



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

AREA BIOLÓGICA

TITULACIÓN DE MAGÍSTER EN GERENCIA DE SALUD PARA EL
DESARROLLO LOCAL

**Mejoramiento de la calidad de atención integral del adulto mayor en
el Hospicio Corazón de Jesús de la Junta de Beneficencia de
Guayaquil**

TRABAJO DE FIN DE MAESTRÍA

AUTOR: Delgado Vilela, Carmen María

DIRECTOR: Ruilova Dávila, Lilia Dora, Dra.

CENTRO UNIVERSITARIO GUAYAQUIL

2013

APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE FIN DE MAESTRÍA

Doctora.

Ruilova Dávila, Lilia Dora.

DOCENTE DE TITULACIÓN

CERTIFICA:

El presente trabajo de fin de maestría, denominado: “Mejoramiento de la calidad de atención integral del adulto mayor en el Hospicio corazón de Jesús de la Junta de Beneficencia de Guayaquil” realizado por Delgado Vilela Carmen María, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo

Loja, Noviembre de 2013

f)

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

“Yo Delgado Vilela Carmen María declaro ser autor (a) del presente trabajo de fin de maestría: Mejoramiento de la calidad de atención integral del adulto mayor en el Hospicio corazón de Jesús de la Junta de Beneficencia de Guayaquil, de la Titulación Maestría en Gerencia de Salud para el Desarrollo Local, siendo Ruilova Dávila Lilia Dora, Dra. director (a) del presente trabajo; y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales. Además certifico que las ideas, concepto, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad.

Adicionalmente declaro conocer y aceptar la disposición del art. 67 del estatuto orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte pertinente textualmente dice: “Forman parte del patrimonio de la universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado que se realicen a través, o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la universidad”.

f).....

Autor: Delgado Vilela, Carmen María

Cédula: 1302379944

DEDICATORIA

Profunda, es la dedicatoria a mi *Madre* que aunque no la tenga físicamente me inculcó la aspiración de crecer día a día en todo lo que me rodea, en este momento como profesional; a mis Hijos *Carmen Ivanna* y *César Iván* por ser la fuente poderosa de superación, por que convirtieron cada momento difícil en camino de sabiduría, para la culminación de este proyecto de vida, como es el aprendizaje en esta maestría.

Carmen María Delgado Vilela

AGRADECIMIENTO

A mi DIOS que me da tanto, al *Hospicio Corazón de Jesús* de la JBG, con especial sentimiento de admiración, respeto y cariño al *Lcdo. Vicente Santisteban Arosemena* por su lema de que el conocimiento supera al sentido común, a los *Adultos Mayores* de la institución que son la fuente incalculable de aprendizaje y a mis *compañeras/os* de labores que colaboraron con apego incondicional, siempre prestos al intercambio del conocimiento, sugerencias y experiencias.

Carmen María Delgado Vilela

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CARATULA	I
APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE FIN DE MAESTRÍA	II
DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS.....	III
DEDICATORIA	IV
AGRADECIMIENTO	V
RESUMEN	7
ABSTRACT	8
INTRODUCCIÓN	9
PROBLEMATIZACIÓN.....	11
JUSTIFICACIÓN	12
OBJETIVO GENERAL.....	13
CAPITULO 1	14
1. Marco teórico.....	15
1.2. Marco conceptual.....	20
CAPITULO 2	25
2. Diseño metodológico	26
2.1. Matriz de Involucrados	26
2.2. Árbol de problemas.....	27
2.3. Árbol de Objetivos.....	28
2.4. Matriz del marco lógico	29
CAPITULO 3	32
3. Resultados	33
3.1. Resultado 1.....	33
3.2. Resultado 2.....	38
3.3. Resultado 3.....	45

3.4. Resultado 4.....	50
CONCLUSIONES	57
RECOMENDACIONES	58
BIBLIOGRAFÍA.....	59
ANEXOS.....	61

RESUMEN

En la ciudad de Guayaquil, el Hospicio Corazón de Jesús de la Junta de Beneficencia de Guayaquil, presento una ineficiente atención integral del adulto mayor, que incluyo: la inexistencia de una guía nutricional, la insuficiencia de personal capacitado en atención directa, la no aplicación de procedimientos geriátricos/gerontológicos básicos y la recreación no definida como terapia. Con población etaria de 331 asilados, 203 mujeres y 128 hombres; clasificados en 118 generales, 130 contribuyentes y 96 pensionistas; cuyas características son 30% postrados, 45% dependientes y 25% independientes.

El trabajo se fundamentó en la elaboración de una guía nutricional con dietas ajustadas a necesidades orgánicas reales. Se capacito al personal de atención directa con talleres prácticos en cuidado, protección y trato. Se diseñó un protocolo/procedimientos geriátricos/gerontológicos de atención básica cuya aplicación permitió la eficiencia y eficacia del quehacer diario. Se desarrolló un cronograma de actividades recreativas con diseño fisioterapéutico como terapias preventivas. Como prioridad, se manejó técnicamente las complicaciones de la morbilidad y comorbilidad con calidad y calidez

PALABRAS CLAVES:

Eficiencia, eficacia, suficiencia, prevención, geriatría, gerontología, recreación/terapia, taller práctico, morbilidad/comorbilidad, aplicación, calidez

ABSTRACT

In the city of Guayaquil , the Sacred Heart Hospice of Guayaquil Welfare Board , presented an inefficient comprehensive care of the elderly , which included : the lack of nutritional guidance , insufficient trained direct care staff , non-implementation geriatric procedures / basic gerontology and recreation not defined as therapy. With population group from 331 inmates , 203 women and 128 men ; ranked 118 overall , 96 130 taxpayers and pensioners , whose characteristics are bedridden 30 % , 45 % and 25 % dependent independent .

The work was based on the development of a nutritional guide with diets adjusted to real organizational needs . Were trained direct care staff with practical workshops on care , protection and treatment . We designed a protocol / procedures geriatric / gerontological primary care whose application allowed the efficiency and effectiveness of everyday life. We developed a schedule of design recreation physiotherapy as preventive therapies . As a priority, the complications were managed technically morbidity and comorbidity with quality and warmth

KEYWORDS :

Efficiency , effectiveness, adequacy , prevention , geriatrics , gerontology , recreation / therapy , practical workshop , morbidity / comorbidity , application , warmth

INTRODUCCIÓN

En el Ecuador, el grupo etario de los adultos mayores, es el menos favorecido por el estado, la sociedad y la familia. El país no cuenta con especialistas suficientes en el área geriátrica/gerontológica; la sociedad, por particularidades de tiempo, economía o desconocimiento en lo cuestionado, buscan instituciones que brinden este servicio de atención, que son pocas; la familia, enfrenta una pérdida de valores que se refleja en los actos de responsabilidad, afecto, cuidado y respeto para con el adulto mayor, optando por la institucionalización como solución, no como alternativa existencial saludable, cuando lo perciben como problema que luego sigue el abandono e indiferencia . El hospicio Corazón de Jesús de la JBG posee una dinámica poblacional de adulto mayor alta (331), de ambos sexos, con características culturales, educativas, económicas, saludables y psicoemocionales variadas, cuyo 75% se encuentra entre 75 a 85 años, con un perfil epidemiológico de profundo análisis.

El capital humano de labores en su mayoría es joven pero una educación académica y de especialidad limitada. Saber, ¿quién es el adulto mayor?, conocimiento de la especialidad con conceptos claves o poseer la mística para la atención son de valor sustancial. El proyecto involucro áreas estratégicas de la salud, recurso humano administrativo, operativo y social coparticipantes de la atención integral, identificando las causas y efectos para su análisis y formulación de objetivos que fortalezcan el fin y propósito con actividades específicas no solo ideales sino reales, obteniendo resultados con componentes claros.

Para la institución, que está en constante innovación, es un proyecto de interés en la optimización de la calidad de su servicio geriátrico/gerontológico brindado por más de un siglo, generando confianza y seguridad en la sociedad. Por lo tanto, se percibe una ineficiente atención integral del adulto mayor, al no existir una guía nutricional ajustada a las necesidades básicas de alimentación elaborada por un profesional, el personal de atención directa capacitado es insuficiente, no se aplican protocolos/procedimientos básicos geriátricos/gerontológicos y las actividades recreacionales no están definidas terapéuticamente.

El manejo de las enfermedades mórbidas y comórbidas (una misma persona sufre de hipertensión, diabetes y cualquier tipo de demencias) origina estados de desacierto, intolerancia o desesperación, al no saber cómo proceder ante situaciones complicadas, ejemplos; cuando se extravía un adulto mayor, sus incontinencias vesicales, escaras por postraciones, caídas traumáticas/fracturas, eventos cerebro-vasculares/hemiplejias y tantas otras circunstancias de salud que son frecuentes en la vida del adulto mayor.

Lo antes mencionado, requiere de plantear objetivos claros y sustanciales como son: la elaboración de una *guía nutricional técnica* con dietas para diabéticos, hiperproteicas, hipertensos, con sondas, etc; la *capacitación con 3 talleres prácticos* en: Cuidado, Protección y Trato; la *elaboración de 3 protocolos/procedimientos geriátricos/gerontológicos básicos*: de higiene, prevención de úlceras por presión y prevención de caídas; el *desarrollo de 3 actividades recreacionales preventivas terapéuticas*: técnicas, funcionales y sociales.

La participación y compromiso de los colaboradores para con el proyecto, ha facilitado la elaboración, aplicación y diseño, con la oportunidad de ser interactivos en los talleres prácticos en los lugares y hora en que desempeñan sus labores, muy a pesar de limitantes de conocimiento técnico y el tiempo, siendo este el factor interesante. Los patrones de baja autoestima en el adulto mayor del “ya no sirvo, soy un estorbo, a nadie le importo o nadie me quiere”, es una realidad que conlleva a pensar en valores humanos que fortalezcan la conciencia y el espíritu de cuerpo en la sociedad, como un camino viable para resolver con responsabilidad, conocimiento y destreza la atención integral del adulto mayor; de lo que son y significan sus entornos, que a corto plazo será materia de análisis, por el aumento demográfico en que se halla este grupo poblacional.

El marco lógico como metodología para el desarrollo del proyecto, da el impulso requerido para profundizar en la atención integral del adulto mayor.

PROBLEMATIZACIÓN

El Ecuador, enfrenta un gran reto, que es brindar al adulto mayor estrategias para una vida con estilos saludables, el Hospicio Corazón de Jesús de la Junta de Beneficencia de Guayaquil brinda atención geriátrica/gerontológica a 331 adultos mayores, 203 mujeres y 128 hombres; clasificados en 118 generales, 130 contribuyentes y 96 pensionistas; de los cuales el 30% postrados, 45% dependientes y 25% independientes.

La carencia del recurso humano especializado en esta rama, es un factor que demuestra una desmejora en la calidad de atención, al no emplearse una guía nutricional técnica, que defina un menú alimentario ajustado a las necesidades reales, ya que no se encuentra elaborada, generando falta de apetito, molestias estomacales y como resultado debilidad, pereza, somnolencia. El insuficiente personal capacitado en atención directa (auxiliares de enfermería, cuidadoras/es) para un ejercicio ideal de servicio, al no existir personal debidamente capacitado en esta atención, debido a que la capacitación no es continua y permanente, afectando el cuidado, seguridad y trato, que desmejoran las actividades de la vida diaria.

Otro factor de análisis, es la no aplicación de protocolo/procedimientos geriátricos/gerontológicos de atención básica, con el oportuno criterio técnico, porque no existen; lo que genera la presencia de complicaciones en las enfermedades prevenibles (fracturas de cadera, ACV, diabetes, problemas respiratorios, y otras) incrementando los días de permanencia, las limitaciones de movilidad y postración.

Además la atención recreativa no está elaborada con criterio terapéutico, por desconocimiento de la recreación como terapia preventiva, lo que ocasiona la exclusión de los asilados, presentándose aumento de cuadros depresivos, problemas de conducta y desventaja cognitiva en el adulto mayor.

Todos estos factores coadyuvan, al *aumento de la morbilidad y comorbilidad*, transformándolos en personas con una salud muy vulnerable, cuyos riesgos son invalidez física/mental/cognitiva, abandono social familiar, enfermedades terminales, mortalidad y discriminación e inequidad en general.

JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo tiene como finalidad, contribuir a la disminución de la morbilidad y comorbilidad del adulto mayor, cuyo propósito es de brindar una apropiada calidad de atención integral; con estilos de vida saludables como es el cuidado/seguridad/protección, con capacitación y educación permanente y continua del personal, la aplicación de procedimientos geriátricos/gerontológicos definidos y una atención recreacional desarrollando actividades definidas con criterio fisioterapéutico, que logren resolver las complicaciones de enfermedades prevenibles; sus limitaciones, dependencias y postraciones.

Para el área de la salud, prevenir, conservar y fortalecer las autonomías físicas, mentales, cognitivas y psicoemocionales, es una meta prioritaria, con un valor biopsicosocial y económico/cultural en la sociedad, la familia y el estado, con el soporte sustancial de inclusión y participación de una mejor calidad de vida..

La sostenibilidad del trabajo, se basa en la participación y contribución de los colaboradores, adultos mayores y autoridades, como una herramienta más de apoyo para lograr las metas que la institución, la sociedad, y el estado requieren, alineándose a uno de los Objetivos del Milenio, el Buen Vivir de la humanidad, que a su vez fortalecen la misión, visión y objetivos de la institución.

El trabajo de intervención tiene bajo costo, debido a la participación de la parte técnica y humana de la institución, y otros profesionales externos;

OBJETIVO GENERAL

Mejorar la calidad de Atención Integral del Adulto Mayor, mediante de una guía nutricional, capacitación del personal de atención directa, manual de procedimientos geriátricos/gerontológicos de atención básica y terapia preventiva para disminuir o prevenir las complicaciones de las enfermedades.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Elaborar una guía nutricional con los menús ajustados a las necesidades reales, para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.
2. Capacitar al personal de atención directa con talleres prácticos en cuidado, protección y trato al adulto mayor.
3. Diseñar un protocolo geriátrico/gerontológico de atención básica que permitan la eficiencia y eficacia en la atención
4. Desarrollar actividades recreativas como terapias preventivas, con programas que conserven las autonomías y revaloricen su autoestima.

CAPITULO 1

1. Marco teórico

1.1. Marco institucional.

1.1.1. Aspecto geográfico

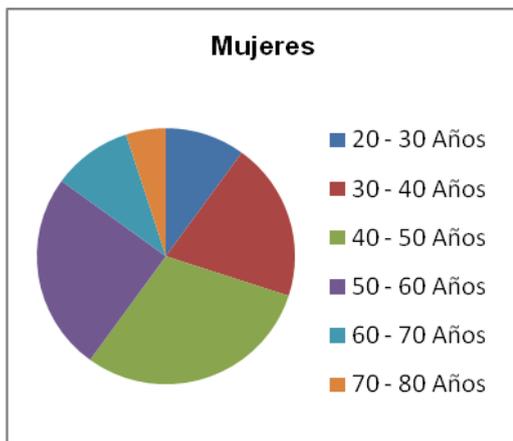
El Hospicio Corazón de Jesús de la Junta de Beneficencia de Guayaquil, se encuentra ubicado en la Avenida Pedro Menéndez Gilbert junto a las Salas de Velaciones Especiales de la JBG y frente al Cementerio general, perteneciente a la Parroquia Tarqui de la Ciudad de Guayaquil, Provincia del Guayas

1.1.2. Dinámica poblacional

Guayaquil, ciudad cosmopolita posee un clima cálido, posee una suma de culturas del Ecuador y del mundo, su territorio consta de 16 parroquias urbanas y 5 rurales (la parroquia Tarqui es la de mayor área y población), con una superficie de 344,5 km². Las mujeres son mayoría según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), de los 2'278.691 habitantes, el 50.83% es género femenino, y el 49.17% son hombres. La Población Económicamente Activa (PEA) alcanzó 1'195.290 personas (672.803 hombres y 522.487 mujeres).

