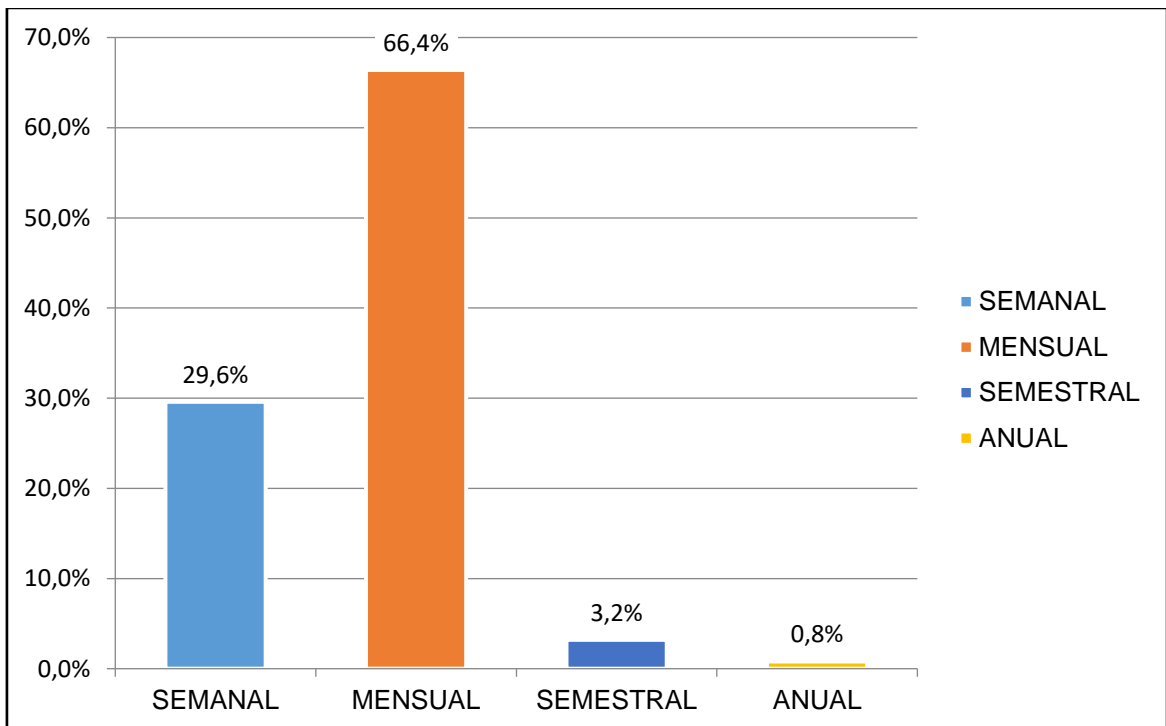
FRECUENCIA DE LAS VISITAS DOMICILIARIAS QUE RECIBEN LOS ADULTOS MAYORES EN EL CANTÓN AZOGUES.

FRECUENCIA DE LAS VISITAS	CANTIDAD	PORCENTAJE
SEMANTAL	37	29,6%
MENSUAL	83	66,4%
SEMESTRAL	4	3,2%
ANUAL	1	0,8%
TOTAL	125	100,0%

Fuente: Instrumento aplicado a adultos mayores que reciben Vistas Domiciliaria.
Elaborado por: Las Autoras.

GRÁFICO 4

FRECUENCIA DE LAS VISITAS DOMICILIARIAS QUE RECIBEN LOS ADULTOS MAYORES EN EL CANTÓN AZOGUES.



Fuente: Instrumento aplicado a adultos mayores que reciben Vistas Domiciliaria.
Elaborado por: Las Autoras.

Por lo general las visitas domiciliarias en el caso de pacientes adultos mayores que reciben medicamentos por patologías crónicas la visita debe ser mensual o cuando el paciente lo requiera en el estadio realizado el 66,4% refiere que las visitas domiciliarias se les realiza mensualmente, el 0.8% relatan recibir una vez al año, ya que lo expuesto se justifica debido a la ubicación geográfica de los adultos mayores, así también falta de personal para realizar las visitas en el domicilio.

TABLA 5

DURACIÓN DE LAS VISITAS DOMICILIARIAS QUE RECIBEN LOS ADULTOS MAYORES EN EL CANTÓN AZOGUES.

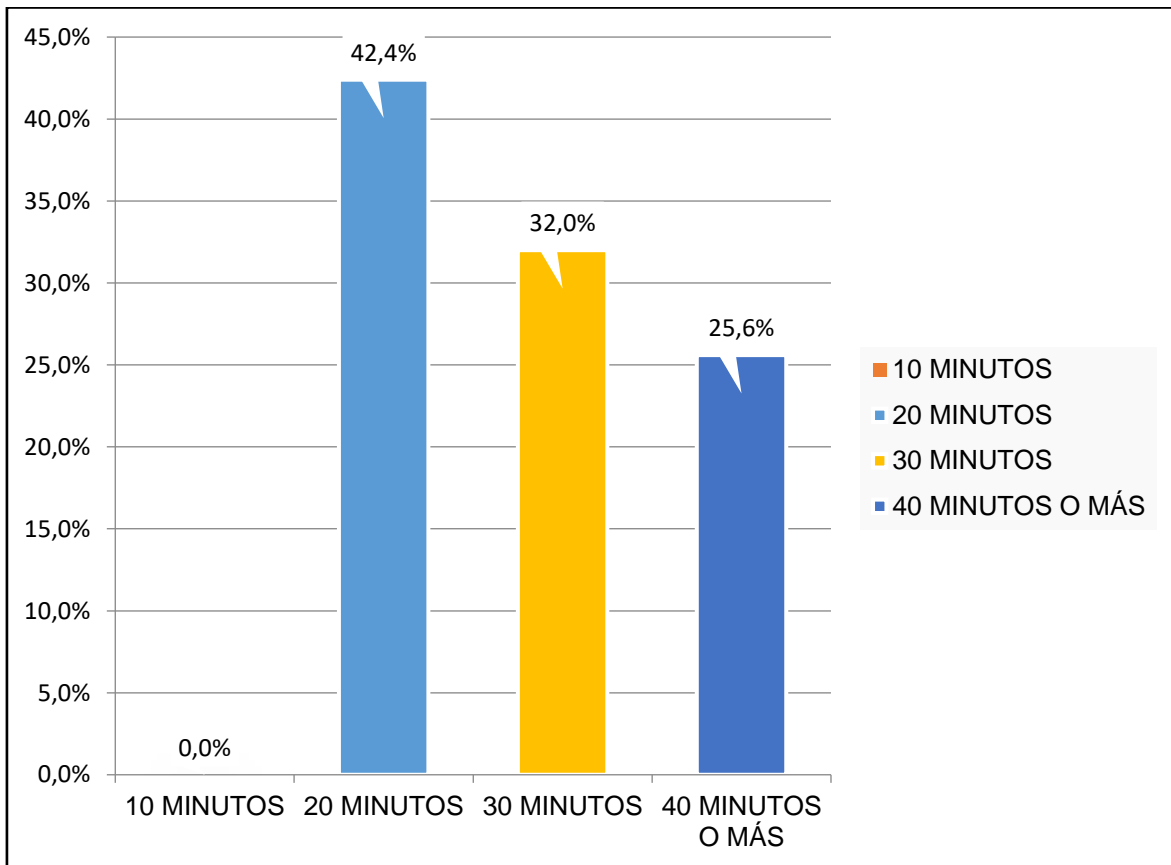
DURACIÓN DE LAS VISITAS	CANTIDAD	PORCENTAJE
10 MINUTOS	0	0,0%
20 MINUTOS	53	42,4%
30 MINUTOS	40	32,0%
40 MINUTOS O MÁS	32	25,6%
TOTAL	125	100,0%

Fuente: Instrumento aplicado a adultos mayores que reciben Vistas Domiciliaria.

Elaborado por: Las Autoras.

GRÁFICO 5

DURACIÓN DE LAS VISITAS DOMICILIARIAS QUE RECIBEN LOS ADULTOS MAYORES EN EL CANTÓN AZOGUES.



Fuente: Instrumento aplicado a adultos mayores que reciben Vistas Domiciliaria.

Elaborado por: Las Autoras.

Según el MAIS la duración de una visita domiciliaria debe ser de entre 30-40 minutos, se realizará una valoración completa del paciente, en los pacientes adultos mayores encuestados el 42% de ellos dicen que su duración es de apenas 20 minutos; un porcentaje importante 25% responde que su visita domiciliaria dura más de 40 minutos, sin embargo la mayoría de paciente afirma que su visita dura menos de lo que exige la normativa del MAIS.