Cliente Interno: El Hospicio Corazón de Jesús, tiene un **capital humano laboral** de 199 talentos, 120 mujeres y 79 hombres, de los cuales el 63% operativo y el 37% administrativos; cuyas edades fluctúan entre 20 y 80 años.

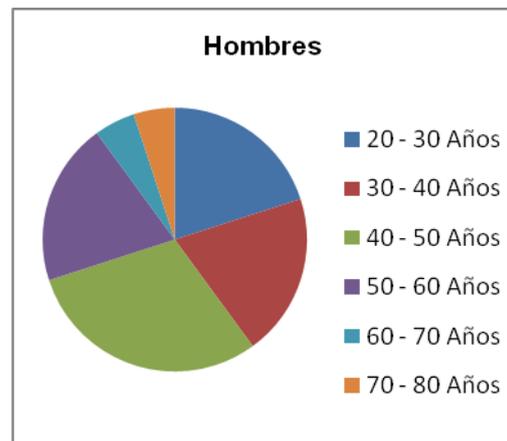
Grafico#1 Conjunto por Edad



Fuente: Dpto. Recurso Humano

Elaborado: Lcda. Carmen Delgado V.

Grafico#2 Conjunto por Edad



Fuente: Dpto. Recurso Humano

Elaborado: Lcda. Carmen Delgado V.

Tabla # 1 Perfil educativo del personal por niveles

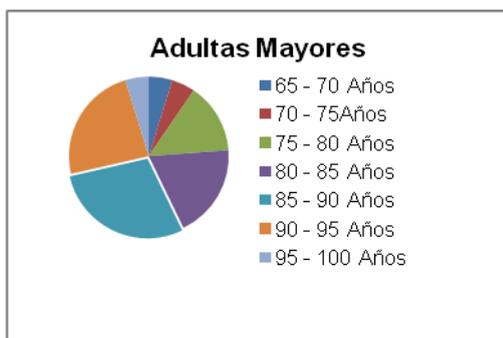
Analfabeto	1%
Primaria	20%
Secundaria	30%
Bachilleres	15%
Técnicos / 2do nivel	15%
Profesionales / 3er nivel	10%
Especialistas / 4to nivel	5%
Discapacitados	4%

FUENTE: Trabajo Social Laboral

ELABORADO: Lcda. Carmen Delgado V

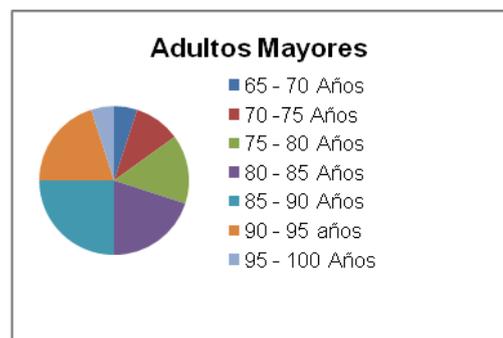
*Cliente externo: El Hospicio Corazón de Jesús, tiene un **Capital humano de atención:** 331 adultos mayores (203 mujeres y 128 hombres) clasificados en 115 generales, 122 contribuyentes y 94 pensionistas; cuyas edades fluctúan desde 65 a 105 años. Las enfermedades de mayor incidencia de los asilados (cliente externo) son: Hipertensión, diabetes, accidentes cerebro vasculares, demencias, cáncer, neumológicas, reumáticas, osteoporosis, fracturas de cadera.*

Grafico #3 Conjunto por Edad



Fuente: Dpto. Terapia Recreativa y Ocupacional
Elaborado: Lcda. Carmen Delgado V.

Grafico # 4 Conjunto por Edad



Fuente: Dpto. Terapia Recreativa
Elaborado: Lcda. Carmen Delgado V.

Tabla# 2 Clasificación de adultos mayores por salas

Nombre de salas contribuyentes y generales	# de adultas/os mayores
Santa Luisa 1	11
Santa Luisa 2	12
Santa Luisa 3	12
Santa Rita 1	14
Santa Rita 2	13
Santa Catalina 1	10
Santa Catalina 2	11
Santa Teresa	11
Santa Isabel	14
Santa María	8
Santa Elena 1	10
Santa Elena 2	10
San Antonio 1	20
San Antonio 2	14
San José	35
San Vicente	32
Pensionados	94
TOTAL	331

Fuente: Registro de salas.

Elaborado: Lcda. Carmen Delgado V.

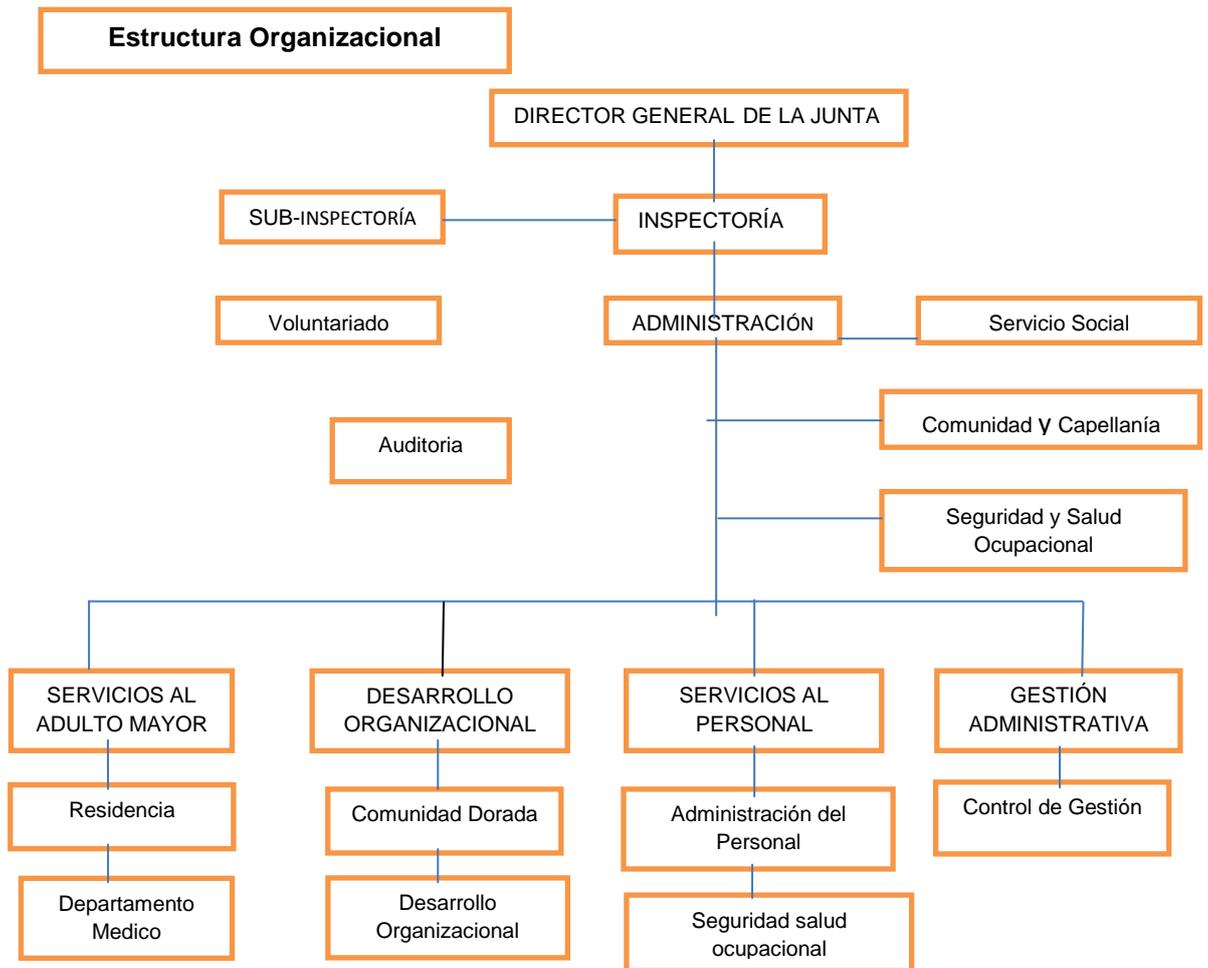
1.1.3. La Misión.

Desde 1888, somos una residencia geriátrica/gerontológica que ofrece a la comunidad ecuatoriana atención y protección integral al adulto mayor, reflejado en la eficiencia, respeto, solidaridad, responsabilidad y orientación espiritual; con personal debidamente capacitado mejorando así la calidad de vida.

1.1.4. La Visión.

Ser líderes en el país en la atención geriátrica/gerontológica del adulto mayor con modalidad de permanencia y del día.

1.1.5. Organización Administrativa.



1.1.6. Servicio que presta.

Ofrece servicio de *atención permanente* distribuida en salas generales, contribuyentes y pensionadas, y el servicio actual de *atención del día*. Brinda cobertura de pasantías al voluntariado social (fundaciones), educacional (escuelas, colegios) y Técnico (centros tecnológicos y universidades).

Los servicios incluyentes son: alimentación, medicina, atención médica primaria y de hospitalización/emergencia (en caso de cirugía se traslada al Hospital Luis Vernaza o al Hospital IEES si es jubilado), especialidades clínica, psiquiátrica, dermatológica, odontológica, (si se requiere de otras especialidades se canaliza al Hospital Luis Vernaza o al Hospital IEES si es jubilado como traumatología, oftalmología, cardiología, etc.), terapia física y rehabilitación, terapia recreativa y ocupacional, actividades lúdicas, espiritual, y de estima, trabajo social del asilado y laboral, farmacia, comunidad, capilla, economato, suministro, costura, limpieza, lavandería,

mantenimiento, comedores, calderos/agua caliente, jardinería/ambiente cálido y portería/seguridad

1.1.7. Datos estadísticos de cobertura.

Su cobertura es local, provincial y nacional, en ocasiones cubre necesidades a adultos mayores de otros países; 121 son ciudadanos y 80 del resto de la provincia del guayas, 133 son de diferentes provincias y 7 extranjeros. Está dirigida a todos los estratos sociales, económicos, culturales y políticos, sin prejuicios de razas, religión o sexo. Al 34% de los residentes se les brinda los servicios sin costo y el 72% se benefician de la labor social.

Su perfil epidemiológico lo conforman enfermedades mórbidas/comorbidas como: la Hipertensión, diabetes, osteoporosis, osteoartritis, traumáticas/fractura de cadera, cardiorrespiratorias, neumonía, renales, demencias, cuadros depresivos, problemas conductuales, con las secuelas de incapacidad, limitación, dependencias como las farmacológicas, ortopédicas y otras; a continuación se exponen en el siguiente cuadro las de mayor incidencia

Tabla # 3 Perfil epidemiológico de adultos mayores

Enfermedades cardio vasculares	Enfermedades osteo articulares	Enfermedades respiratorias	Enfermedades psico patológicas
Hipertensión	Artritis	Asma	Síndrome Confesional Agudo
Diabetes	Artrosis	EPOC	Demencias
Arterioesclerosis	Osteoporosis	Neumonías	Depresión
Accidente cerebro Vascular		Enfisema Pulmonar	Trastorno de Conducta
			Trastorno Bipolar
			Síndrome Delirante

FUENTE: Historias Clínicas.

ELABORADO: Lcda. Carmen Delgado V.

1.1.8. Características Geo. Físicas.

La institución consta de: 5 edificaciones de cemento armado: 3 con 3 pisos con ascensores y 2 con 2 pisos; de los cuales son: 2 para sección mujeres, 2 para sección hombres y 1 mixta, cada sección cuenta con su comedor; además áreas de

1 piso para economato, calderos, cisternas, lavandería, comedor de empleados, control de electricidad; 3 jardines: 2 comunes y 1 gerontológico.

En el edificio central/sección de mujeres, se encuentran ubicados: en la planta baja: inspectoría, administración, recursos humanos, servicio del adulto mayor, desarrollo organizacional, consultorios medico/odontología, sala de observación/emergencias (atención primaria/hospitalización) seguridad ocupacional terapias, trabajos sociales, farmacia, comunidad, capilla, gabinete; en el 1er piso alto contribuyentes, pensionado y suite y comedor; en el 2do piso alto salas generales y comedor

1.1.9. Políticas

- ❖ Brindar un servicio integral geriátrico/gerontológico a toda la comunidad ecuatoriana
- ❖ Realiza valoración a la voluntad propia de ingreso, con 65 años de edad y cumplimiento de requerimientos de salud
- ❖ Practica una misión de solidaridad y beneficencia
- ❖ Garantizar la estabilidad laboral y seguridad social a sus colaboradores
- ❖ Dar cumplimiento a la promulgación leyes de estado tanto para los adultos mayores (Ley del Anciano) como colaboradores(Código de Trabajo)
- ❖ Fomenta la obra social con valores prioritarios de vida

1.2. Marco conceptual

Reflexionando sobre la capacidad que posee, el conocer lo que es geriatría, que estudia la clínica, prevención y tratamiento de la variedad de patologías o enfermedades que están presentes en los adultos mayores; la gerontología, que estudia los aspectos de promoción de salud abordando aspectos psicológicos, sociales, económicos, demográficos y otros relacionados a su entorno, logra reconocer la importancia del análisis del envejecimiento de este grupo etario. Estudio multidisciplinar, que incide en la calidad de las condiciones y estilos de vida mediante el diseño, ejecución y seguimiento a políticas y programas destinados al beneficio de la población anciana, de esta forma suma vida a los años más que años a la vida.

Además la gerontología educativa, social, ambiental comprende temáticas relacionadas con el aprendizaje y participación en los ancianos. Por lo tanto no es menos significativo desarrollar temas investigativos de la salud afectada, como es la morbilidad y comorbilidad que son términos médicos y científicos que sirven para evidenciar incidencias, estadísticas, evolución o retrocesos de una enfermedad o de más enfermedades en un mismo individuo.

También se hace referencia a la calidad como instrumento de mejora, para satisfacer necesidades de prioridad como objetivos alcanzables del proyecto y que tiene como base, las percepciones reales para elaboración de técnicas sustanciales de la atención integral, que es el objetivo principal del proyecto. Sin dejar de mencionar la importancia de otros conceptos que fortalecen temas variados para solventar la especialidad del servicio.

1.2.1. *Quien es el Adulto Mayor?*

Para definir cómo se es una persona adulta mayor, es necesario abordarlo desde una perspectiva biopsicosocial o también llamada visión integral. Para participar activamente en la construcción de esta cultura de la vejez y el envejecimiento, es necesario plantear de manera clara cuáles son los conceptos básicos a partir de los cuales se planifica y se actúa. Cada persona envejece de manera diferente, dependiendo de sus características innatas, de las que adquiere a través de la experiencia y de las circunstancias a las que se haya enfrentado durante su vida.

El envejecer implica procesos de crecimiento y de deterioro, es decir, de ganancia y de pérdida. La vejez tiene significados diferentes, para definirla, hay que tomar en cuenta la edad: Cronológica, Física, Psicológica y Social. La ONU establece la edad de 60 años para considerar que una persona es adulta mayor, aunque en los países desarrollados se considera que la vejez empieza a los 65 años. Si bien la edad cronológica es uno de los indicadores más utilizados para considerar a alguien viejo o no, ésta por sí misma no nos dice mucho de la situación en la que se encuentra una persona, de sus sentimientos, deseos, necesidades, relaciones.