TABLA 6

AMABILIDAD DEL EQUIPO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DURANTE LA VISITA DOMICILIARIA.

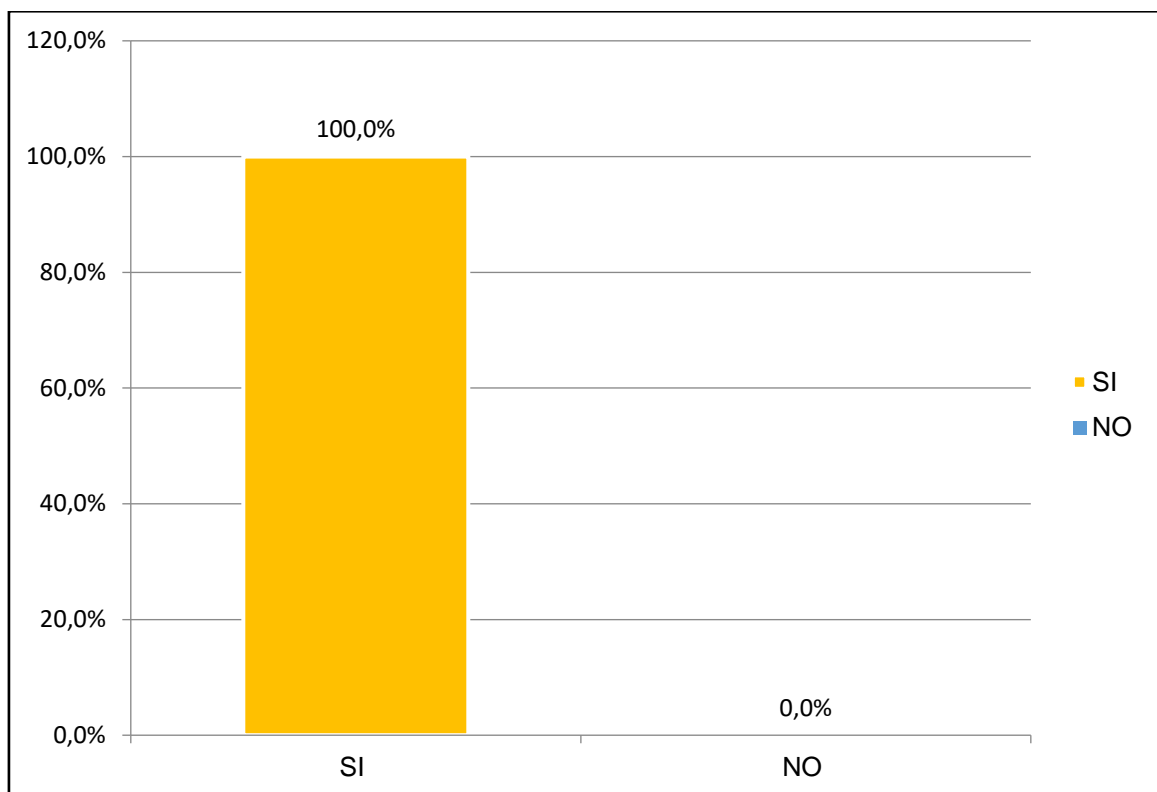
EL PROFESIONAL LE SALUDA CORDIALMENTE	CANTIDAD	PORCENTAJE
SI	125	100,0%
NO	0	0,0%
TOTAL	125	100,0%

Fuente: Instrumento aplicado a adultos mayores que reciben Vistas Domiciliaria.

Elaborado por: Las Autoras.

GRÁFICO 6

AMABILIDAD DEL EQUIPO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DURANTE LA VISITA DOMICILIARIA.



Fuente: Instrumento aplicado a adultos mayores que reciben Vistas Domiciliaria.

Elaborado por: Las Autoras.

La calidez de un servicio es un indicador muy importante para medir la satisfacción del usuario sobre todo en aquellos que reciben atención de salud. Se preguntó en la encuesta sobre la cordialidad del EAIS con los pacientes visitados a lo que ellos responden que: el 100% coincide que reciben un trato cordial y amable por parte de los miembros del AIES.

TABLA 7

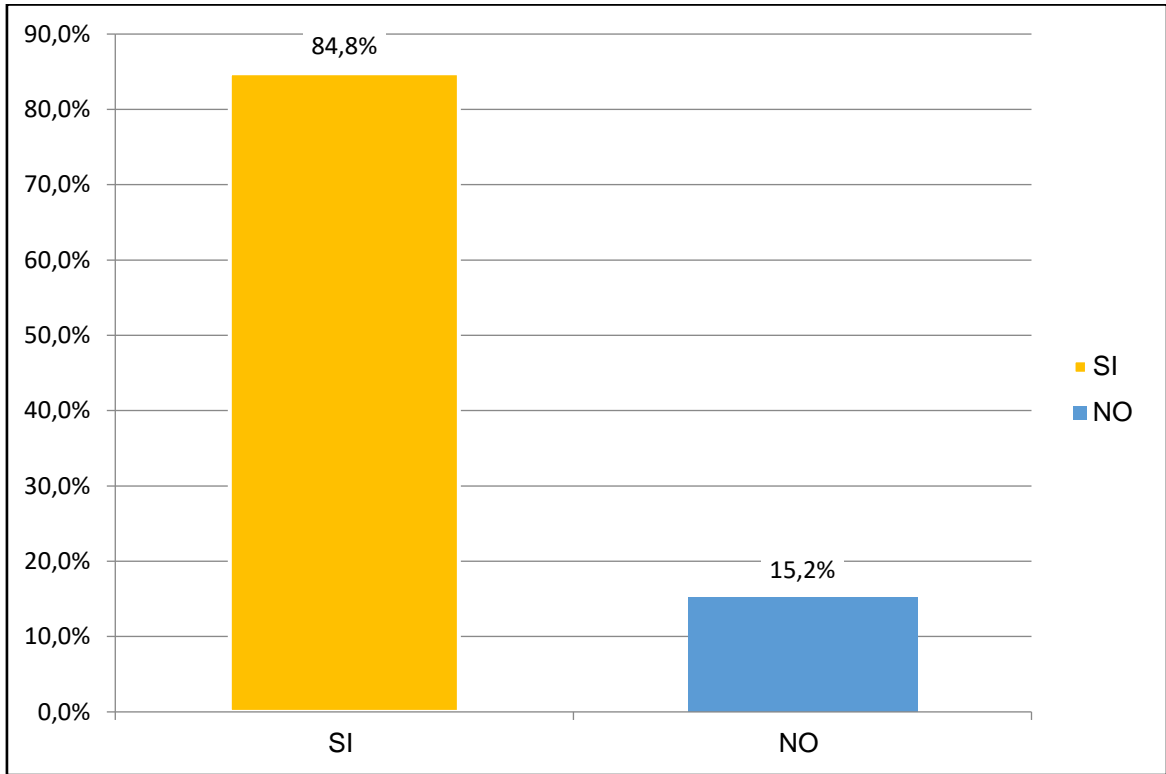
EL EQUIPO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD LO EXAMINÓ O VALORÓ DURANTE LA VISITA DOMICILIARIA.

LO EXAMINÓ	CANTIDAD	PORCENTAJE
SI	106	84,8%
NO	19	15,2%
TOTAL	125	100,0%

Fuente: Instrumento aplicado a adultos mayores que reciben Vistas Domiciliaria.
Elaborado por: Las Autoras.

GRÁFICO 7

EL EQUIPO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD LO EXAMINÓ O VALORÓ DURANTE LA VISITA DOMICILIARIA.



Fuente: Instrumento aplicado a adultos mayores que reciben Vistas Domiciliaria.

Elaborado por: Las Autoras.

La visita domiciliaria tiene como uno de sus objetivos la valoración integral del paciente ello incluye el examen físico y anamnesis. En la encuestas realizadas a los pacientes adultos mayores; el 84,8% expone ser examinados durante la visita domiciliaria, mientras que un porcentaje menor, el 15,2% manifiestan no ser examinado, a pesar de que se trata de un porcentaje pequeño es importante recalcar que las vistas domiciliarias tienen un fin que es la atención integral del paciente.

TABLA 8

EL EQUIPO DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD EXPLICA EL TRATAMIENTO DE SU ENFERMEDAD.