Se debe tener en cuenta que ningún cambio repentino en la forma de ser de una persona adulta mayor es normal. A veces se piensa que la vejez trae consigo tristeza, enojo o apatía, pero ninguno de estos sentimientos es causado por la edad, en ello pueden intervenir otros factores como la pérdida de seres queridos, del trabajo, la modificación del papel que desempeñaba en la familia, etc. Los procesos psicológicos, como la memoria o el aprendizaje, normalmente presentan modificaciones de manera gradual.

La vejez tiene significados diferentes para cada grupo humano, según su historia, su cultura, su organización social. La vejez es considerada una categoría social, es decir, se agrupa a las personas por los valores y características que la sociedad considera que son adecuadas, las cuales en muchas ocasiones pueden ser equivocadas y hasta injustas. Por ejemplo: para muchos grupos sociales las personas adultas mayores no deben enamorarse, o no deben participar en las decisiones familiares o sociales, etc. A continuación se detallan ciertos conceptos relacionados con la temática:

1.2.3. La gerontología (de *geronto*, anciano y *logos*, estudio) estudia la vejez y el envejecimiento, se ocupa de los aspectos de promoción de salud, pero no es una especialidad médica, aborda aspectos psicológicos, sociales, económicos, demográficos y otros relacionados con el adulto mayor, aumentando la importancia del envejecimiento de la población.

1.2.4. La geriatría. Rama de la medicina interna, se preocupa de los aspectos clínicos, preventivos, terapéuticos y sociales de las enfermedades en los ancianos, su diagnóstico y tratamiento, los aspectos sociales y psicológicos; sugiere el uso de un equipo multidisciplinario de salud en el manejo de sus enfermedades

1.2.5. Morbilidad. Es un término de uso médico y científico, sirve para señalar la cantidad de personas o individuos considerados enfermos, o víctimas de una enfermedad en un espacio y tiempo determinado, dato estadístico de importancia para poder comprender la evolución y avances o retrocesos de una enfermedad

1.2.6. La comorbilidad. Es un término médico, y que se refiere a dos conceptos: 1) La *presencia* de uno o más trastornos (o enfermedades) además de la

enfermedad o trastorno primario. 2) El *efecto* de estos trastornos o enfermedades adicionales

1.2.7. Alimentación en el adulto mayor. . El envejecimiento, exitoso o no, está determinado sobre todo por la concomitancia de alteraciones patológicas, otrora atribuidas al propio proceso de envejecimiento y que, gracias a los conocimientos actuales, se sabe que dependen fundamentalmente de factores inherentes al estilo de vida, entre los que destaca la nutrición. Se basa considerablemente en proteínas, vegetales, magnesio, calcio vitamina A-B1.6.12- D-C que facilitan la absorción debida, para un metabolismo de acción positiva. Debe evitarse los tóxicos óseos, grasas saturadas que prevengan la decalcificación acelerada, además todo tipo de excesos de la ingesta alimenticia.

1.2.8. Recreación. Se entiende por recreación a todas aquellas actividades y situaciones en las cuales esté puesta en marcha la diversión, como así también a través de ella la relajación y el entretenimiento. Son casi infinitas las posibilidades de recreación que existen hoy en día, especialmente porque cada persona puede descubrir y desarrollar intereses por distintas formas de recreación y divertimento.

1.2.9. Terapia. Significa el tratamiento de las enfermedades ya sean físicas o psicológicas. La psicología humanista desarrolló una terapia llamada Gestalt, que no está referida a enfermedades y los modos de tratarlas, sino más bien a acentuar las capacidades humanas, basándose en las habilidades de cada uno, las que trata de hacer consientes.

1.2.10. La fisioterapia. Es una técnica de curación que consiste en apelar a elementos naturales (la luz, el agua) o a acciones mecánicas (un masaje). La palabra nace a partir de la unión de dos vocablos griegos: physis (“naturaleza”) y terapia (“tratamiento”). La etimología, pues, señala que fisioterapia es el “tratamiento a través de la naturaleza”.

1.2.11. Protocolo. Uno o un conjunto de procedimientos destinados a estandarizar un comportamiento humano u sistémico artificial frente a una situación específica.

1.2.12. Protocolo de tratamiento. Conjunto de acciones, procedimientos y exámenes auxiliares solicitados para un paciente con características determinadas.

1.2.13. Procedimiento es un conjunto de acciones u operaciones que tienen que realizarse de la misma forma, para obtener siempre el mismo resultado bajo las mismas circunstancias (por ejemplo, procedimiento de emergencia).

1.2.14. Manual de procedimientos. Contiene una descripción precisa de cómo deben desarrollarse las actividades de cada institución

Complementando al manual de procedimientos, están las instrucciones de trabajo que completan o detallan los procedimientos, ya que se utilizan para documentar procesos específicos.

1.2.15. Proceso. Es un conjunto de actividades o eventos (coordinados u organizados) que se realizan o suceden (alternativa o simultáneamente) bajo ciertas circunstancias con un fin determinado. Este término tiene significados diferentes según la rama de la ciencia o la técnica en que se utilice.

CAPITULO 2

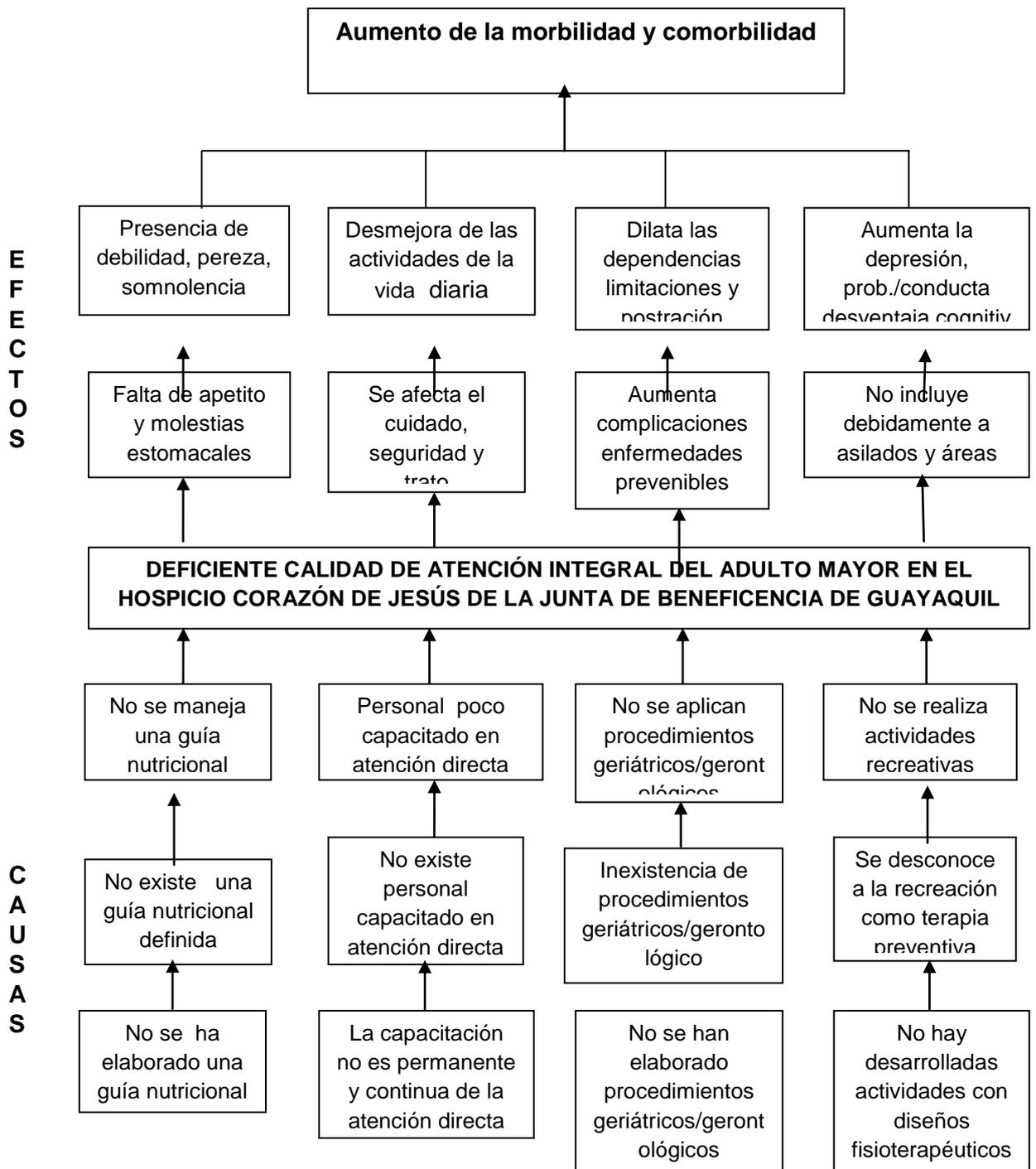
2. Diseño metodológico

Es un proyecto de acción, cuyo método utilizado para su desarrollo es el marco lógico, compuesto por: a) Matriz de involucrado, b) Árbol de problema, c) Árbol de objetivos, d) Matriz del marco lógico

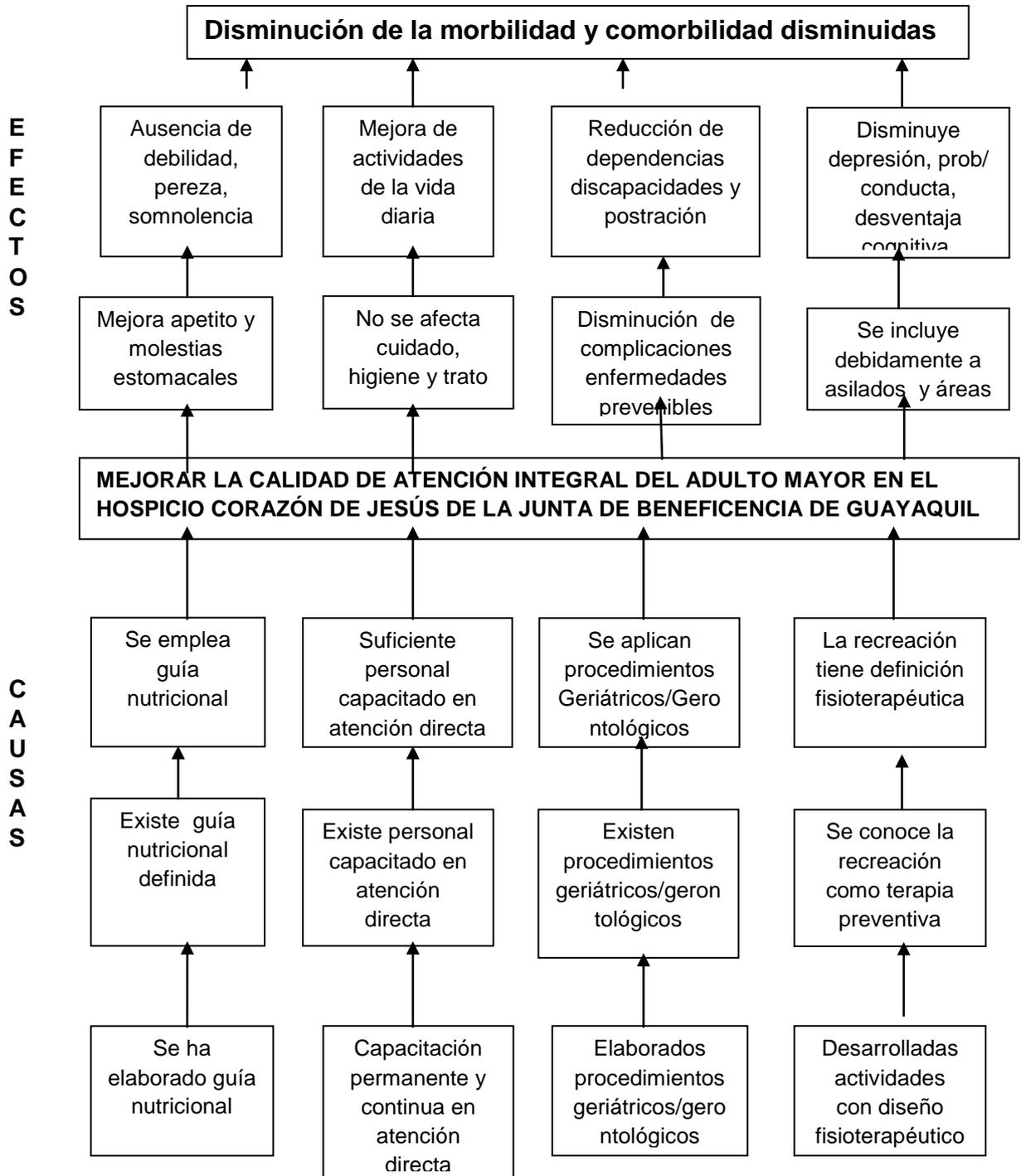
2.1. Matriz de Involucrados.

Grupos y/o instituciones	Intereses	Recursos y mandatos	Problemas percibidos
Dpto. de RR.HH jefe de personal	Mejorar la comunicación que existe con el personal de atención directa	Recursos: Humanos Mandato: Ley del Anciano Art. 16, 18, 21	Poca colaboración del personal
Profesionales área médica	Mejorar la coordinación interdisciplinaria para dar adecuada atención médica	Recursos: Humanos y técnicos Mandato: Ley del Anciano Art. 4,7	Atención médica poco eficiente, no hay coordinación entre especialistas
Profesional de terapia física	Mejorar la estructura interdisciplinaria para lograr un apropiado trabajo de equipo	Recursos: Humanos y técnicos Mandato: Ley del Anciano Art. 2, 4	Trabajo de equipo poco eficiente, no es apropiada su estructura interdisciplinaria
Profesional de enfermería	Mejorar la destreza en el cuidado al asilado del personal de atención directa	Recursos: Humanos Mandato: Ley del Anciano Art. 2, 4	Poca voluntad de corregir la atención en el cuidado
Profesional de seguridad y salud ocupacional	Optimizar el control y vigilancia de los incidentes y accidentes del asilado y empleados	Recursos: Humanos técnicos y materiales Mandato: Ley del anciano Art. 2	Poca cooperación del personal, se muestran renuentes al cambio
Profesional del servicio al adulto mayor	Optimizar la atención con una adecuada aplicación de procedimientos	Recursos: Humanos, técnicos y materiales Mandato: Ley del anciano Art.5	Escasa colaboración del personal
Personal de trabajo social laboral	Mejorar de la contratación del personal de atención directa con perfil que requiere el servicio	Recursos: Humano y técnico Mandato: Ley del anciano Art. 21	Contratación poco eficaz porque no se analiza el perfil adecuado
Maestrante	Mejorar el modelo de la recreación como terapia/tratamiento	Recursos: Humano y técnico Mandato: Ley del Anciano Art. 21	Poca colaboración del personal por desconocimiento