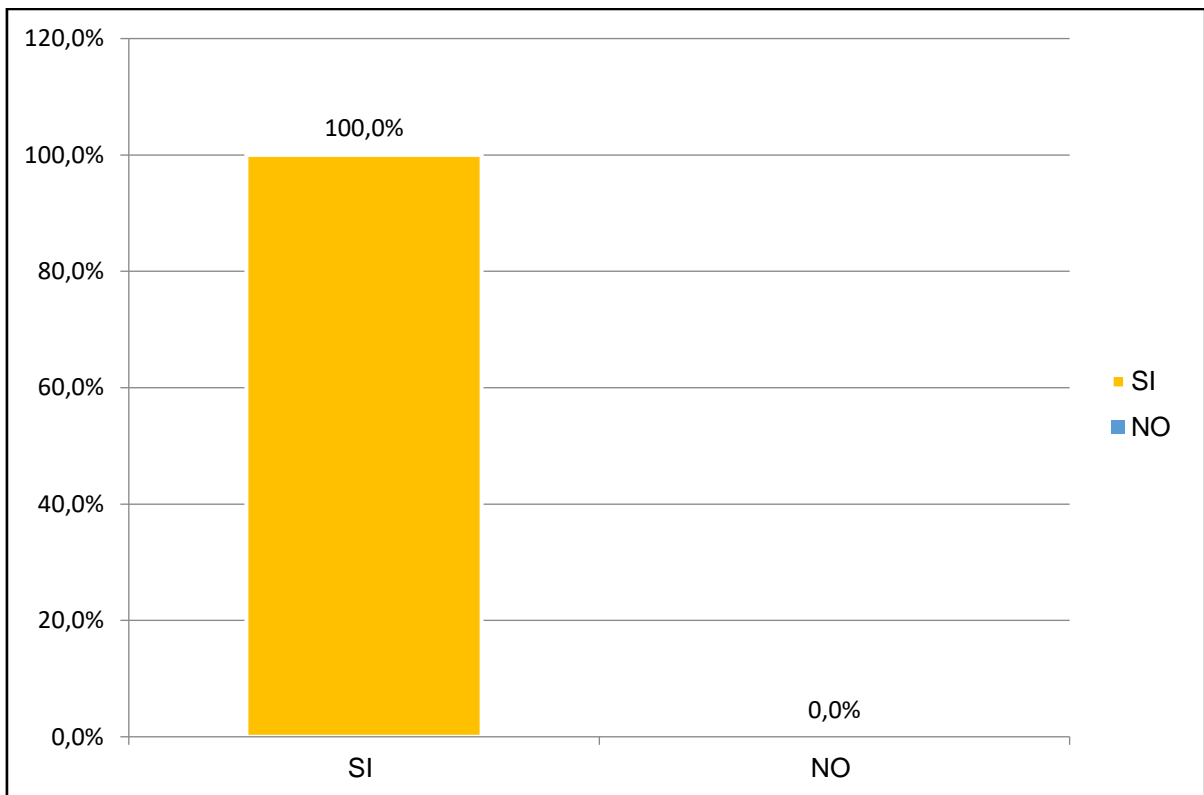
EXPLICÓ EL TRATAMIENTO	CANTIDAD	PORCENTAJE
SI	125	100,0%
NO	0	0,0%
TOTAL	125	100,0%

Fuente: Instrumento aplicado a adultos mayores que reciben Vistas Domiciliaria.

Elaborado por: Las Autoras.

GRÁFICO 8

EL EQUIPO DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD EXPLICA EL TRATAMIENTO DE SU ENFERMEDAD.



Fuente: Instrumento aplicado a adultos mayores que reciben Vistas Domiciliaria.

Elaborado por: Las Autoras.

Es indispensable que el personal de salud eduque al paciente sobre los procedimientos que se van a realizar en el paciente, ello evitará errores y

complicaciones en los tratamientos que reciba el paciente en el hogar. En la encuesta realizada se demuestra que el 100% de encuestados manifiestan que el EAIS si explica correctamente el tratamiento, esto significa que el personal de salud está capacitado para brindar información sobre los procedimientos y tratamientos que recibe el paciente.

TABLA 9

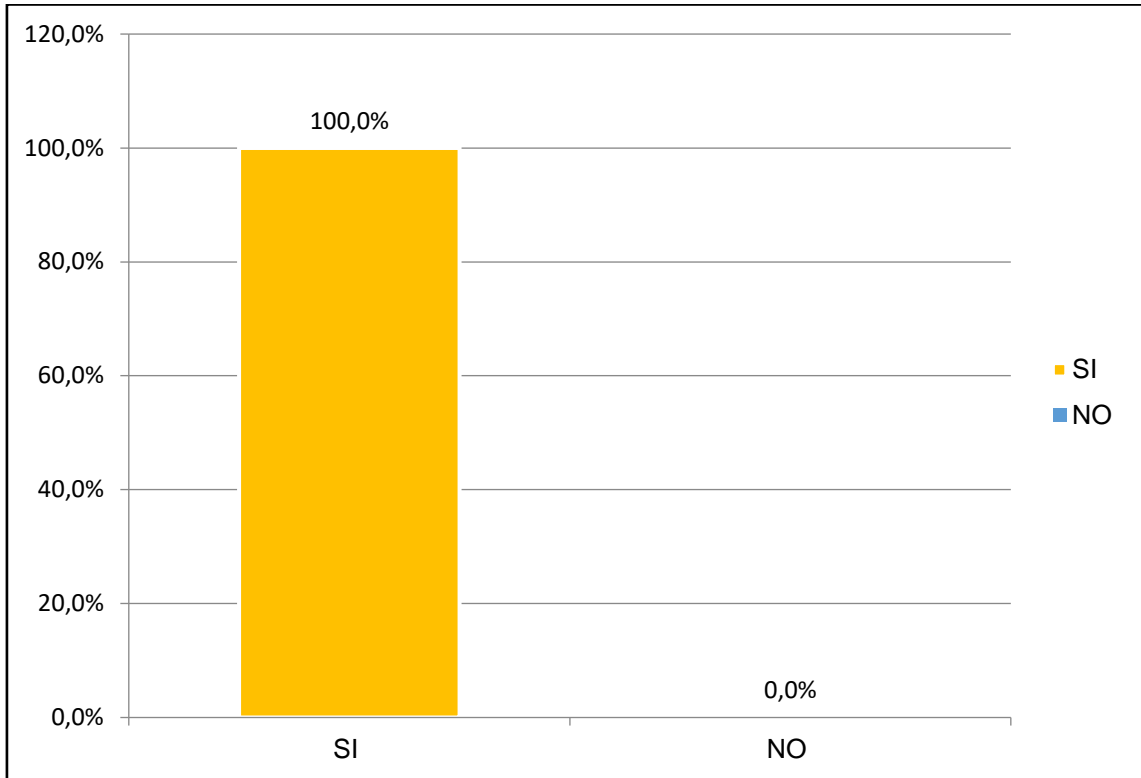
EL EQUIPO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD LE INFORMÓ SOBRE LOS CUIDADOS QUE DEBE SEGUIR.

LE INFORMÓ SOBRE EL CUIDADO	CANTIDAD	PORCENTAJE
SI	125	100,0%
NO	0	0,0%
TOTAL	125	100,0%

Fuente: Instrumento aplicado a adultos mayores que reciben Vistas Domiciliaria.
Elaborado por: Las Autoras.

GRÁFICO 9

EL EQUIPO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD LE INFORMÓ SOBRE LOS CUIDADOS QUE DEBE SEGUIR.



Fuente: Instrumento aplicado a adultos mayores que reciben Vistas Domiciliaria.

Elaborado por: Las Autoras.

El uso de medicamentos en el tratamiento de los pacientes adultos mayores con patologías crónicas requiere de cuidados especiales, considerando los efectos secundarios de ciertos medicamentos, ello requiere que el personal de salud eduque de manera eficiente al paciente. Del total de pacientes encuestados el 100% recibe información acerca de los cuidados que debe tener en cuenta con respecto a su tratamiento.

TABLA 10

EL EQUIPO DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD ESCUCHA SUS INQUIETUDES.