2.2. Árbol de problemas



2.3. Árbol de Objetivos



2.4. Matriz del marco lógico

Objetivo	Indicadores	Medios de verificación	Supuestos
Fin Contribuir a la disminución de la morbilidad y comorbilidad de los adultos mayores del Hospicio Corazón de Jesús	Disminución del 50% de morbilidad y comorbilidad del adulto mayor hasta Julio del 2013.	Informe de registros de encuestas	Disponibilidad de recurso institucional
Propósito Se brinda atención integral a los adultos mayores del Hospicio Corazón de Jesús.	El 100% de los adultos mayores reciben atención integral de calidad hasta Julio del 2013	Informe de registro de encuestas	Disponibilidad de recurso institucional
Componentes/resultados esperados			
1. Se cuenta con una guía nutricional para los adultos mayores	100% de la guía nutricional elaborada hasta Julio del 2013	Documento físico de guía	Apoyo de las autoridades y del personal técnico
2. Personal de atención directa capacitado atendiendo al adulto mayor	80% del personal de atención directa capacitada hasta Julio del 2013	Listado de asistencia Evaluaciones	Participación activa del personal
3. Protocolos/procedimientos de atención básica diseñados y aplicándose	100% del protocolo/procedimientos elaborado y aplicándose hasta Julio del 2013	Documento físico de Protocolos/procedimientos	Apoyo de las autoridades y del personal
4. Adultos mayores realizan actividades recreativas preventivas con diseño fisioterapéutico mediante un cronograma	100% de los asilados/atendidos con actividades de terapia recreativas preventivas hasta Julio del 2013	Fotos Informes de bitácoras Encuestas	Apoyo del personal y participación de los adultos mayores

Actividades	Responsables	Cronograma	Recursos
R.E 1: Se cuenta con una guía nutricional para los adultos mayores			
1.1 Reunión de socialización del proyecto con el personal de atención directa	Maestrante	3 de Mayo del 2013	5.00 dólares
1.2 Una reunión con el equipo de salud y nutricionista que fijen valores clínicos y orgánicos para la elaboración de la guía nutricional	Maestrante Nutricionista Equipo de salud	6 de Mayo del 2013	20.00 dólares
1.3 Tres reuniones para la elaboración y revisión de la guía nutricional/ con la nutricionista	Maestrante Nutricionista	13, 15, 17 de Mayo del 2013	10.00 dólares
R.E 2: Personal de atención directa capacitado atendiendo al adulto mayor			
2.1. Charla sobre Criterios de geriatría/gerontología para el personal de atención directa (auxiliares de enfermería y cuidadoras/res)	Maestrante	20, 22, 28, 30 de Mayo del 2013	5.00 dólares
2.2 Tres talleres prácticos sobre: cuidado, protección y trato al adulto mayor para el personal de atención directa (auxiliares de enfermería y cuidadores/as)	Maestrante y auxiliares de enfermería	3, 4, 6, 7, 10, 11, 13, 14, 17, 18, 20, 21, de Junio del 2013	10.00 dólares
2.3 Una charla sobre: Relaciones interpersonales con el adulto mayor para Jefas de salas	Médico Psiquiatra Maestrante	28 de Junio del 2013	10.00 dólares
2.4 Evaluación del aprendizaje	Autor del proyecto	24 de Junio del 2013	5.00 dólares
R.E 3: Protocolos/procedimientos de atención básica diseñados y aplicándose			
3.1 Seis reuniones con el personal de salud (médicos, Lcda. terapia física, Lcda.,	Maestrante Personal de salud (médicos, Lcda.	4, 7, 11, 14, 19, 21 de Marzo del	25.00 dólares

enfermería) para el Diseño/elaboración del Protocolo/procedimientos	terapia física y Lcda. enfermería)	2013	
3.2 Reunión de revisión del protocolo/ 3 procedimientos geriátricos/gerontológicos de atención básica con el personal de salud	Maestrante Personal de salud (médicos, Lcda. terapia física y Lcda. enfermería	22 Marzo del 2013	5.00 dólares
3.3 Charla sobre la utilidad en la práctica del Protocolo/ procedimientos geriátrico/gerontológico para el personal de atención directa	Maestrante	25, 26, 28, 29 de Marzo del 2013	10.00 dólares
R.E 4: Adultos mayores realizan actividades recreativas preventivas con diseño fisioterapéutico mediante un cronograma			
4.1 Desarrollo de actividades recreativas: técnicas, funcionales y Sociales con diseño fisioterapéutico	Maestrante	25, 26, 27 de Junio del 2013	5.00 dólares
4.2 Elaboración de un cronograma de actividades recreativas clasificadas	Maestrante	28 Junio/2013	5.00 dólares
4.3 Ejecución de las actividades recreacionales	Maestrante	1 al 26 de Julio/2013	20.00 dólares
4.4 Encuesta de satisfacción de la calidad de atención	Maestrante	29/Julio/2013	5.00 dólares

CAPITULO 3

3. Resultados

A continuación se describe los resultados del presente trabajo de intervención

3.1. Resultado 1.

Se cuenta con una guía nutricional para los adultos mayores

3.1.1. Indicador: El 100% de la guía con dietas específicas ajustadas a las necesidades reales

En este resultado se desarrollaron las siguientes actividades:

3.1.1.1. Se socializó el proyecto con el personal de atención directa (auxiliares de enfermería y cuidadoras/es) para dar a conocer los cuatros criterios que lo conforman y que fortalecen la integralidad del servicio como la nutrición, la capacitación, la aplicación de protocolo/procedimientos y la recreación como terapia.

Para cumplir esta actividad se llevaron a cabo 8 reuniones con el personal de atención directa, del turno de la mañana (07h00 a 13h00 que tiene el mayor número de personal), y por grupos (no se pueden dejar las salas solas) con la participación total de 48 colaboradores (100% de la población objetivo) a quienes se informó el propósito del proyecto, aceptando participar del mismo, Adjunto fotografías de grupos participantes (Anexos 1)

3.1.1.2. Reunión con el equipo de salud y nutricionista que fijen valores clínicos y orgánicos para la elaboración de la guía nutricional. Para cumplir con esta actividad se mantuvo una reunión en el consultorio # 1 con el equipo de salud (Dr. Santamaría-medico clínico, Dr. Looor-médico psiquiatra, Lcda. Moreno-fisioterapista, Lcda. Molina- enfermera, la Lcda. Guadalupe Gonzales Z- nutricionista y la Lcda. Delgado maestrante; en la que se formularon criterios valiosos con enfoque asertivo para la elaboración de dietas ajustadas a las diferentes necesidades, con una duración de 45 minutos. Se adjunta una foto de la reunión (Anexos 2)

3.1.1.3. Tres reuniones para elaboración y revisión de la guía nutricional/ con la nutricionista. Para efectuar esta actividad se realizaron 3 reuniones de 45 minutos, tomando en consideración: los juicios clínicos orgánicos emitidos en la reunión anterior por el equipo de salud, y las fórmulas de la molécula calórica diaria de cada dieta proporcionada por la nutricionista, concretándose la elaboración de 9 dietas definidas: Osteoporosis, Híperproteica, Diabéticos

controlados normopeso, Hipo sódica normocalórica/Hipertensión, Dislipidemias con menos de 300mg de colesterol, Licuada por sondas, Libre de gluten/intolerantes a las harinas, Blandas (procesos infecciosos, gastrointestinales, gastritis, colitis, úlceras, demencias senil, disfagia), Hipocalórica (sobrepeso, obesidad). Se adjunta guía nutricional con 9 de las dietas definidas (Anexos 3)

3.1.2. Memoria técnica 1.1

3.1.2.1. Grupo meta: Auxiliares de enfermería y cuidadores/as

3.1.2.2. Eventos: Reunión de socialización del proyecto al personal de atención directa del hospicio Corazón de Jesús de la ciudad de Guayaquil

3.1.2.3. Lugar: Salas generales y contribuyentes

3.1.2.4. Fechas: 2, 3, 9, 10, Mayo del 2013

3.1.2.5. Duración: 30 minutos

3.1.2.6. Responsable: Lcda. Carmen Delgado Vilela

3.1.2.7. Objetivo general: Compartir y exponer el propósito fundamental del proyecto que es el de mejorar la atención integral del adulto mayor

3.1.2.8. Metodología, técnica, y materiales: Se efectuaron 8 reuniones/8 grupos, 2 grupos por día/de 6 persona, durante 4 días. Se entregó un tríptico del proyecto como información complementaria, se mostró por video el perfil de instituciones del país y de otros países, con el afán de evidenciar el valor del servicio al adulto mayor, la modalidad de la socialización fue participativa. Se adjunta tríptico del proyecto (Anexo 4)

3.1.2.9. Compromiso: El personal de atención directa se comprometió a desarrollar una cultura de empoderamiento en el desempeño de sus labores.

3.1.2.10. Análisis: Cabe señalar que el limitado recurso humano en esta rama, hace de la atención se la realice basada en la intuición, observándose la necesidad de la información y capacitación continua sobre la geriatría/gerontología.

3.1.2.11. Sugerencia: Se debe realizar reuniones periódicas con el personal de atención directa, pero con carácter interactivo, para que el intercambio de ideas sea de provecho y/o aprendizaje en el desempeño de labores.

3.1.3. Memoria técnica 1.2

3.1.3.1. Grupo meta: Médicos (clínico, psiquiatra, general), Fisioterapistas, Enfermera y Nutricionista

3.1.3.2 Eventos: Reunión del personal del equipo de salud del Hospicio Corazón de Jesús de la ciudad de Guayaquil con la Lcda. Guadalupe Gonzales /Nutricionista, para determinar los valores clínicos orgánicos de las dietas.

3.1.3.3. Lugar: Consultorio 1

3.1.3.4. Fecha: 6 de Mayo del 2013

3.1.3.5. Duración: 1 hora 30 minutos

3.1.3.6. Responsable: Lcda. Carmen Delgado V,

3.1.3.7. Objetivo general: Obtener la información básica que sustente para la elaboración de dietas.

3.1.3.8. Metodología, Técnica y materiales: Se realizó una reunión con la nutricionista y profesionales de salud para organizar la información. Los médicos, de acuerdo a la experiencia, es el caso del Dr. Santamaría/clínico (32 años como tratante en la institución, 33 años con la cátedra de clínica interna) ofreció criterios de gran soporte técnico basados en la actualización continua de su especialidad; el Dr. Loo/ psiquiatra (catedrático por 35 años con 15 años de servicio en la institución) también manifestó la relación de la nutrición con los cuadros psicopatológicos y sus deficiencias. Se consideró diferentes pirámides alimenticias, La Lcda. Fisioterapista sugirió la necesidad de una dieta para osteoporosis/ artrosis y otros problemas óseos de gran incidencia, así también la Lcda. Enfermera manifestó que se debe administrar la nutrición apropiada en los caso de alimentación por sondas, intolerancias o pérdida de apetito.

3.1.3.9. Compromiso: El equipo médico concretó su responsabilidad de estar vigilante de los cambios y necesidades reales nutricionales permanentemente para una alimentación apropiada.

3.1.3.10. Análisis: El trabajo de equipo es una herramienta de la salud de gran relevancia y responsabilidad en la atención del adulto mayor, por lo tanto el intercambio de criterios en materia de nutrición adecuada debe estar presente en la alimentación diaria con eficiencia y eficacia.

3.1.3.11. Sugerencias: Se debe mantener una actitud de vigilancia y control permanente de las deficiencias o carencias nutricionales en el asilado.

3.1.4. Memoria técnica 1.3

3.1.4.1. Grupo meta: Personal del Equipo de salud

3.1.4.2. Eventos: Se realizaron 3 reuniones para la elaboración de la guía nutricional con la Lcda. Guadalupe Gonzales Z. /Nutricionista del Hospital Luis Vernaza y la Lcda. Carmen Delgado, Maestrante del Hospicio Corazón de Jesús para definir la elaboración de la guía nutricional, complementada con los criterios explicados por el equipo de salud.

3.1.4.3. Lugar: Departamento de terapia recreativa y ocupacional

3.1.4.4. Fecha: 13, 15, 17 de Mayo del 2013

3.1.4.5. Duración: 45 minutos

3.1.4.6. Responsable: Lcda. Carmen Delgado V.

3.1.4.7. Objetivo general: Elaborar una guía nutricional ajustada a las necesidades alimentarias reales del adulto mayor, previniendo complicaciones digestivas, deficiencias nutricionales, intolerancias o pérdida de apetito.

3.1.4.8. Metodología, Técnica y materiales: Para realizar esta actividad se contó con los criterios clínicos técnicos de los profesionales de la salud de la institución, la participación y asesoramiento técnico de la Lcda. Nutricionista. Se revisaron varias pirámides alimenticias de la Organización Mundial de la Salud como parámetros que optimicen la eficacia y eficiencia de su utilización para la elaboración de dietas específicas.

3.1.4.9. Compromiso: Proporcionar una guía nutricional con aspectos relevantes en nutrición, prevención y vigilancia de los cambios propios del adultos mayor.

3.1.4.10. Desarrollo: Una de las reuniones se la dedicó a la revisión de 30 historia clínicas (15 hombres y 15 mujeres) como indicador, identificando signos o síntomas de mayor incidencia relacionados con carencias o deficiencias clínicas orgánicas que den soporte a la elaboración de las dietas específicas.

3.1.4.11. Sugerencia: La actualización de las dietas deben ser periódicas, por los menos semestralmente, para permitir la confiabilidad de la alimentación adecuada.

3.1.5. Análisis del cumplimiento del resultado 1

La participación y colaboración técnica de los profesionales de la salud involucrados en esta actividad fue elemental y agradable, tanto así que se logra elaborar una guía nutricional con dietas específicas apoyando una alimentación adecuada, observándose que el adulto mayor tiene mejor apetito, come más a la hora del alimento, alteraciones orgánicas disminuidas y controladas, animación a la integración en actividades recreacionales. Cabe resaltar que se empezó la gestión para contratar el servicio de un profesional en nutrición.

Tabla #4 Listado de participantes de la actividad 1

Nombre	Cargo	Actividad
Dr. Milton Santamaría E.	Medico	1.2 y 1.3
Dr. Pedro Loor S.	Medico	1.2 y 1.3
Lcda. Mercy Molina S.	Enfermera	1.1 - 1.2 y 1.3
Lcda. Nelly Moreno B.	Terapista Físico	1.2 y 1.3
Lcda. Carmen Delgado V.	Terapista Físico	1.1 – 1.2 y 1.3
Lcda. Guadalupe Gonzales Z.	Nutricionista	1.2 y 1.3
Acosta María José	Aux./cuidado	1.1
Bajaña Chiriguaya Mariela	Asistente/sala	1.1
Briones Saltos Gladys	Aux./cuidado	1.1
Cabrera Gonzales Martin	Aux./ Servicio	1.1
Ferrusola Peña Emilia	Asistente/sala	1.1
Flor Peralta Johanna	Aux./servicio	1.1
Freire Urquiza Paola	Aux./cuidado	1.1
Girón Urquiza Daisy	Asistente/sala	1.1
Guevara Gallegos Nelson	Aux. / Enf.	1.1
Gómez Verdugo Angélica	Aux./servicio	1.1
Hernández Romero Ana	Aux./cuidado	1.1
Lema Mendoza Cristina	Asistente/sala	1.1

Pote Arévalo Mónica	Aux./cuidado	1.1
Quinto Pita Nevi	Asistente/sala	1.1
Reyes Muñiz Marco	Aux./cuidado	1.1

3.2. Resultado 2

Personal de atención directa capacitado atendiendo al adulto mayor

3.2.1. Indicador: 100% del personal de atención directa capacitado con 3 talleres prácticos en: Cuidado, Protección y Trato.