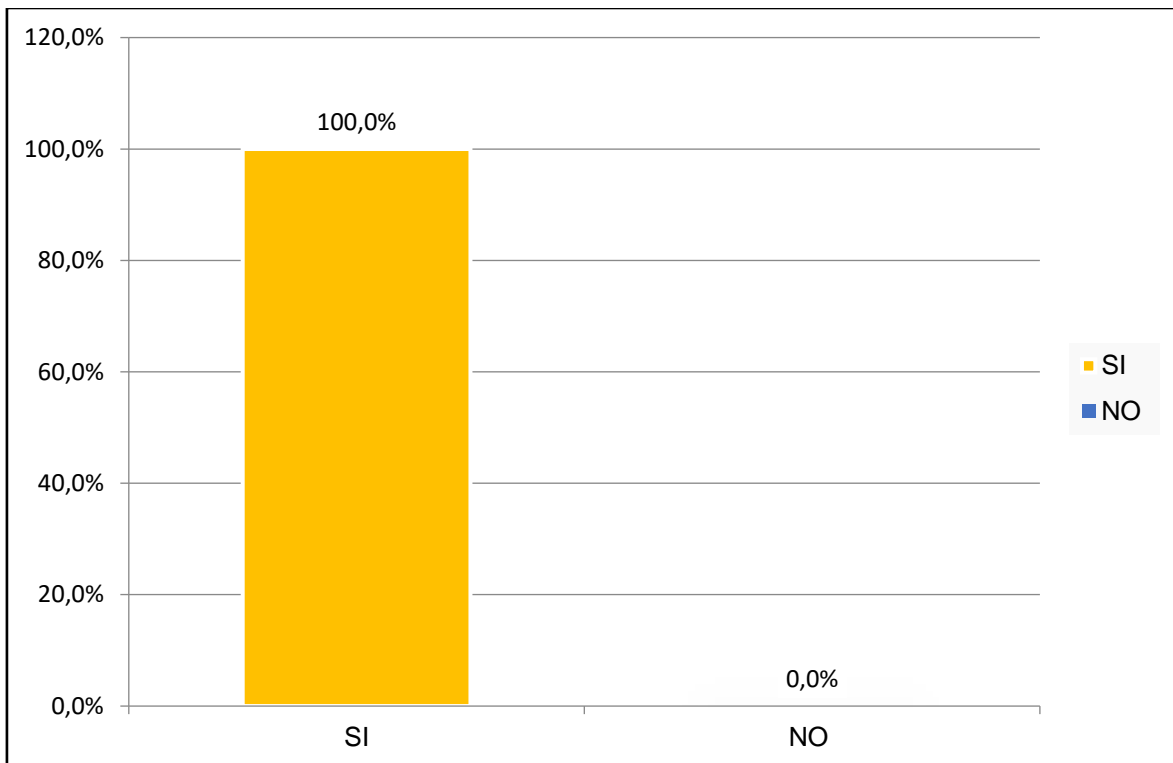
ESCUCHA SUS INQUIETUDES	CANTIDAD	PORCENTAJE
SI	125	100,0%
NO	0	0,0%
TOTAL	125	100,0%

Fuente: Instrumento aplicado a adultos mayores que reciben Vistas Domiciliaria.

Elaborado por: Las Autoras.

GRÁFICO 10

EL EQUIPO DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD ESCUCHA SUS INQUIETUDES.



Fuente: Instrumento aplicado a adultos mayores que reciben Vistas Domiciliaria.

Elaborado por: Las Autoras.

Las inquietudes y dudas de los pacientes a cerca de sus tratamientos son muy variados y frecuentes, sobre todo cuando se trata de adultos mayores, es

imperativo que los EAIS solventen todas sus inquietudes. De los 125 pacientes encuestados, el 100% responde que el personal de salud es atento con ellos, les escucha sus preocupaciones, temores y toman en cuenta su opinión.

TABLA 11

COMO CONSIDERA LA ATENCIÓN BRINDADA POR EL EQUIPO DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD DURANTE LAS VISITAS DOMICILIARIAS.

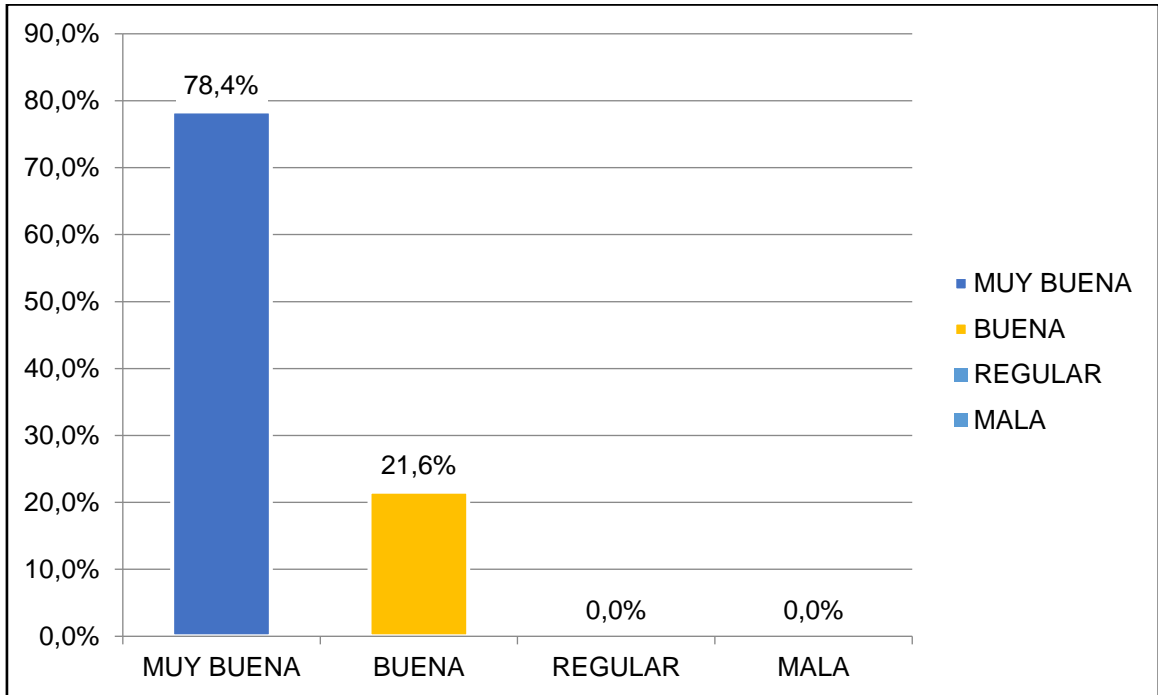
LA ATENCIÓN BRINDADA FUE	CANTIDAD	PORCENTAJE
MUY BUENA	98	78,4%
BUENA	27	21,6%
REGULAR	0	0,0%
MALA	0	0,0%
TOTAL	125	100,0%

Fuente: Instrumento aplicado a adultos mayores que reciben Vistas Domiciliaria.

Elaborado por: Las Autoras.

GRÁFICO 11

COMO CONSIDERA LA ATENCIÓN BRINDADA POR EL EQUIPO DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD DURANTE LAS VISITAS DOMICILIARIAS.



Fuente: Instrumento aplicado a adultos mayores que reciben Vistas Domiciliaria.

Elaborado por: Las Autoras.

La satisfacción del usuario está relacionada directamente con la calidad de la atención que recibe el paciente. De los 125 pacientes encuestados 98 que corresponde al 78,4 % califican a la atención recibida como muy buena, el 21,6% buena, esto indica que los adultos mayores se encuentran satisfechos con la atención del personal de salud.

TABLA 12

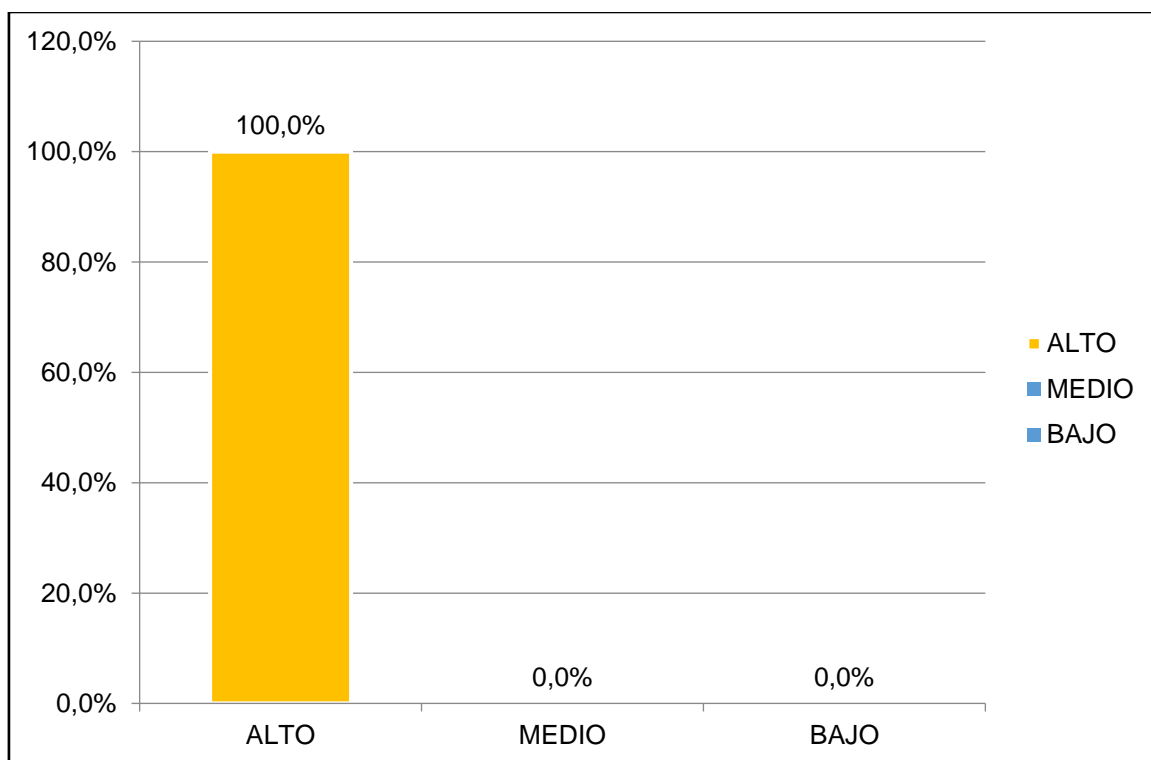
NIVEL DE SATISFACCIÓN CON LA ATENCIÓN SANITARIA DURANTE LAS VISITAS DOMICILIARIAS.

LA SATISFACCIÓN CON LA ATENCIÓN FUE	CANTIDAD	PORCENTAJE
ALTO	125	100,0%
MEDIO	0	0,0%
BAJO	0	0,0%
TOTAL	125	100,0%

Fuente: Instrumento aplicado a adultos mayores que reciben Vistas Domiciliaria.
Elaborado por: Las Autoras.

GRÁFICO 12

NIVEL DE SATISFACCIÓN CON LA ATENCIÓN SANITARIA DURANTE LAS VISITAS DOMICILIARIAS.



Fuente: Instrumento aplicado a adultos mayores que reciben Vistas Domiciliaria.
Elaborado por: Las Autoras.

En la tabla y gráfico anterior se evidencia que el 100% de usuarios adultos mayores se encuentra con un nivel alto de satisfacción ante la atención del personal de salud en las visitas domiciliarias como una actividad extramural.

CAPÍTULO VI

12. DISCUSIÓN

El nivel de satisfacción del adulto mayor frente a las Visitas Domiciliarias, está relacionado con el cuidado que el equipo de salud brinda en relación a satisfacer sus necesidades biológicas básicas, sus necesidades psicológicas como la comunicación activa con el equipo de salud. En este marco se ha realizado la investigación sobre el nivel de satisfacción sobre visitas domiciliarias en las parroquias urbanas del Cantón Azogues, Septiembre 2017 – Enero 2018.

En el estudio realizado se encontró que los objetivos de los programas de salud implementados para el adulto mayor como la visita domiciliaria son de alta efectividad, mejorando la situación de salud percibida por el usuario. El resultado de la investigación nos demuestra que los adultos mayores en su mayoría son beneficiados con la atención, por diversos factores limitantes como la distancia, dependencia y las características biológicas propias de la edad, ellos no pueden acudir a la casa de salud, no así el personal sanitario que comprende el Centro de Salud N° 1 de Azogues hace un trabajo extenuante y de calidad a este grupo poblacional.

Entre las características sociodemográficas se encontró que la edad promedio de los adultos mayores que reciben visitas domiciliarias es 71 a 77 años representado un porcentaje del 29,6%, seguido del 26,4% con la edad 78 a 84 años. Así mismo el género con mayor demanda de visitas es el femenino con un 61,6% el masculino representa el 38,4 %. El nivel de instrucción de los adultos mayores que reciben visitas domiciliarias en el Cantón Azogues es el 75,2% cursaron la primaria mientras que el 24,8% no han cursado ningún tipo de instrucción escolar, no siendo un factor limitante para el entendimiento de los adultos mayores sobre la educación que les brindan los EAIS, sobre su salud.

Rivera C. (2014) en su estudio realizado sobre visitas domiciliarias a los adultos mayores del Cebollar para mejorar su calidad de vida: en las características sociodemográficas demuestra que el 56.2% representan al género masculino; 43.8% al femenino, expresando que hay más adultos mayores hombres que mujeres. Referente a la edad 27.0% se encuentran adultos mayores entre 75-79 años siendo el mayor número de adultos mayores, seguido con el grupo de 65-69 años con el 19%. En el nivel de instrucción, muestra que el 65% de adultos mayores no tienen ningún nivel de instrucción, seguido con el 34% que alcanza un nivel de instrucción primario.

Con respecto a la frecuencia que se realiza la atención un 66,4% recibe una vez por mes seguido del 29,6% una vez por semana, esto de acuerdo a la prioridades la enfermedad y a la demanda de pacientes, estas con una duración aproximadamente de 30- 40 minutos que estipula el MAIS, se puede evidenciar que el 32% las visitas domiciliarias tienen una duración de 30 minutos, seguido del 26 % que es de 40 minutos. Demostrando así también que el 100% de los adultos mayores manifiesta que el personal de salud saluda cordialmente, escucha las opiniones, temores y preocupaciones de parte de los adultos mayores, con lo que ellos se sienten en confianza y eso ayuda para el cumplimiento del tratamiento y cuidados.

Saldaña Ch. Sanango P. (2014) en su estudio realizado sobre el nivel de satisfacción de los pacientes que acuden al subcentro de salud de Cojitambo, nos demuestra que el tiempo de espera para ser atendidos se evidencia un porcentaje de un 36,6% como cifra más alta de personas que son atendidas por el equipo de salud en cuanto al tiempo de espera refieren ser bueno mientras tanto que el 1,8% de los usuarios refieren que debería existir mayor agilidad en la atención del personal de enfermería del centro de salud Cojitambo; según la amabilidad del personal de enfermería el 66.0% afirman que son atendidos respetuosamente y con amabilidad, mientras el 2.9% consideran no estar de acuerdo con la atención brindada, debiendo mejorar su cortesía durante el trato; según la información que brindan el 54.5% de la información recibida es muy buena, mientras el 0.3% nos indica que la información es insuficiente. Sobre el interés del personal de

enfermería para solucionar sus problemas, el 57.4% escucha sus problemas y necesidades, mientras que el 0.3% aseguran no ser escuchados. Según si ha recibido suficiente información sobre su salud el 67.8% indican haber recibido información, que el 32.2% que la información no fue proporcionada en ningún momento

En el presente estudio se evidencia que el 84,8% manifiestan ser examinados durante la atención sanitaria y un 15,2% no son examinados, lo que nos indica que el personal de salud debe preparar la visita, siendo fundamental el equipo o material con todos los implementos de trabajo.

Saldaña Ch. Sanango P. (2014) referente a la disposición del personal de enfermería el 58.4% que brindan un tiempo suficiente para cubrir sus necesidades, el 0.3% dicen que no existe disposición para acudir a su petición.

El 100% de encuestados manifiestan que el EAIS explica el tratamiento, indicando que el personal de salud está capacitado para brindar una atención de calidad, mediante los cuidados y la explicación del tratamiento a seguir en su hogar. El 78,4 % califican a la atención recibida como muy buena y el 21,6% buena, lo que nos indica que los adultos mayores se encuentran satisfechos con la atención del personal de salud.

Durante las visitas domiciliarias que realiza el EAIS podemos afirmar que la satisfacción sobre las visitas domiciliarias es alta según los adultos mayores encuestados dándonos resultados del 100%, referente a la investigación no existe estudios similares en la provincia; por lo tanto, se realizó una comparación con la atención intramural por parte de profesionales del Centro de Salud de Cojitambo, según el nivel de satisfacción el 9,1% de los usuarios manifiestan sentirse conformes con la atención brindada, el 66,5% de los usuarios establecen que la atención es satisfactoria, el 21,8% de los usuarios se muestra; poco satisfechos y el 2,6% de los usuarios refieren sentirse nada satisfechos con la atención recibida.