Para alcanzar los resultados se desarrollaron las siguientes actividades:

3.2.1.1. Se dio charla sobre Criterios generales de geriatría/gerontología para el personal de atención directa, con el objetivo de identificar el concepto, función y demás criterios técnicos

Para efectuar esta actividad fue necesario llevar a cabo 8 reuniones, 2 por día con el personal de atención directa del turno de la mañana (posee el mayor número de personal) y por grupos pequeños (las salas no pueden quedar solas y en horarios que no interfiera con las labores). Teniendo una participación total de 48 colaboradores (100% de la población objetivo). Se compartió definiciones de diferenciación entre la geriatría y la gerontología, la importancia de consolidar e identificar ampliamente estos criterios, como sustento para realizar otros temas de capacitación, fortaleciendo el desempeño que garantice la calidad del servicio. Se adjunta fotos de socialización de criterios conceptuales de geriatría y gerontología. (Anexo 5)

3.2.1.2. Se ejecutaron 3 Talleres prácticos sobre: cuidado, protección y trato del adulto mayor para el personal de atención directa (auxiliares de enfermería y cuidadores/as)

Para llevar a efecto esta actividad se requirió de 12 reuniones 4 por semana en las mismas salas, en momentos, en que el personal de atención directa se encontraba justamente ejerciendo sus labores, pudiendo realizarse lo práctico del taller. Se obtuvo la participación total de 48 colaboradores (100% de la población objetivo).

Se sensibilizó sobre la responsabilidad técnica, que debe desarrollar el personal que diariamente ejerce estas funciones, porque son actividades que mejoran la

calidad de vida del adulto mayor, pero que además deben armonizar la experiencia, la intuición, la habilidad con el conocimiento técnico en cuidado, protección y trato garantizando el bienestar del asilado. Se adjunta fotos de cada taller identificado con la actividad. Se adjunta fotos de los talleres realizados. (Anexo 6 – 7 - 8)

3.2.1.3. Charla de motivación: Relaciones interpersonales de bienestar entre colaborador y adulto mayor para las jefas encargadas de las salas

Para el efecto de esta actividad se realizó una charla ofrecida por el Dr. Pedro Loor, dirigida a las jefas encargadas de cada sala, como líderes del personal de atención directa que tienen a su cargo. Se obtuvo la participación total de 12 colaboradoras (100% de la población objetivo). El objetivo es que luego trasmitan lo asimilado, desplegando una cultura solidaria, tolerante y responsable que mejore las necesidades psicoemocionales, cuadros depresivos, problemas de conducta y adaptación institucional que comúnmente se presentan en el adulto mayor, desde la interrelación como actividad de la vida diaria. Se adjunta foto y lista de las jefas encargadas de salas (Anexo 9)

3.2.1.4. Evaluación del aprendizaje.

Para ejecutar esta actividad se realizó un seguimiento al personal de atención directa, por salas, en el momento de las variadas tareas de atención y cuidado del adulto mayor, durante el mes de julio 3 veces por semana variando los días. Se realizaron preguntas sin el carácter de conceptos o pruebas, evitando intimidar al colaborador permitiendo una interacción fluida como fue el objetivo de los talleres prácticos.

Se complementó con una encuesta con preguntas de opción múltiple como referencia evidente de evaluación. Se adjunta Formato de la evaluación de aprendizaje para el personal de atención directa (Anexo 10)

3.2.2. Memoria técnica 2.1

3.2.2.1. Grupo meta: Personal de Atención directa

3.2.2.2. Evento: Reuniones por grupos en las salas generales y de contribuyentes del Hospicio Corazón de Jesús para realizar la charla sobre Criterios generales de geriatría y gerontología

3.2.2.3 Lugar: Salas generales y contribuyentes

3.2.2.4. Fecha: 20, 22, 28, 30 de Mayo de 2013

3.2.2.5. Duración: 30 minutos

3.2.2.6. Responsable: Lcda. Carmen Delgado V.

3.2.2.7 Objetivo general: Brindar y compartir conceptos claros, generales y básicos para que identifiquen con el debido conocimiento técnico, lo esencial de la labor que desempeñan y del servicio que ofrece la institución con eficiencia y eficacia.

3.2.2.8. Metodología, técnica y materiales: Para realizar esta actividad se efectuaron 8 reuniones/8 grupos, 2 grupos por día. La charla hizo uso de términos claros, sencillos y entendibles (por el nivel de educación) puesto que como es sabida la especialidad es limitada en recurso humano, existiendo una tendencia a ocupar estos espacios por personas que requieren trabajar. Se utilizó folletos, videos, laptops.

3.2.2.9. Compromiso: Este grupo primordial del servicio, se comprometió a participar de los talleres a realizarse, de mantener y buscar una mayor información, escrita o por internet como se sugirió, de forma permanente para fortalecer el desempeño diario de labores con el esmero propio del servicio.

3.2.2.10. Sugerencia: Tener diálogos interactivos por lo menos una vez al mes con el equipo de salud, para lograr una comunicación más sustancial llenando esos vacíos en conocimiento técnico, fomentando la calidad del servicio que beneficie el bienestar del asilado.

3.2.3. Memoria técnica 2.2

3.2.3.1. Grupo meta: Personal de Atención directa

3.2.3.2. Evento: Talleres prácticos sobre Cuidado, Protección y Trato

3.2.3.3. Lugar: Salas generales y contribuyentes

3.2.3.4. Fecha: 3, 4, 6, 7, 10, 11 13, 14, 17, 18, 20, 21 de Junio del 2013

3.2.3.5. Duración: 30 minutos

3.2.3.6. Responsable: Lcda. Carmen Delgado V.

3.2.3.7. Objetivo general: Ejecutar técnicamente la misma tarea por todo el personal de atención directa, remediando las brechas del conocimiento para lograr un trabajo de equipo funcional y dinámico.

3.2.3.8. Metodología, técnica y materiales: Se realizaron 12 talleres prácticos en las salas, 4 por semana, con las temáticas de; cuidado, protección y trato (auxiliares de enfermería y cuidadoras/es), Cada taller se efectuó en momentos de las actividades diarias/desempeño de labores, considerando lo factible del método para una clara visión de lo que se espera enseñar con un lenguaje claro, pausado con términos de fácil comprensión; cuando se utilizó sobre todo los técnicos, se ofreció la oportuna aclaración.

Se utilizó folletos que demostraron la veracidad documentada de lo expuesto y transmitido. Se solicitó intervención de los participantes, con sus experiencias y habilidades, fortaleciendo el sentido de responsabilidad y valor que cada colaborador posee en el servicio que se ofrece al adulto mayor.

3.2.3.9. Compromiso: Mantener comunicación permanente personal para trabajar en cadena y fortalecer el equipo de salud.

3.2.3.10. Sugerencia: Fue positiva la predisposición de los colaboradores para aprender y al mismo tiempo exponer sus impresiones, por tal motivo deben llevarse a cabo reuniones periódicas como equipo de atención.

3.2.4. Memoria técnica 2.3

3.2.4.1. Grupo meta: Enfermeras encargadas de jefaturas de las salas

3.2.4.2. Evento: Charla de motivación sobre Relaciones interpersonales de bienestar con el adulto mayor del Hospicio Corazón de Jesús, ofrecida por el Dr. Pedro Looor Psiquiatra de la institución

3.2.4.3. Lugar: Consultorio 2

3.2.4.4. Fecha: 28 de Junio del 2013

3.2.4.5. Duración: 1 hora

3.2.4.6. Responsable: Lcda. Carmen Delgado V.

3.2.4.7. Objetivo general: Bridar herramientas en conocimiento, aptitudes y cuidados para el manejo de cuadros psicoemocionales y patológicos presentes en el

adulto mayor, que afectan el convivir diario, consiguiendo mejorar la calidad de vida y el entorno en general.

3.2.4.8. Metodología técnica y material: Para realizar esta actividad se hizo una charla con el médico psiquiatra y las enfermeras jefas encargadas de sala; de cómo se el tema es de “cómo manejar los cambio de personalidad y carácter del adulto mayor en el cuidado”. Se utilizó información clínica actualizada vía internet y mensajes multimedia como apoyo de la exposición

3.2.4.9. Compromiso: Se comprometen a compartir lo aprendido con su personal a cargo con liderazgo apremiante, para lograr el control, actuación y conocimiento adecuados.

3.2.4.10. Sugerencia: Mantener la comunicación con el médico psiquiatra quien guiará clínicamente el manejo en los casos específicos de los adultos mayores.

3.2.5. Memoria técnica 2.4

3.2.5.1. Grupo meta: Personal de atención directa.

3.2.5.2. Eventos: Se aplicó una encuesta al personal de atención directa del Hospicio Corazón de Jesús sobre los talleres prácticos.

3.2.5.3. Lugar: Salas generales y contribuyentes y Sala de observación (atención primaria y hospitalización)

3.2.5.4. Fecha: 24 Junio 2013

3.2.5.5. Duración: 15 minutos

3.2.5.6. Responsable: Lcda. Carmen Delgado V.

3.2.5.7. Objetivo general: Obtener la información clara, en temas específicos de prioridad para la capacitación adecuada que fortalezca la atención directa.

3.2.5.8. Metodología, técnica y materiales: Se elaboró una encuesta de 10 preguntas de opción múltiple. Las cuales estaban clasificadas en tres categorías que determinaron lo aprendido (48 colaboradores) en el manejo de los adultos mayores.

Se utilizó material de oficina, con la entrega de la hoja de encuesta

El resultado se valoró con los siguientes criterios:

Optimo: 10 respuestas correctas

Bueno: 8 respuesta correctas

Regular: 6 respuestas correctas

3.2.5.9. Compromiso:

Proteger la confidencialidad de los resultados.

Poner en conocimiento los resultados a las autoridades de la institución

Planificar eventos de capacitación según el rendimiento obtenido

3.2.5.10 Sugerencia: Realizar evaluaciones cuando se capacite al personal

3.2.5.11. Desarrollo: Se evalúa el aprendizaje de los contenidos

Tabla # 5 Perfil de la evaluación de aprendizaje

Antes de la capacitación
(Grupo meta 48)

Después de la capacitación
(Grupo meta 48)

Criterios	# Resp.	Criterios	# Resp.
Optimo	12	Optimo	19
Bueno	17	Bueno	21
Regular	19	Regular	8

3.2.6. Análisis del cumplimiento del resultado 2

Los tres talleres prácticos realizados, han tenido una aceptación, participación e interacción notoria, la metodología de utilizada por salas, con grupos limitados y por secciones, brindó la oportunidad de hacer preguntas, intercambiar experiencias, corregir acciones, aprender de forma directa lo que las teorías muy a menudo quedan por corroborarse. Luego se realiza la encuesta con un resultado muy positivo y alentador sosteniendo que el aprendizaje fue favorable para todos; observándose un accionar del personal de atención directa más acertada, responsable y cálida.

Tabla # 6 Listado de participantes de la actividad 2

Nombre	Cargo	Actividad
Arcentales Moreno Ana	Aux./cuidado	2.1 - 2.2 y 2.4
Acosta María José	Aux./cuidado	2.1 - 2.2 y 2.4
Bajaña Chiriguaya Mariela	Asistente/sala	2.1 - 2.2 y 2.4
Briones Saltos Gladys	Aux./cuidado	2.1 - 2.2
Cabrera Gonzales Martin	Aux. Servicio	2.1 - 2.2
Cevallos Gonzales Verónica	Aux./Enfer.	2.2 - 2.2- 2.3 y 2.4
Cruz López Alan	Aux./cuidado	2.1 - 2.2 y 2.4
Cuevas Fiallos Juan Carlos	Aux./cuidado	2.1 - 2.2 y 2.4
Choez Choez Elizabeth	Aux./cuidado	2.2 - 2.4
Lucas Demera Genith	Asistente/sala	2.2 - 2.2 -2.3 y 2.4
Maxi Manzano Gladys	Asistente/sala	2.2 - 2.2 y 2.4
Martínez Haro Karina	Asistente/sala	2.2 - 2.2 - 2.3 y 2.4
Minda Vélez Amarilis	Aux./cuidado	2.2 - 2.4
Morales Jaramillo María	Aux./cuidado	2.2 - 2.4
Molina Seminario Mercy	Enfermera	2.1 - 2.2 -2.3 y 2.4
Moreira Martillo Amable	Aux./cuidado	2.1 - 2.2 y 2.4
Navarro Santillán Carmen	Aux./cuidado	2.1 - 2.2 y 2.4
Ortiz Ubilla Andrés	Aux./servicio	2.2 - 2.4
Ortega Mueces Marcela	Asistente/sala	2.2 - 2.4
Holguín Haro Ketty	Aux./cuidado	2.1 - 2.2 y 2.4
Pote Arévalo Mónica	Aux./cuidado	2.1 - 2.2 y 2.4
Quinto Pita Nevi	Asistente/sala	2.1 - 2.2 -2.3 y 2.4
Reyes Muñiz Marco	Aux./cuidado	2.1 - 2.2 y 2.4
Rodríguez Flores Elena	Aux./cuidado	2.2 - 2.4
Román Jurado Clarivel	Aux./cuidado	2.1 - 2.2 y 2.4
Rugel Castro Liliana	Aux./cuidado	2.1 - 2.2 y 2.4
Tumbaco Velastegui Omar	Aux. servicio	2.1 - 2.2 y 2.4

Ugalde Miranda Mary	Aux./cuidado	2.1 - 2.2 y 2.4
Valencia Rodríguez Karla	Aux./servicio	2.1 - 2.2 y 2.4
Vanegas Mite Nelly	Aux./cuidado	2.2 - 2.4
Vera Pacheco Lorena	Aux./enferm	2.1 - 2.2 y 2.4
Villamarin Silva Carmen	Aux./servicio	2.2 - 2.4
Guevara Gallegos Nelson	Aux./ enf.	2.1 - 2.2 y 2.4
Gómez Verdugo Angélica	Aux./servicio	2.1 - 2.2 y 2.4
Hernández Romero Ana	Aux./cuidado	2.2 - 2.4
Lema Mendoza Cristina	Asistente/sala	2.1 - 2.2 -2.3 y 2.4
Girón Urquiza Daisy	Asistente/sala	2.1 - 2.2 -2.3 y 2.4

3.3. Resultado 3

Protocolo/procedimientos de atención básica diseñados y aplicándose

3.3.1. Indicador: El 100% de protocolo/procedimientos geriátricos/gerontológicos diseñados para la atención básica del adulto mayor.

3.3.1.1. Seis reuniones con el personal de salud (médicos, Lcda. terapia física, Lcda. enfermería) para el Diseño/elaboración de Protocolo/procedimientos geriátricos/gerontológicos básicos

Para realizar esta actividad se concretaron reuniones con el personal del equipo de salud, donde se aportó con la experiencia y el conocimiento técnico en la atención geriátrica desde cada especialidad, intercambiando además sugerencias de protocolos de salud y atención sobre el adulto mayor de otros países, logrando la elaboración con adaptación de otros protocolos existentes en otros países. Se adjunta foto de las reuniones (anexo 11)

3.3.1.2. Revisión del protocolo/3 procedimientos de atención básica con el personal de salud diseñados/elaborados

Esta actividad se efectuó en una reunión con el personal de salud, para realizar un análisis técnico con las correcciones pertinentes, obteniendo un documento de técnico y confiable que brinde la seguridad requerida como instrumento para aplicarlo en la práctica. Se adjunta el documento diseñado (Anexo 12)

3.3.1.3. Charla sobre el Protocolo/3 procedimientos geriátrico/gerontológico para el personal de atención directa, la utilidad de su práctica

Esta actividad se la efectuó en 4 reuniones con el personal de atención directa cuyo objetivo fue informar las ventajas de su utilidad y el porqué de su práctica necesaria como instrumento de calidad en la atención del adulto mayor.