CAPÍTULO VII

13. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y BIBLIOGRAFÍA

13.1 CONCLUSIONES

Las conclusiones a las que se ha llegado después de analizar detenidamente los resultados obtenidos del análisis y la interpretación de la presente investigación son las siguientes:

La mayoría de los adultos mayores que reciben Atención Domiciliaria del Centro de Salud N° 1 Azogues, tienen una percepción favorable sobre la atención, lo que estaría evidenciando que el profesional de enfermería al proporcionar los cuidados al paciente lo realiza en forma integral, holístico, prioriza problemas para brindar atención con calidad y calidez al adulto mayor vulnerable.

En relación a los indicadores de comunicación que brindan los EAIS, es alto, escucha atentamente, toma las opiniones del usuario le deja expresar libremente sus necesidades o sentimientos.

En los cuidados para resguardar la salud del usuario, se caracteriza como un nivel de satisfacción alto, debido a que el personal proporciona educación al paciente y familia respecto a los cuidados domiciliarios en relación a su patología.

13.2 RECOMENDACIONES

Las recomendaciones que se derivan de la presente investigación son:

- ✓ Realizar capacitación al personal del centro de Salud en cuanto al trato humanizado, calidad y calidez en la atención al adulto mayor, con el fin de mantener o incrementar el nivel de satisfacción del usuario.
- ✓ Promocionar los programas y políticas del adulto mayor para mejorar la atención en las dimensiones biológicas, psicológicas y culturales.
- ✓ Promover los cuidados del adulto mayor, mejorando las tendencias de atención en el adulto mayor.
- ✓ Se recomienda reevaluar constantemente el cuidado brindado, y tratar que sea holístico. El cuidado de los pacientes es la esencia de la profesión de enfermería, el cual es una actividad que requiere de un valor personal y profesional encaminado a la conservación, restablecimiento y autocuidado de la vida que se fundamenta en la relación terapéutica enfermera-paciente. Asistir a todo ser humano llama a un compromiso científico, filosófico y moral, hacia la protección de su dignidad y la conservación de su vida

13.3 BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Panamericana de la Salud. Enfermería y seguridad de los pacientes. New York: Washington D.C.; 2011. 140-149 p.
2. Grupo de investigación de actividad Física y Desarrollo Humano. Vejez y Envejecimiento [Internet]. Universidad del Rosario, Bogotá; 2012. Disponible en: http://www.urosario.edu.co/urosario_files/dd/dd857fc5-5a01-4355-b07a-e2f0720b216b.pdf
3. Manual Atención Integral [Internet]. [Citado 16 de Enero de 2018]. Disponible en:
http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf
4. Equipo Técnico de Análisis del Censo de Población y Vivienda. Fascículo Provincial del Cañar [Internet]. Ecuador: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos; 2010. Disponible en: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Manu-lateral/Resultados-provinciales/canar.pdf>
5. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Ficha de Cifras Generales [Internet]. Ecuador: INEC; 2010. Disponible en: http://app.sni.gob.ec/sni-link/sni/Portal%20SNI%202014/FICHAS%20F/0301_AZOGUES_CA%C3%91AR.pdf
6. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Censos Estadística y Resultados [Internet]. [Citado 1 de Marzo de 2018]. Disponible en: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/resultados/>
7. Ministerio de Slud Pública. Modelo de Atención Integral de Salud. 2012. [Internet]. [Citado 16 de enero de 2018]. Disponible en: http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf

8. Cuba S, Ángel M. Atención Integral a Domicilio. Rev Médica Paz. 2012;18(2):52-8.
9. Zurro A, Jodar G. Atención Familiar y Salud Comunitaria. España: Elsevier; 2011.
10. Roca M, Caja C. Enfermería Comunitaria. Instituto Monsa de Ediciones; 2007.
11. Cañarejo E, Pabón F. Calidad de atención que presta el personal de enfermería del Subcentro de Salud San Pablo y su relación con el nivel de satisfacción del usuario, durante el periodo 2011-2012 [internet]. [Ibarra]: Universidad Técnica del Norte; 2013. Disponible en: <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/2270/1/06%20ENF%20529%20TESIS%20COMPLETA.pdf>
12. Ministro de Salud, Dirección de Calidad en Salud. Satisfacción del Usuario Externo [Internet]. MINSA; 2009. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/dgsp/observatorio/documentos/teleconferencia/Satisfacci%C3%B3n%20del%20Usuario%20Externo.pdf>
13. Ranajit Ch. Measuring Consumer Satisfaction in Health care Sector: The Applicability of Servqual. Aesearchers Word. 4 de octubre de 2011; Vol. II:149-52.
14. Cruz O, Fragoso M, González I, Sierra D, Labrada J. La relación médico paciente en la actualidad y el valor del método clínico. Medisur [Internet]. 2010; Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1800/180020098021.pdf>
15. Jara A. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, Dirección General de la Familia y la Comunidad aj. Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores [Internet]. Jr. Camaná 616; 2017. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2011/saludfamiliar/archivos/DOCUMENTOS/PLAN_AM_2013-2017.pdf

16. Hulka B, Zyzanski S , Cassel J , Thompson S . Escala para medir las actitudes hacia los médicos y la atención médica primaria. [Internet]. 1970. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4920640>
17. Urrutia N, Villarraga C. Una Vejez Emocionalmente Inteligente: Retos y Desafíos [Internet]. Eumed.net; 2010. Disponible en: <http://www.eumed.net/rev/cccsc/07/uavg.htm>
18. Campos F, León D, Rojas M. Calidad de Vida en la Vejez. [Internet]. Salesianos; 2011. Disponible en: http://adultomayor.uc.cl/docs/guia_calidad_de_vida.pdf
19. Delgado V, Pinguil N, Pulla N, Urgilés M. Módulo Educativo para la Promoción de Salud del Adulto Mayor [Internet]. Disponible en: <http://dspace.cedia.org.ec/bitstream/123456789/697/1/adulto%20mayor.pdf>
20. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Instituto Nacional de Estadística y Resultados [Internet]. [Citado 16 de Enero de 2018]. Disponible en: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/resultados/>
21. Ministerio de Salud Pública. Datos esenciales de salud: Una mirada a la década 2000-2010. [Internet]. Ecuador; 2012. Disponible en: <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/05/Datos-esenciales-de-salud-2000-2010.pdf>
22. Constitución de la República del Ecuador [Internet]. 2008. Disponible en: https://www.corteconstitucional.gob.ec/images/contenidos/quienes-somos/Constitucion_politica.pdf
23. Lucio R, Villacrés N, Henríquez R. Sistema de Salud de Ecuador. Scielo [Internet]. Enero de 2011; Vol.53. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800013

24. Vargas L. Sobre el concepto de percepción [Internet]. Universidad Autónoma Metropolitana Unidad; 1994. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/747/74711353004.pdf>
25. Lenis C, Manrique F. Calidad del cuidado de enfermería percibida por pacientes hospitalizados. Aquichan [Internet]. 22 de Junio de 2015; Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/3925/3988>
26. Bautista L, Arias M; Carreño M, Ornella Z. Percepción de los familiares de pacientes críticos hospitalizados respecto a la comunicación y apoyo emocional. Cuidarte [Internet]. 17 de Abril de 2016;7. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3595/359546229007.pdf>
27. Quintana I. Dimensión psicológica. Actividades de la vida diaria [Internet]. 2016 [Citado 17 de Enero de 2018]. Disponible en: https://www.infermeravirtual.com/esp/actividades_de_la_vida_diaria/la_persona/dimension_psicologica
28. Martínez M. Dimensiones Básicas de un Desarrollo Humano Integral [Internet]. Polis; 2010. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-65682009000200006
29. Mosquera G. Envejecimiento fisiológico y predisposición al trauma craneoencefálico [Internet]. Centro Provincial de Información de Ciencias Médicas de Camagüey; 2011. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2111/211122212015.pdf>
30. Plan Familia. Las cinco dimensiones del ser humano [Internet]. [Citado 17 de Enero de 2018]. Disponible en: <http://www.planfamilia.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/03/LAS-CINCO-DIMENSIONES-DEL-SER-HUMANO-.pdf>

31. Herrera P. Cambios psicologicos en el adulto mayor [Internet]. Salud y medicina presentado en; 2013 Oct 15 [Citado 17 de Enero de 2018]. Disponible en: <https://es.slideshare.net/deathcokolate/cambios-psicologicos-en-el-adulto-mayor>

32. Aponte V. Calidad de vida en la Tercera Edad. Universidad Católica Bolívar "San Pablo" Paz-Bolivia [Internet]. Agosto de 2015 [Citado 17 de Enero de 2018];13. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612015000200003

33. Bernal R. Dimensión cultural del ser humano [Internet]. Disponible en: <https://rubenbernal.wikispaces.com/file/view/Dimensi%C3%B3n+cultural+del+ser+humano+++reformado.pdf>

34. Diagnóstico Plan del Buen Vivir y Ordenamiento Territorial [Internet]. [Citado 16 de Enero de 2018]. Disponible en: http://app.sni.gob.ec/sni-link/sni/PORTAL_SNI/data_sigad_plus/sigadplusdocumentofinal/0360000230001_PBVOT%20AZOGUES%202015_13-03-2015_15-19-54.pdf

35. Álvarez M. Modelo de Atención Integral de Salud Familiar Comunitario e Intercultural Aplicado en el Centro de Salud N° 1 de Azogues 2009-2011 [Internet]. [Cuenca-Ecuador]: Universidad de Cuenca; 2011. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3912/1/MASP.pdf>

36. Orueta R, Jiménez G, Sánchez A, Gómez C, Marín S, et al. Evaluación de los Resultados y de la Satisfacción de un Programa de Atención Domiciliaria de Pacientes Ancianos Dependientes. Rev Clínica Med Fam. Febrero de 2012; 5(1):3-8.

37. Guerra C. Estudio del efecto de la visita domiciliaria programada y protocolizada de la enfermera de Atención Primaria en la morbilidad en pacientes de 65 o más años pluripatológicos. [Internet]. Universidad de Córdoba; 2014. Disponible en:

<http://helvia.uco.es/bitstream/handle/10396/12503/2015000001073.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

38. Gonzalez C. Nivel de satisfacción de los pacientes que asisten al servicio de urgencias, frente de la atención de enfermería en la institución de primer nivel de atención de salud en Mistrato Risaralda. [Internet]. Pontificia Universidad Javeriana; 2009. Disponible en: <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/9784/tesis12-3.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
39. Zúñiga M. Calidad de la atención de enfermería hacia el adulto mayor, en el servicio de medicina interna [Internet]. 2010. Disponible en: http://web.uaemex.mx/revistahorizontes/docs/revistas/Vol2/CALIDAD_DE_LA_ATENCION_DE_ENFERMERIA.pdf
40. Zavala G. Nivel de satisfacción del paciente adulto mayor sobre el cuidado que brinda la enfermera en el Servicio de Medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo en el 2009. [Internet]. Universidad Mayor de San Marcos; 2009. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/1234/Zavala_lg.pdf?sequence=1
41. Acuña P, Adrianzén S, Almeyda K, Carhuancho J. Evaluación del nivel de satisfacción del adulto mayor entre 60 a 90 años en la consulta ambulatoria del Hospital Edgardo Rebagliati Martins. Rev Horiz Med [Internet]. Septiembre de 2012; Volumen 12(3),. Disponible en: http://www.medicina.usmp.edu.pe/medicina/horizonte/2012_3/Art3_Vol12_N3.pdf
42. Díaz S, Lizzet Y, Aguilar B, Lisset K. Nivel de satisfacción del adulto mayor relacionado con los cuidados de enfermería en el servicio de medicina del Hospital Provincial Docente Belén – Lambayeque, 2013. Repos Inst - USS [Internet]. 2014 [Citado 17 de Enero de 2018]; Disponible en: <http://repositorio.uss.edu.pe/handle/uss/253>

43. Blázquez S, Quezada A. Satisfacción de los usuarios hospitalizados en el servicio de medicina interna, con el cuidado de enfermería. [Internet]. Universidad Veracruzana; 2014. Disponible en: https://www.uv.mx/rm/num_anteriores/revmedica_vol14_num1/articulos/satisfaccion.pdf
44. Miramira L. Percepción del Adulto Mayor sobre los Cuidados de Enfermería en los Servicios de Medicina en una Institución de Salud-Minsa [Internet]. [Lima-Perú]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4336/1/Miramira_bl.pdf
45. Collazos M, Vásquez Y. Percepción de los cuidados de enfermería en los adultos mayores del programa de atención domiciliaria del centro de atención primaria III Chiclayo oeste, Lambayeque 2016 [Internet]. [Pimentel]: Señor de Sipán; 2016. Disponible en: <http://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/uss/2994/1/TESIS.pdf>
46. Morí L, Rodríguez J . Nivel de satisfacción del paciente adulto mayor sobre el cuidado que brinda el profesional de enfermería en el servicio de medicina general del hospital de ventanilla. [Internet]. Universidad Privada Arzobispo Loayza; 2016. Disponible en: <http://repositorio.ual.edu.pe/bitstream/handle/UAL/41/009%20-%202016%20MORI%20-%20RODRIGUEZ.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
47. Cubas J, Guerra M, Parco R. Satisfacción con el cuidado enfermero que recibe el adulto mayor hospitalizado en un hospital nacional de Lima, 2016. [Internet]. Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2016. Disponible en: http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/745/Satisfaccion_CubasBejar_Jackeline.pdf?sequence=1
48. Saavedra J, Bustamante M. Satisfacción del paciente adulto mayor sobre el cuidado que brinda la enfermera(o) en el servicio de medicina Hospital Regional II - 2 Tumbes-Perú 2017. [Internet]. Universidad Nacional del Tumbes; 2017. Disponible en:

<http://repositorio.untumbes.edu.pe/bitstream/handle/UNITUMBES/62/TESIS%20-%20SAAVEDRA%20Y%20BUSTAMANTE.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

49. Salto E. Evaluación de la calidad de atención y satisfacción del usuario que asiste a la consulta en el departamento médico del Instituto Nacional Mejía en el periodo 2012 [Internet]. [Quito]: Universidad Central del Ecuador; 2014. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/4665/1/T-UC-0006-12.pdf>
50. Rivera R. Programa de gestión en visitas domiciliarias para mejorar la calidad de vida del adulto mayor en la comunidad del Cebollar cantón Colta [Internet]. [Ambato]: UNIANDES; 2014. Disponible en: <http://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/3391>
51. Barahona J, Calapiña I. Satisfacción de las/los pacientes hospitalizados en relación con los cuidados de enfermería en el hospital padre “Alberto Bufonni” del Cantón Quininde-Esmeraldas periodo Mayo –Octubre 2015. [Internet]. Universidad Nacional de Chimborazo; 2015. Disponible en: <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/1246/1/UNACH-EC-ENFER-2015-0010.pdf>
52. Chilinguina N, Germania M. “Nivel de satisfacción del paciente adulto mayor sobre el cuidado que brinda la enfermera en el servicio de consulta externa del subcentro de salud Augusto N. Martínez en el período de Febrero – Julio 2014”. Diciembre de 2014 [citado 18 de enero de 2018]; Disponible en: <http://repositorio.uta.edu.ec/jspui/handle/123456789/8360>
53. Ortiz J, Freire U, Álvarez M, Tenemaza D, Cobos I. Análisis del grado de satisfacción de los adultos mayores de las provincias de Azuay y Cañar. [Internet]. Universidad de Cuenca; 2017. Disponible en: <https://publicaciones.ucuenca.edu.ec/ojs/index.php/maskana/article/view/1544/pdf>

54. QuizhpilemaS, Sinchi A, Tacuri G. Nivel de satisfacción del adulto mayor, respecto a los cuidados de enfermería que reciben en el servicio de clínica del hospital “Homero Castanier Crespo”. Azogues, 2013. [Internet]. Universidad de Cuenca; 2013. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/5089/1/Tesis%20de%20Pregrado.pdf>
55. Saldaña O, Sanango M. Calidad de atención científico humanístico que presta el personal de enfermería y su relación con el nivel de satisfacción del usuario del centro de salud de Cojitambo. Azogues, 2014. [Cuenca-Ecuador]: Universidad De Cuenca; 2015.
56. Samperio G. Participación de enfermería en la práctica de salud comunitaria [Internet]. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo; Disponible en: http://cvonline.uaeh.edu.mx/Cursos/Licenciatura/Enfermeria/ProgramaNivelacion/A24/Unidad5/lec_51_tecnicas_entrevista.pdf
57. Libow L. Adulto Mayor [Internet]. Disponible en: http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lar/dionne_e_mf/capitulo1.pdf
58. OMS | Relación entre la satisfacción con el sistema de atención sanitaria y la experiencia personal de los pacientes [Internet]. WHO. [Citado 31 de Enero de 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/4/07-050401-ab/es/>

14. ANEXOS

Anexo 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE LA INVESTIGACIÓN

“NIVEL DE SATISFACCIÓN SOBRE VISITAS DOMICILIARIAS EN LAS PARROQUIAS URBANAS DEL CANTÓN AZOGUES. SEPTIEMBRE 2017 – ENERO 2018.