Se adjunta foto de la aplicación en sala de observación (Anexo 13)

3.3.2. Memoria técnica 3.1

3.3.2.1 Grupo meta: Personal del Equipo de salud

3.3.2.2 Evento: Reuniones para el diseño de protocolo/procedimientos geriátrico/gerontológico de atención básica para el Hospicio Corazón de Jesús.

3.3.2.3. Lugar: Consultorio 1

3.3.2.4. Fecha: 4, 7, 11, 14,19, 21, Marzo de2013

3.3.2.5. Duración: 1h30 minutos

3.3.2.6. Responsable: Lcda. Carmen Delgado V.

3.3.2.7. Objetivo: Diseñar un protocolo/procedimientos geriátrico/gerontológico de atención básica como herramienta técnica.

3.3.2.8. Metodología, técnica, materiales: Para ejecutar esta actividad se llevaron a cabo 3 reuniones, a más de los criterios técnicos de los profesionales de la salud de la institución, se consideró lineamientos de otros protocolos como guía: de la Organización Mundial de la Salud, El Manual de Procedimientos de Enfermería del Hospital Basurto de Bilbao, la Organización Panamericana de Salud

3.3.2.9 Compromiso: Por la necesidad de esta herramienta, el equipo de salud se compromete a diseñar otros protocolo/procedimientos de suma importancia

3.3.2.10 Sugerencia: Se debe perseguir el compromiso adquirido por el equipo de profesionales de la salud, para que se concrete.

3.3.3. Memoria técnica 3.2

3.3.3.1. Grupo meta: Personal del equipo de salud

3.3.3.2. Evento: Revisión del protocolo/ procedimientos geriátrico/gerontológico de atención básica para el Hospicio Corazón de Jesús

3.3.3.3. Lugar: Consultorio 1

3.3.3.4. Fecha: 22 de Marzo del 2013

3.3.3.5. Duración: 1h30 minutos

3.3.3.6. Objetivo: Se analizó, reviso y corrigió el protocolo/3 procedimiento geriátrico/gerontológico como una herramienta de estándar de calidad

3.3.3.7. Responsable: Lcda. Carmen Delgado V.

3.3.3.8. Metodología, técnica, materiales: En la revisión se utilizó comparaciones con otros protocolos de salud nacionales e internacionales para que el ajuste que se plasmó como atención geriátrica/gerontológica tenga la valía técnica pretendida

3.3.3.9. Compromiso: Lograr que se ponga en práctica diariamente en cada tarea con la efectividad correspondiente.

3.3.3.10. Sugerencia: Efectuar revisiones periódicas anuales para hacer los cambios pertinentes, cuando se tengan sugerencias fundamentadas por el equipo de salud.

3.3.4. Memoria técnica 3.3

3.3.4.1. Grupo meta: Personal de atención directa

3.3.4.2. Evento: Reuniones con el personal de atención directa para informar de la utilidad de la aplicación del protocolo/procedimientos de atención básica en el hospicio Corazón de Jesús.

3.3.4.3. Lugar: Salas generales y contribuyentes.

3.3.4.4. Fecha: 25, 26,28, 29 de Marzo del 2013

3.3.4.5. Duración: 30 minutos.

3.3.4.6. Responsable: Lcda. Carmen Delgado V.

3.3.4.7. Objetivo: Exponer la ventaja de saber utilizar los protocolo/procedimientos para la atención correcta del adulto mayor.

3.3.4.8. Metodología, técnica, materiales: Se realizaron las reuniones por salas, utilizando computador portátil, con presentaciones en PowerPoint.

3.3.4.9. Compromiso: De poner en práctica el 100% del protocolo/procedimientos

3.3.4.10. Sugerencia: Monitorear para garantizar la aplicación permanente de los protocolos.

3.3.5. Análisis del cumplimiento del resultado 3

Esta actividad ha sido muy enriquecedora para el personal de salud, que actuó como un equipo interdisciplinario interactivo, aportando, analizando y sugiriendo información técnica, experiencia y pericia que complementándose con otras documentaciones se logró formalizar un protocolo muy básico, sencillo de fácil comprensión para su aplicación. Lo importante de anotar, es la cultura de empoderamiento desarrollada por parte del personal de salud y autoridades de la institución apoyando para continuar con la elaboración de otros protocolos que sustenten el asertivo desenvolvimiento de la atención integral y por consiguiente mejorar su calidad de atención.

Tabla # 7 Lista de participantes de la actividad 3

Nombre	Cargo	Actividad
Dr. Milton Santamaría E.	Medico	3.1 y 3,2
Dr. Pedro Loor S.	Medico	3.1 y 3,2
Lcda. Mercy Molina S.	Enfermera	3.1 y 3,2
Lcda. Nelly Moreno B.	Terapista Físico	3.1 y 3,2
Lcda. Carmen Delgado V.	Terapista Físico	3.1 3.2.y 3.3
Bajaña Chiriguaya Mariela	Asistente/sala	3.3
Briones Saltos Gladys	Aux./cuidado	3.3
Cabrera Gonzales Martin	Aux. Servicio	3.3
Cevallos Gonzales Verónica	Aux./Enfer.	3.3
Cruz López Alan	Aux./cuidado	3.3
Cuevas Fiallos Juan Carlos	Aux./cuidado	3.3

Choez Choez Elizabeth	Aux./cuidado	3.3
Espinoza Quinto Heidi	Aux./servicio	3.3
Franco Quiroz Yessenia	Aux./servicio	3.3
Ferrusola Peña Emilia	Asistente/sala	3.3
Flor Peralta Johanna	Aux./servicio	3.3
Freire Urquiza Paola	Aux./cuidado	3.3
Girón Urquiza Daisy	Asistente/sala	3.3
Guevara Gallegos Nelson	Aux. / enf.	3.3
Gómez Verdugo Angélica	Aux./servicio	3.3
Hernández Romero Ana	Aux./cuidado	3.3
Lema Mendoza Cristina	Asistente/sala	3.3
Maxi Manzano Gladys	Asistente/sala	3.3
Martínez Haro Karina	Asistente/sala	3.3
Minda Vélez Amarilis	Aux./cuidado	3.3
Moreira Martillo Amable	Aux./cuidado	3.3
Navarro Santillán Carmen	Aux./cuidado	3.3
Ortiz Uvilla Andrés	Aux./servicio	3.3
Ortega Mueces Marcela	Asistente/sala	3.3
Holguín Haro Ketty	Aux./cuidado	3.3
Rodríguez Flores Elena	Aux./cuidado	3.3
Román Jurado Clarivel	Aux./cuidado	3.3
Rugel Castro Liliana	Aux./cuidado	3.3
Tumbaco Velastegui Omar	Aux. servicio	3.3
Ugalde Miranda Mary	Aux./cuidado	3.3

3.4. Resultado 4

Adultos mayores realizan actividades recreativas preventivas con diseño fisioterapéutico mediante un cronograma

3.4.1. Indicador: 100% de las actividades recreativas preventivas desarrolladas con diseño fisioterapéutico

Para lograr el resultado se realizaron las siguientes actividades

3.4.1.1. Desarrollo de actividades recreativas con diseño fisioterapéutico: Técnicas, Funcionales y Sociales

Para lograr esta actividad la Lcda. Carmen Delgado V (maestrante) realiza 3 pre valoraciones: Cognitiva, de depresión y de dependencia, para diseñarlas con un criterio fisioterapéutico de prevención, las cuales se definen y se clasifican en: *Actividades Recreativas Técnicas* como son las manualidades que para realizarlas requieren condición motora, sensitiva y cognitiva; *Actividades Recreativas Funcionales* como son los ejercicios de memoria, juegos de mesa, gerontogimnasia que para su realización requieren condición motora y cognitiva; y *Actividades recreativas Sociales* como son los paseos, agasajos, festividades que para su realización requiere condición motora y sensitiva sociales.

3.4.1.2. Elaboración de un cronograma de actividades recreativas clasificadas

Para lograr esta actividad la Lcda. Carmen Delgado V (maestrante) elabora un cronograma con clasificación recreacional de tareas posibles y adaptadas a las condiciones físicas, mentales, cognitivas y psicoemocionales del adulto mayor, determinando la atención grupal o individual. El mismo que se presentó al personal del equipo de salud para recoger sugerencias. Se adjunta cronograma de las actividades técnicas, funcionales y sociales (Anexo 15)

3.4.1.3. Ejecución de las actividades recreacionales

Esta actividad se llevó a cabo ejecutando el cronograma elaborado, el cual posee una clasificación recreacional con adaptaciones ajustadas a las posibilidades, limitaciones y disminuciones físicas, mentales, cognitivas y psicoemocionales presentes en los adultos mayores, sin presionar a la participación salvo el caso cuando es canalizado por secuela patológica (hemiplejía, fracturas, neuropatías y otras) donde se busca modos de convencimiento. Se adjunta fotos desarrollando las

actividades manualidades (sábanas de retazos, tejido de tapetes, bordado de manteles; ejercicios de memoria (rompecabezas, dibujo/pintados, desarrollo de tacto/tiempo/espacio y juegos de mesa (parchís, dama); y sociales (bingo, taller de integración/ dialogo interactivo/recuerdos/comentarios) (Anexo 14)

3.4.1.4. Encuesta de satisfacción de la calidad de atención

Para realizar esta actividad se efectuó una encuesta como medición de la satisfacción de la calidad de atención a un grupo de 30 asilados (15 hombres y 15 mujeres) de salas generales y contribuyentes. Se adjunta formato de la encuesta de satisfacción (Anexo 16)

3.4.2. Memoria técnica 4.1

3.4.2.1. Grupo meta: Personal de salud del equipo medico

3.4.2.2. Evento: Desarrollo de actividades recreacionales preventivas con diseño fisioterapéutico para el Hospicio Corazón de Jesús

3.4.2.3. Lugar: Departamento de terapia recreativa y Ocupacional

3.4.2.4. Fecha: 25, 26, 27 de Junio del 2013

3.4.2.5. Duración: 1 hora

3.4.2.6. Responsable: Lcda. Carmen Delgado V.

3.4.2.7. Objetivo general: Desarrollar actividades para la atención recreativa definida como terapia preventiva con un diseño fisioterapéutico que conserven sus autonomías y eleven la autoestima del adulto mayor.

3.4.2.8. Metodología, técnica y materiales: Un referente es la experiencia profesional de la autora del proyecto (fisioterapeuta 25 años) de los cuales 12 años en atención recreacional con adultos mayores. Los criterios técnicos de terapia física armonizan e innovan a la recreación como herramienta metódica de tratamiento que consigue darle una definición al **entretenimiento de terapia recreativa**, para su efecto se realiza: una pre evaluación cognitiva, de depresión y de dependencia. Luego con estos datos se adaptan actividades recreativas en relación a las necesidades de físicas, mentales, cognitivas y psicoemocionales, quedando clasificadas en: Técnicas como son las manualidades (costura, bordado, tejido etc.); Funcionales como ejercicios de memoria (rompecabezas, legos, dibujo, plastilina,

ensartado, tacto/tiempo/espacio) juegos de mesa (parchís, naipe, domino, dama); y Sociales (paseos, agasajos festividades),

Se adjunta formato de las escalas que se utilizan para la pre evaluación de base (Anexo 17) 16)

3.4.2.9. Compromiso: Fomentar, socializar y contribuir a que la recreación sea una terapéutica con altos valores de utilidad técnica que favorece la calidad de vida con autoestima del adulto mayor

3.4.3. Memoria técnica 4.2

3.4.3.1. Grupo meta: Adultos mayores del hospicio Corazón de Jesús

3.4.3.2. Evento: Elaboración del cronograma para las actividades recreacionales que determinen la atención grupal o individual con cambios trimestrales de las mismas.

3.4.3.3. Lugar: Departamento de Terapia recreativa y ocupacional

3.4.3.4. Fecha: 28 de Junio del 2013

3.4.3.5. Duración: 1 hora

3.4.3.6. Responsable: Lcda. Carmen Delgado V.

3.4.3.7. Objetivo general: Realizar actividades/tareas que logren una integración y participación acertada en relación a sus requerimientos

3.4.3.8. Metodología, técnica y materiales: Para esta actividad se utilizó los resultados de las valoraciones, se analizó horarios de otras actividades (baño, misa, control médico) y se tomó en cuenta los cambios de estación y fechas calendario (navidad/fin de año)

3.4.3.9. Compromiso: Realizar ajustes cuando sean necesarios, en aras de brindar una atención de calidad

3.4.4. Memoria técnica 4.3

3.4.4.1. Grupo meta: Adultos mayores del hospicio Corazón de Jesús

3.4.4.2. Evento: Momento en que se realizan las actividades recreacionales en sección de hombres, sección mujeres y departamento de terapia recreativa y ocupacional

3.4.4.3. Lugar: Departamento de Terapia recreativa, sección mujeres y sección hombres

3.4.4.4. Fecha: 1 al 26 de Julio del 2013

3.4.4.5. Duración: 3 horas

3.4.4.6. Responsable: Lcda. Carmen Delgado V.

3.4.4.7. Objetivo general: Brindar atención de terapia recreativa con actividades/tareas preventivas que conserven las autonomías físicas, mentales, cognitivas y psicoemocionales

3.4.4.8. Metodología, técnica y materiales: Se efectúan estas actividades durante toda la semana. Con la metodología siguiente: Lunes y viernes mujeres; jueves y martes hombres; el miércoles integración hombres y mujeres. Con las clasificaciones siguientes:

- *Actividades técnicas:* manualidades: costura, tejido, bordado, muñecas, juguetería, pintura de tela, almohadones, macramé
- *Actividades funcionales:* Ejercicios de memoria, juegos de mesa (parchís, domino, dama, naipes), gerontogimnasia, huerto (de ciclo corto melón, sandía y otros), caminatas (3 veces por semana, en los jardines, con grupos de 20 adultos previa evaluación clínica/ médico y fisioterapéutica/terapeuta de los profesionales.
- *Actividades Sociales:* Paseos (campo, playas, museos, zoológicos). Agasajos/celebraciones (día de la madre, día del padre, fiestas julianas, día del adulto mayor, navidad), concursos (canto, poesía, baile) y competencias (rompecabezas, postas, juegos de mesa).

Con los materiales siguientes: telas, lanas, chaquiras, lentejuelas pinturas, lápices de colores, papel, cartulina, goma, plásticos, vidrio (reciclaje) rompecabezas, dibujo, juegos de mesa, semillas, refrigerios, regalos, etc.

3.4.4.9. Compromiso: Lograr que las actividades tengan la satisfacción deseada y requerida por el adulto mayor como terapia y para el equipo de salud como un medio de atención fundamental.

3.4.4.10. Sugerencia: Promover el valor técnico de la recreación con diseño fisioterapéutico como terapias preventivas.

3.4.5. Memoria técnica 4.4

3.4.5.1. Grupo meta: Cliente externo (Adultos mayores)

3.4.5.2. Evento: Se aplica una encuesta a 30 adultos mayores del Hospicio Corazón de Juis para obtener la satisfacción de la calidad de la atención

3.4.5.3. Lugar: Salas generales y contribuyentes

3.4.5.4. Fecha: 29 de Julio del 2013

3.4.5.5. Duración: 15 minutos

3.4.5.6. Responsable: Lcda. Carmen Delgado V.

3.4.5.7. Objetivo general: Obtener información sobre la satisfacción de la atención recibida.

3.4.5.8. Metodología, técnica y materiales: Se efectuó una encuesta de 10 preguntas. Las cuales estaban clasificadas en tres categorías que determinaron la satisfacción de la atención (30 adultos mayores 15 mujeres y 15 hombres) de los adultos mayores. El resultado se valoró con los siguientes criterios: Excelente: 25-30 Muy satisfecho; Buena: 20-25 Satisfecho; Regular: 15-20 Poco satisfecho

3.4.5.9. Compromiso: Los resultados se compartirán con las autoridades de la institución, para que planifiquen estándares de calidad que mejoren la satisfacción del cliente externo.