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por estudiantes de la Carrera de Enfermería de la Universidad Católica de Cuenca Sede Azogues. La meta de esta investigación es: Determinar el nivel de satisfacción de los adultos mayores sobre visitas domiciliarias recibidas por el equipo de atención integral de salud en el área urbana de Azogues. Septiembre 2017 – Enero 2018.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder la presente encuesta. Esto tomará aproximadamente 20 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas a la encuesta serán codificadas, serán anónimas. Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Si alguna de las preguntas durante la encuesta le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas. Desde ya le agradecemos su participación.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha

Anexo 2

ENCUESTA PARA DETERMINAR LA SATISFACCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES QUE RECIBEN VISITAS DOMICILIARIAS EN EL CANTON AZOGUES.

Objetivo: Determinar el nivel de satisfacción de los adultos mayores sobre visitas domiciliarias recibidas por el equipo de atención integral de salud en el área urbana de Azogues. Septiembre 2017 – Enero 2018.

Solicitamos su colaboración, respondiendo a la siguiente encuesta. La información será de carácter confidencial y anónima, desde ya agradecemos su valioso aporte.

Fecha: _____

Datos sociodemográficos:

1. Edad:

2. Sexo:

Femenino

Masculino

3. Nivel de instrucción

Primaria

Secundaria

Superior

Ninguno

4. ¿Las visitas domiciliarias que usted recibe son?

Semanal

Mensual

Semestral

Anual

5. ¿La duración de las visitas domiciliarias es?

10 min 20 min 30 min 40 min o mas

6. ¿El profesional de salud le saluda cordialmente?

Sí No

7. ¿Lo examino o valoro durante la atención sanitaria?

Sí No

8. ¿Explica el tratamiento de su enfermedad?

Sí No

9. ¿Le informo sobre los cuidados que debe seguir?

Sí No

10. ¿Escucha las opiniones, temores y preocupaciones?

Sí No

11. ¿La atención brindada fue?

Muy buena Buena Regular Mala

12. ¿El nivel de satisfacción con la atención del equipo de salud?

Alto

Medio

Bajo

Muchas gracias por su colaboración.

Anexo 4

Oficio 1



CARRERA DE ENFERMERÍA

Oficio Nro. UCACUE-UASB-E-013- 2018-OF
Azogues, 11 de enero de 2018

Asunto: Autorización

Doctora
Viviana Romero
DIRECTORA DE LA DIRECCIÓN DISTRITAL 03D01
Presente.-



COORDINACIÓN ZONAL 6
DIRECCIÓN DISTRITAL 03D01
Azogues-Biblián-Deleg-Salud
VENTANILLA ÚNICA
Secretaría Distrital

INGRESO DE DOCUMENTOS

Fecha: 12.01.18 N° de Trámite: 0045
Hora: 10:00

De mi consideración

Por medio de la presente me permito hacerle llegar un atento y cordial saludo y deseos de éxitos en tan delicadas funciones, que usted acertadamente lo viene dirigiendo y paso a exponer.

Que, pongo en su conocimiento que la alumnas: **MORQUECHO MOROCHO VALERIA ESTEFANIA Y NARANJO HERRERA LIGIA VIVIANA**, se encuentran realizando el Trabajo de Titulación con el tema: "NIVEL DE SATISFACCIÓN SOBRE VISITAS DOMICILIARIAS EN LAS PARROQUIAS URBANAS DEL CANTÓN AZOGUES, PERIODO SEPTIEMBRE 2017 – ENERO 2018," por lo que se requiere tener acceso a los datos de producción de las visitas domiciliarias a los adultos mayores de las parroquias urbanas del Cantón Azogues, periodo octubre 2017 – diciembre 2017, que se encuentra bajo su dependencia y de esta manera puedan realizar el trabajo de investigación con datos reales y exactos.

Por la favorable acogida que se sirva dar a la presente anticipo mis sinceros agradecimientos.



Lic. María Estrella González Mgs
SUBDIRECTORA DE CARRERA DE ENFERMERÍA

Elaborado por	Valeria Vázquez Villavicencio	
Revisado por	Lic. María Estrella González Mgs	

Cuenca: Av de las Américas y Tarqui. Telf.: 2830751, 2824365, 2826563 Azogues: Campus Universitario "Luis Cordero El Grande" (Frente al Terminal Terrestre). Telf.: 593 (7) 2241-613, 2243-444, 2245-205, 2241-587 Cañar: Calle Antonio Ávila Clavijo. Telf.: 072235268 / 072235870 San Pablo de la Troncal: Cda. Universitaria km. 72 Quinceava Este y Primera Sur Telf.: 2424110. Macas: Av. Cap. José Villanueva s/n Telf.: 2700393, 2700392

www.ucacue.edu.ec

Oficio 2



UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

CARRERA DE ENFERMERÍA

Oficio Nro. UCACUE-UASB-E-014- 2018-OF
Azogues, 11 de enero de 2018

Asunto: Autorización

Doctora
Sonia Lara
DIRECTORA DEL CENTRO DE SALUD N° 1 DEL CANTON AZOGUES.
Presente.-

De mi consideración

Por medio de la presente me permito hacerle llegar un atento y cordial saludo y deseos de éxitos en tan delicadas funciones, que usted acertadamente lo viene dirigiendo y paso a exponer.

Que, pongo en su conocimiento que la alumnas: **MORQUECHO MOROCHO VALERIA ESTEFANIA Y NARANJO HERRERA LIGIA VIVIANA**, se encuentran realizando el Trabajo de Titulación con el tema: "NIVEL DE SATISFACCIÓN SOBRE VISITAS DOMICILIARIAS EN LAS PARROQUIAS URBANAS DEL CANTON AZOGUES, PERIODO SEPTIEMBRE 2017 – ENERO 2018." por lo que solicitamos comedidamente nos colabore con una copia de la encuesta de satisfacción a los pacientes que acuden al distrito, la misma que nos servirá para aplicar a los pacientes adultos mayores quienes reciben visitas domiciliarias en las parroquias urbanas del Cantón – Azogues, y de esta manera puedan realizar el trabajo de investigación con datos reales y exactos.

Por la favorable acogida que se sirva dar a la presente anticipo mis sinceros agradecimientos.

Lic. María Estrella González Mgs
SUBDIRECTORA DE CARRERA DE ENFERMERÍA

Elaborado por	Valeria Vázquez	
Revisado por	Lic. María Estrella González Mgs	

Recibido.
12/01/18.

DIRECCIÓN DISTRITAL 03D01
Azogues-Biblián-Deleg.Salud
Dra. Sonia Lara Vélezela
Especialista en Medicina
Familiar y Comunitaria
MSP: Libro: 3 Folio: 174 N°: 135

Cuenca: Av de las Américas y Tarqui. Telf.: 2830751, 2824365, 2826563 Azogues: Campus Universitario "Luis Cordero El Grande" (Frente al Terminal Terrestre). Telf.: 593 (7) 2241-613, 2243-444, 2245-205, 2241-587 Cañar: Calle Antonio Ávila Clavijo. Telf.: 072235268 / 072235870 San Pablo de la Troncal: Cda. Universitaria km. 72 Quinceava Este y Primera Sur Telf.: 2424110. Macas: Av. Cap. José Villanueva s/n Telf.: 2700393, 2700392

www.ucacue.edu.ec

Anexo 5
Recursos económicos

RECURSOS	VALOR UNITARIO	CANTIDAD	VALOR TOTAL
Copias	0.05 ctvs.	800	40.00
Impresiones color	0,10 ctvs.	600	60,00
Impresiones b/n	0.05 ctvs.	500	50,00
Artículos de oficina	10,00	300	30,00
CD's	10 USD	2	10,00
Empastado	25 USD	2	50,00
Anillado	5 USD	2	10,00
Trasporte	0.30 ctvs.	80	50.00
Viáticos	3.00 USD	160.00	320.00
Total			620,00 dólares

Los recursos económicos fueron financiados por las autoras.

Anexo 6
Plan de trabajo o cronograma

CRONOGRAMA						
Actividades	MESES					
	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero
Presentación del tema						
Aprobación del tema						
Recolección bibliográfica						
Redacción del marco teórico						
Presentación y aprobación del protocolo						
Investigación de campo						
Recolección de datos						
Tabulación y análisis de datos						
Elaboración de recomendaciones						
Presentación y aprobación						