3.4.5.10. Sugerencia: Realizar encuestas periódicas para ir cubriendo asertivamente las necesidades de prioridad

Tabla # 8 Encuesta de satisfacción del adulto mayor de salas generales y contribuyentes (grupo meta 30)

Criterios	Cantidad	Calificación
Muy satisfecho	18	Excelente
Satisfecho	9	Buena
Poco satisfecho	3	Regular

3.4.6. Análisis: La finalidad de esta actividad es aportar con una información veraz, para tomar los correctivos oportunos que logren servicio óptimo, mejorando los estilos de vida saludable. Con resultado del grupo meta de una satisfacción excelente de 60%, satisfacción buena de 30% y una satisfacción

regular de 10%, lo que significa que se está brindando servicio de calidad muy buena con satisfacción que cubre el 90% de las necesidades requeridas.

Cuadro # 9 Lista de Adultos Mayores participantes dela actividad 4

Nombre	Sala	Actividad
Esmeralda Rivera	Sta. María	Taller - 4
Úrsula Franco	Sta. María	Taller - 4
Eugenia Pazmiño	Sta. Luisa	Taller - 4
Ana Riasco	Sta. Luisa	Taller - 4
Isabel Arrollo	Sta. Isabel	Taller - 4
Hermelinda Córdova	Sta. María	Taller - 4
Sara Magón	Sta. Catalina	Taller - 4
Susana Corozo	Sta. Luisa	Taller - 4
Rita Zambrano	Sta. Elena	Taller - 4
Rita Cornejo	Sta. Rita	Taller - 4
Rosa Mora C.	Sta. Catalina	Taller - 4
María Espinel	Sta. Elena	Taller - 4
Olinda Jiménez	Sta. María	Taller - 4
Margarita Podestá	Sta. Catalina	Taller - 4
Josefa Mero	Pensionado	Taller - 4
Bolívar Narváez	San Vicente	Taller - 4
Víctor Peña	San José	Taller - 4
Ángel Ramírez	San Antonio	Taller - 4
Armando Mosquera	San José	Taller - 4
Manuel Torres	San Antonio	Taller - 4
Emilio Lauso	San Antonio	Taller - 4
Víctor Calderón	San José	Taller - 4
Cesar García	San José	Taller - 4
José Santacruz	San Antonio	Taller - 4
Isauro Vélez	San Vicente	Taller - 4

Jaime Narváez	San José	Taller - 4
Fausto Gálea	San Antonio	Taller - 4
Luis Viera	San José	Taller - 4
Juan Bastidas	San Vicente	Taller - 4
Jorge Romero	San Vicente	Taller - 4

ANÁLISIS DEL CUMPLIMIENTO DEL FIN

Contribuir a la disminución de la morbilidad y comorbilidad de los adultos mayores del Hospicio corazón de Jesús

Es relevante que el fin del proyecto se ha plasmado positivamente en los aspectos siguientes, se observa: Una disminución de la postración (58 postrados en general). La dependencia en actividades de la vida diaria ha disminuido, (30% en general) pocos son a los que se les ayuda a comer, vestirse, o en la higiene. Se ha logrado conservar y fortalecer la autonomía mental/cognitiva (a gran escala 70%), disminuyendo las pérdidas de patrones esenciales de las actividades de la vida diaria, lo que mejora la calidad de vida del adulto mayor.

ANÁLISIS DEL CUMPLIMIENTO DEL PROPÓSITO

Se brinda atención integral a los adultos mayores del Hospicio Corazón de Jesús

Es indudable que mejorar la calidad de atención es una tarea de todos los días en cualquier área, pero lo cierto es que se ha sensibilizado no solo al personal de atención directa para que se actué con eficiencia y eficacia, sino también a que el personal de salud se desarrolle como equipo interdisciplinario armonizando la integralidad del servicio al adulto mayor y por consiguiente la satisfacción de sus necesidades reales.

CONCLUSIONES

1.- Es importante resaltar la prioridad que tiene la vigilancia y control de una alimentación adecuada con dietas específicas acertadas que contengan sus propias moléculas calóricas que neutralicen las insuficiencias y alteraciones orgánicas que afectan la salud del adulto mayor.

2.- Realizado este proyecto, se observó un trabajo de equipo responsable al cambio por parte del personal de atención directa. La limitación en esta especialidad geriátrica/gerontológica con habilidad, experiencia y técnica, no ha sido obstáculo para que la capacitación con los talleres prácticos hayan tenido resultados satisfactorios reflejados en la baja postración, dependencias y una mejor comunicación del equipo de salud.

3.- La objetividad del protocolo/procedimientos geriátrico/gerontológico de atención básica brinda la oportunidad de unificar, normalizar y aplicar criterios de conocimiento y experiencia de todos los involucrados en el equipo de salud, incentivando a las autoridades, que están desarrollando el plan estratégico, en la línea de procesos, la inclusión de otros que tienen carácter apremiante.

4.- El desarrollo de un cronograma de actividades recreativas preventivas con diseño fisioterapéutico como tratamientos definidos, han derivado en satisfacciones no solo para el adulto mayor, sino para los profesionales de la salud que advierten que la recreación como terapia se transforma en una metodología valiosa de salud.

RECOMENDACIONES

- ❖ Motivar a las autoridades de la institución a la actualización permanente de los profesionales de la salud y capacitación continua/permanente del personal

- ❖ Proponer continuar elaborando protocolos/procedimientos que cubran mayormente las necesidades, para el trabajo de equipo efectivo operativo y administrativo

- ❖ El estado debe profundizar en este campo de acción, con una mayor y mejor predisposición en la investigación, capacitación y docencia de la especialidad para la conformación de una comisión que realice control, seguimiento y auditorías a las instituciones que brindan este tipo de servicio

BIBLIOGRAFÍA

1. Bazo, M., García, B.(2006) Envejecimiento y sociedad: una perspectiva internacional. Vol. 3 de Gerontología social. Ed. Médica Panamericana. 186 pág.
2. Bermejo, L., (2010) Envejecimiento activo y actividades socioeducativas con personas mayores. Gerontología social. Ed. Médica Panamericana.
3. Burgwa, G., Cuellar, J., Yala, A. Planificación estratégica y operativa. Primera Edición. 314 pág.
4. Campo Seguridad. V. CONTROL DE RIESGOS 6486 España
5. Canet, C (2005) La Tercera Edad. Trafford Publishing,
6. Carlos Canet. (2005). La Tercera Edad. Editor. Trafford Publishing, ISBN141205012X, 9781412050128
7. Céspedes, M., Céspedes, M. (2012) Anemia Y Nutrición en El Adulto Mayor. EAE, ISBN 3659064726, 9783659064722
8. CONCORDIAS. (2007).Tomo 1. Coordinación de Estudios y Publicaciones. Quito-Ecuador.
9. CONCORDIAS. (2010). Tomo 2. Coordinación de Estudios y Publicaciones. Quito-Ecuador.
10. Dávila, S. Zambrano. Organización y Procesos. Ecuador. ASD. Pág., 211.
11. Excm. Diputación Provincial de Almería. Residencia Asistida de Ancianos
12. García, A., Rabadán J. Rubio, Sánchez A. (2006).Dependencia y vejez: una aproximación a un debate social. Arán. 156 pág.
13. García, F. (2005) Vejez, envejecimiento y sociedad en España, siglos XVI-XXI. Edición ilustrada. Universidad de Castilla La Mancha. 281 pág.
14. Gutiérrez, L., Pablo Picardi, P., Aguilar, S., Ávila J., Menéndez, J. Pérez, A., (2010). Educación Gerontología y nutrición del adulto mayor. McGraw-Hill Interamericana, ISBN.
15. Hidalgo, A. Corugedo, I. Señaris, J. (2011). Economía de la Salud. Madrid. Pirámide.
16. ISBN: (2010) 978-84-693-3248-1 # de registro: 10/54398. Primera edición.
17. Martínez, T. (2010). Centros de Atención diurna para Personas Mayores: Atención a las situaciones de fragilidad y dependencia. Vol. 82 Gerontología social. Ed. Médica Panamericana. 238 pág.
18. Módulo 4 Ciclo 3. Diseño, Ejecución y Gerencia de Proyectos para la Salud: Trabajo de grado 1. Editorial de la Universidad Técnica Munch, L. (2010). Liderazgo y Dirección. México. Trillas.
19. OMS Y OPS (2009) Atención del Adulto Mayor.
20. Organización Panamericana de la Salud. (2010) La Salud y el Ambiente en el Desarrollo Sostenible. Washington, D.C. Organización Panamericana de la Salud. Pág., 283.
21. Páez, M. (2008). Nutrición y envejecimiento. Ed. Fundación Cavendes, Procedencia del original Universidad de Texas
22. Particular de Loja. Guía Didáctica Maestría Gerencia de Salud para el Desarrollo Local
23. Pinazo, S., Sánchez, M. (2010). Gerontología: actualización, innovación y propuestas. Editor Pearson, Prentice Hall.

24. Pineda, E., Alvarado, E. (2008). Metodología de la Investigación Organización Panamericana de la Salud.
25. Pinel, J. (2007). Biosociología (6º Ed). Madrid: Pearson
26. Redondo, N. (2009). Ancianidad y pobreza: una investigación en sectores populares urbanos. Ed. Centro de Promoción y Estudio de la Vejez. Universidad de Texas.
27. Rodríguez, P. (2010) Residencias y otros alojamientos para personas mayores. Vol. 6 gerontología social. Ed. Médica Panamericana. 525 pág.
28. Sacoto, F., Terán. C., Velasco, M. (2009). Situación de Salud en Ecuador. Quito. G T Impresiones. Pág. 168.
29. Salazar, M. (2008). Estudio de las características de la memoria autobiográfica en la vejez: reminiscencia en adultos mayores sanos y con demencia tipo Alzheimer. Tesis doctoral. Doctorado en Neuropsicología Clínica, Universidad de Salamanca
30. Salgado, S. (2012). Proyecto de la Ley Reformatoria a la Ley del Anciano. Quito-Ecuador. 41 pág.

Referencias

1. <http://escuela.Med.puc.cl/publ/boletín/geriatría/EnzananzaGeriatría.html>
2. <http://www.jussemper.org/Inicio/Recursos/Info.%20econ/Resources/IDH%20708-Binder1.pdf>
3. http://www.facmed.unam.mx/deotos/salud/censenanza/spivsa/anciano/18_Nutricion.pdf
4. <http://www.definicionabc.com/saud/recreacion.php>
5. <http://deconcepros.com/ciencia-naturales/terapia>
6. <http://definicion.de/fisioterapia>
31. <http://www.iaam.df.gob.mx/documentos/quienes.html> de la Ley Reformatoria a la Ley del Anciano. Quito-Ecuador. 41 pág.

ANEXOS

Anexo 1: Socialización del Proyecto:



Fotografía Nº 1: Sala generales y contribuyente. Sección mujeres

Anexo 1.2: Socialización del Proyecto:



Fotografía Nº 2: Salas generales y contribuyentes. Sección hombres

Anexo 2: Reunión del equipo de salud y nutricionista



Fotografía Nº 3: Para tratar sobre criterios en la elaboración de la guía nutricional

Anexo 3: Documentación de la Guía Nutricional con 9 dietas específicas

GUÍA ALIMENTARIA / MOLÉCULA CALÓRICA DIARIA

DIETA #1: Osteoporosis, Artrosis.

Nutrientes	%	Calorías	Gramos
carbohidratos	55%	247,5	990
Grasas	30%	540	60
Proteínas	15%	270	67,5
Calcio			1.200
Vitamina D			

Grupos de alimentos	Cantidad en gramos	Medidas caseras	Porciones	Alimentos
Lácteos	200 ml			1 taza de leche deslactosada 1 taza de leche de soya 1 taza de yogurt light o natural 2 cucharadas de leche en polvo descremada
		Una taza	3 veces al día	
Queso	30 gr	Una onza	1 vez al día	Fresco de vaca
Carnes	60 gr			Muslo de pollo desmenuzado Atún Sardinas Salmon Albacora Bonito sierra
		Media taza	3 porciones al día	
Huevos	30 gr			1 de gallina 3 de codorniz
		Unidad	3 veces a la semana	
Cereales	30 gr			Arroz, avena, quinoa, maizabroza, medio verde cocinado y majado
		2 cucharadas	3 veces al día	
Panes y fideos	40gr			Pan integral, galletas Fideos cabellos de ángel, corbata, fino
		2 unidades medianas 2 cucharadas de fideos cortos	2 al día	
Tubérculos	40 gr			Papa, yuca, zanahoria blanca
		1 unidad pequeña	1 al día	
Frutas	100 gr			Pera, durazno, manzana Papaya, melón, babaco, frutilla,
		1 unidad pequeña(en compota o cocinada) Una taza	3 al día	
Vegetales	100 gr			Lechuga, tomate, vainitas, verduras, pepino, acelga, nabo, espinaca, pimiento,
		Una taza de c rudos Media de	3	

		cocinados		berenjena, papanabo.
Grasas	15 gr	1 cucharadita	3	Aceite de girasol ¼ de aguacate Nueces molidas

DIETA#2: Dieta hiperproteica (desnutrición, quemaduras, fracturas, hígado graso)

Nutrientes	%	Calorías	Gramos
Carbohidratos	55	990	247,5
Grasas	25	450	50
Proteínas	20	360	90

Grupos de alimentos	Cantidad en gramos	Medidas caseras	Porciones	Alimentos
Lácteos	600	Una taza	3 al día	1 taza de leche deslactosada 1 taza de leche de soya 1 taza de yogurt light o natural 2 cucharadas de leche en polvo Una taza de helado
Carnes	150	Media taza	5 porciones al día	Carne de res (pulpa prieta) molida, Mariscos Muslo de pollo desmenuzado Filete de pavo. Pescado blanco Corazón. Hígado. Lengua.
Huevos	30	Unidad(solo la clara cocinado o escalfado)	3 veces a la semana	1 de gallina 3 de codorniz
Queso	60	Del tamaño de una caja de fosforo	2 veces al día	Mozarela, ricota, queso fresco
Cereales	100	Media taza	2 veces al día	Arroz, avena , quinua, maizabroza, medio verde cocinado y majado
Leguminosas	60	Media taza	2 al día	Lentejas, frejoles, garbanzos
Panes y fideos	80	2 unidad pequeña	1 al día	Pan integral, galletas. Fideos cabellos de ángel, corbata, fino
Tubérculos	80	1 unidad (cocinada) Una taza	3 al día	Papa, yuca, zanahoria blanca
Frutas	300	Una taza crudos. Media	3	Pera, durazno, manzana Papaya, melón, babaco, frutilla

		cocinados		
Vegetales	300	1 cucharadita	3	Lechuga, tomate, vainitas, verduras, pepino, acelga, nabo, espinaca, pimiento, berenjena, papanabo.
Aceite	15			Aceite de girasol ¼ de aguacate, Nueces molida Nueces molidas

DIETA #3: Diabéticos controlados normopeso

NUTRIENTES	%	CALORIAS	GRAMOS
Carbohidratos	55%	990	247,5
Grasas	30%	540	60
Proteína	15%	270	67,5
Calorías	1800		

Grupos de alimentos	Cantidad en gramos	Medidas caseras	Porciones	Alimentos
Lácteos	200 ml	Una taza	3 al día	1 taza de leche deslactosada 1 taza de leche de soya 1 taza de yogurt light o natural 1 porción de queso mozzarella
Carnes	60 gr	Media taza	3 porciones al día	Carne de res (pulpa prieta) molida Muslo de pollo desmenuzado Filete de pavo. Pescado blanco 3 salchichas de pavo o de pollo 3 rodajas de jamón de espalda Corazón. Hígado
Huevos	30 gr	Unidad	3 veces a la semana	1 de gallina 3 de codorniz
Leguminosas	45 gr	Un cuarto de taza de leguminosas cocinadas y trituradas	1 al día	Lentejas, frejoles, garbanzos
Cereales	30 gr	2 cucharadas	3 veces al día	Arroz, avena, quinua, maizabroza, medio verde cocinado y majado
Panes y fideos	40gr	2 unidades medianas 2 cucharadas	2 al día	Pan integral, galletas Fideos cabellos de ángel, corbata, fino

		de fideos cortos		
Tubérculos	40 gr	1 unidad pequeña	1 al día	Papa, yuca, zanahoria blanca
Frutas	100 gr	1 unidad pequeña (cocinada) Una taza	3 al día	Pera, durazno, manzana Papaya, melón, babaco, frutilla,
Vegetales	100 gr	Una taza de crudos Media de cocinados	3	Lechuga, tomate, vainitas, verduras, pepino, acelga, nabo, espinaca, pimiento, berenjena, papano.
Grasas	15 gr	1 cucharadita	3	Aceite de girasol ¼ de aguacate. Nueces molidas

DIETA#4: Dieta Hipo sódica normocalórica, Hipertensión

Nutrientes	%	Calorías	Gramos
Carbohidratos	55%	990	247,5
Grasas	30%	540	60
Proteína	15%	270	67,5
Calorías	1800		

Grupos de alimentos	Cantidad en gramos	Medidas caseras	Porciones	Alimentos
Lácteos	200 ml	Una taza	3 al día	1 taza de leche deslactosada, descremada 1 taza de leche de soya 1 taza de yogurt natural, con trocitos de frutas 1 porción de queso ricota
Carnes	60 gr	Media taza	3 porciones al día	Carne de res (pulpa prieta) molida Muslo de pollo desmenuzado Filete de pavo Pescado blanco
Huevos	30 gr	Unidad	3 veces a la semana	1 de gallina 3 de codorniz
Cereales	30 gr	2 cucharadas de cereales enteros	3 veces al día	Arroz, avena, quinua, maizabroza, medio verde cocinado y majado
Panes	40gr	2 unidades medianas	2 al día	Pan de dulce, galletas tipo maría
Tubérculos	40 gr	1 unidad	1 al día	Papa, yuca, zanahoria blanca,

		pequeña		camote, papa nabo,
Frutas	100 gr	1 unidad pequeña(en compota o cocinada) Una taza	3 al día	Pera, durazno, manzana Papaya, melón, babaco, frutilla, pepino dulce, pitahalla,
Vegetales	100 gr	Una taza de c rudos Media de cocinados	3	Lechuga, vainitas, verduras, pepino, acelga, nabo, espinaca, berenjena, papanabo, zanahoria, veteraba, brócoli
Grasas	15 gr	1 cucharadita	3	Aceite de girasol ¼ de aguacate Nueces molidas

DIETA # 5: Para dislipidemias con menos de 300mg de colesterol

Nutrientes	%	Calorías	Gramos
Carbohidratos	55%	990	247,5
Grasas	30%	540	60
Proteína	15%	270	67,5
Calorías	1800		

Grupos de alimentos	Cantidad en gramos	Medidas caseras	Porciones	Alimentos
Lácteos	200 ml			1 taza de leche deslactosada, descremada 1 taza de leche de soya 1 taza de yogurt natural, con trocitos de frutas 1 porción de queso mozzarella light
		Una taza	3 al día	
Carnes	60 gr			Carne de res (pulpa prieta) molida Muslo de pollo desmenuzado y sin piel Filete de pavo. Pescado blanco
		Media taza	3 porciones al día	
Huevos	30 gr			1 de gallina 3 de codorniz
		Unidad	Solo la clara cocinada o escalfada	
Cereales	30 gr	2 cuchar/ cereal 1 cuchda de harina		Arroz, avena , quinua, maizabroza, medio verde cocinado y majado, arroz de cebada, machica, banasoya
			3 veces al día	
Panes	40gr			Pan integral. All braum, tostadas grille integral Fideos cortos, corbatita, macarrones, media taza
		2 unidades medianas	2 al día	

Tubérculos	40 gr	1 unidad pequeña	1 al día	Papa, yuca, zanahoria blanca , camote, papa nabo,
Frutas	100 gr	1 unidad pequeña(en compota o cocinada) Una taza	3 al día	Pera, durazno, manzana Papaya, melón, babaco, frutilla, pepino dulce, pitahalla, uvas negras
Vegetales	100 gr	Una taza de c rudos Media de cocinados	3	Lechuga, vainitas, verduras, pepino, acelga, nabo, espinaca, berenjena, papanabo, zanahoria, veteraba, brócoli, nabo
Grasas	15 gr	1 cucharadita	3	Aceite de girasol ¼ de aguacate Nueces molidas 1 cucharadita de aceite de oliva

DIETA# 6: Dieta licuada por sonda

Nutrientes	%	Calorías	Gramos
Carbohidratos	55	825	206,25
Grasas	30	450	50
Proteína	15	225	56,25
Calorías	1500		

Grupos de alimentos	Cantidad en gramos	Medidas caseras	Porciones	Alimentos *
Lácteos	600	Una taza	3 al día(para agregar a la preparaciones)	1 taza de leche deslactosada, descremada 1 taza de leche de soya 1 taza de yogurt natural, con trocitos de frutas
Carnes	120	Media taza	3 porciones al día (licuada en caldos)	Carne de res (pulpa prieta) molida Muslo de pollo desmenuzado y sin piel Filete de pavo. Pescado blanco
Huevos	30	Unidad	Solo la clara cocinada o escalfada	1 de gallina 3 de codorniz
Quesos	30		1 vez al día veces al día	Queso ricota, fresco
Cereales	80	1 cucharada	3 veces al día (solo harinas)	Arroz, avena , quinua, maizabroza, , arroz de cebada, machica, banasoya
Tubérculos	80	1 unidad pequeña	1 al día	Papa, yuca, zanahoria blanca , camote, papa nabo,
Frutas	250	1 unidad	2 al día	Pera, durazno, manzana

		pequeña(en compota o cocinada) Una taza		Papaya, melón, babaco, frutilla, pepino dulce, pitahalla, uvas negras
Vegetales	250	Cocinados, licuados, y cernidos	2	, vainitas, verduras, acelga, nabo, espinaca, berenjena, papanabo, zanahoria, veteraba, brócoli, nabo
Aceites	15	1 cucharadita	3	Aceite de girasol ¼ de aguacate Nueces molidas 1 cucharadita de aceite de oliva
Suplemento	50	5 medidas	1 vez al día	Ensure, ensoya

NOTA: Todos los alimentos van a ser cocinados, licuados y cernidos pasar 200ml a 250ml cada 4 horas durante el día.

DIETA#7: Dieta libre de gluten (intolerantes a las harinas)

Grupos de alimentos	Cantidad en gramos	Medidas caseras	Porciones	Alimentos
Lácteos	200 ml	Una taza	3 al día	1 taza de leche deslactosada, descremada 1 taza de leche de soya 1 taza de yogurt natural, con trocitos de frutas 1 porción de queso de cualquier clase evitar los quesos maduros
Carnes	60 gr	Media taza	3 porciones al día	Carne de res (pulpa prieta) molida Muslo de pollo desmenuzado y sin piel Filete de pavo. Pescado blanco Viseras. Corazón. Chivo. Hígado
Huevos	30 gr	Unidad	Solo la clara cocinada o escalfada	1 de gallina 3 de codorniz
Cereales	30 gr	2 cucharadas de cereales enteros 1 cucharada de harina	3 veces al día	Arroz, quinua, maizabroza, medio verde cocinado y majado, maduro, harina de soya, harina de plátano (leer la etiqueta de las harinas que digan libre de gluten) canguil, mote
Panes	40gr	2 unidades medianas	2 al día	Pan de maíz (sin que contengan ningún tipo de harina de trigo o centeno, leer la etiqueta que diga libre de gluten), galletas de

				arroz o libre de gluten leer la etiqueta.
Tubérculos	40 gr	1 unidad pequeña	1 al día	Papa, yuca, zanahoria blanca , camote, papa nabo,
Frutas	100 gr	1 unidad pequeña(en compota o cocinada) Una taza	3 al día	Pera, durazno, manzana Papaya, melón, babaco, frutilla, pepino dulce, pitahalla, uvas negras
Vegetales	100 gr	Una taza de crudos Media de cocinados	3	Lechuga, vainitas, verduras, pepino, acelga, nabo, espinaca, berenjena, papanabo, zanahoria, veteraba, brócoli, nabo
Grasas	15 gr	1 cucharadita	3	Aceite de girasol ¼ de aguacate Nueces molidas 1 cucharadita de aceite de oliva

Nota: no permitido ningún tipo de postre elaborad con harina de trigo, ni panes, ni galletas con harina de trigo o centeno, no machica, ni pinol

DIETA # 8: Dieta blanda (procesos infecciosos gastrointestinales, gastritis, colitis, ulcera, demencia senil, disfagia)

Grupos de alimentos	Cantidad en gramos	Medidas caseras	Porciones	Alimentos *
Lácteos	400	Una taza	2 veces al día	1 taza de leche deslactosada, descremada 1 taza de leche de soya 1 taza de yogurt natural,
Carnes	120	Media taza	3 porciones al día no fritos ni apanados	Muslo de pollo desmenuzado y sin piel Filete de pavo Pescado blanco
Huevos	30	Unidad	Solo la clara cocinada o escalfada	1 de gallina 3 de codorniz
Cereales	80	1 cucharada	3 veces al día (solo harinas)	Arroz, avena , quinua, maizabroza , arroz de cebada, machica, banasoya, pinol
Tubérculos	80	1 unidad pequeña	1 al día(pures o cremas)	Papa, yuca, zanahoria blanca , camote, papa nabo,
Frutas	250	1 unidad pequeña(en compota o cocinada) Una taza	2 al día	Pera, durazno, manzana Papaya, melón, babaco, frutilla, pepino dulce, uvas negras
Vegetales	250	Una taza de cocinados	2(pures y cremas)	Vainitas, verduras, acelga, nabo, espinaca, berenjena, papanabo, zanahoria,

		evitar los vegetales crudos evitar la coliflor, pepinos, rábanos, lechuga		veteraba, brócoli, nabo, zapallo, zambo
Aceites	15	1 cucharadita	3 veces al día	Aceite de girasol ¼ de aguacate Nueces molidas 1 cucharadita de aceite de oliva

NOTA: Antes de desayunar tomar el zumo de una papa rayada con una cucharada de sábila.

DIETA #9: Dieta hipocalórica (sobrepeso, obesidad)

Grupos de alimentos	Cantidad en gramos	Medidas caseras	Porciones	Alimentos
Lácteos	400	Una taza	2 veces al día	1 taza de leche deslactosada, descremada 1 taza de leche de soya 1 taza de yogurt natural,
Carnes	90	1 onza o una presa pequeña	3 porciones al día no fritos ni apanados	Carne de res molida pulpa prieta Muslo de pollo desmenuzado y sin piel Filete de pavo Pescado blanco
Huevos	30	Unidad	Solo la clara cocinada o escalfada	1 de gallina 3 de codorniz
Queso	30			Queso ricota, mozzarella light
Cereales	80	Un cuarto de taza (cereales enteros)	3 veces al día	Arroz, avena , quinua, maizabroza, , arroz de cebada, machica, banasoya, pinol
Tubérculos	80	1 unidad pequeña	2 veces al día	Papa, yuca, zanahoria blanca , camote, papa nabo,
Frutas	300	1 unidad pequeña(en compota o cocinada) Taza y media	2 al día	Pera, durazno, manzana Papaya, melón, babaco, frutilla, pepino dulce, uvas negras
Vegetales	350	Una taza de cocinados evitar los vegetales crudos evitar la coliflor,	2	, vainitas, verduras, acelga, nabo, espinaca, berenjena, papanabo, zanahoria, veteraba, brócoli, nabo, zapallo, zambo

			pepinos, rábanos, lechuga		
Aceites	15	1 cucharadita		3 veces al día	Aceite de girasol ¼ de aguacate Nueces molidas 1 cucharadita de aceite de oliva

Anexo 4: Tríptico del proyecto

Introducción

En el Ecuador, el grupo etario de los adultos mayores, es el menos favorecido por el estado, la sociedad y la familia. El país no cuenta con capital humano suficiente en la especialidad geriatrico-gerontológica, la sociedad, por particularidades de tiempo, economía o desconocimiento en lo cuestionado, buscan instituciones que brinden este servicio de atención; la familia, enfrenta una pérdida de valores que va tomando dominio de las actas de responsabilidad, afecto, cuidado y respeto para con el adulto mayor, optando por la institucionalización como solución, no como alternativa existencial saludable.



FIN:
Contribuir a la disminución de la movilidad y comorbilidad de los adultos mayores del Hospicio Corazón de Jesús.

PROPÓSITO:
Atender con una mejorada calidad de atención Integral a los adultos mayores del Hospicio Corazón de Jesús.

OBJETIVOS

GENERAL:
"Mejorar la calidad de Atención Integral del Adulto Mayor, a través de una guía nutricional, la capacitación de personal de atención directa, un manual de procedimientos geriatrico-gerontológicos de atención básica y recreación como terapia preventiva con diseño fisiológico, resolviendo complicaciones de las enfermedades prevenibles optimando las criterios de vida saludable".

ESPECÍFICOS:

1. Elaborar una guía nutricional profesional estableciendo un sistema de alimentación con menús ajustados a las necesidades reales, para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.
2. Capacitar al personal de atención directa con talleres prácticos en cuidado, protección y trabajo que sustenten el desempeño efectivo como garantía del bienestar del adulto mayor.
3. Diseñar un protocolo procedimientos geriatrico-gerontológicos de atención básica como manual técnico, fuente de información y consulta que permitan la eficiencia y eficacia del quehacer diario.
4. Desarrollar actividades recreativas definidas con diseño fisiológico como terapias preventivas, mediante un cronograma que conserven las subrutinas y reviden su autoestima.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES	ENFERMEDADES DEL SISTEMA ARTICULARES	ENFERMEDADES RESPIRATORIAS	ENFERMEDADES PSÍQUICAS PATOLÓGICAS
Hipertensión	Artritis	Asma	Síndrome Confusional Agudo
Diabetes	Artritis	EPIC	Demencias
Arteriosclerosis	Calosporosis	Neumonías	Depresión
Accidente cerebro vascular		Enfermedad Pulmonar	Trastorno de Conducta
			Trastorno bipolar
			Síndrome Obsesivo

La gerontología (de geronto, anciano y logos, estudio) estudia la vejez y el envejecimiento, se ocupa de los aspectos de promoción de salud, pero no es una especialidad médica, abarca aspectos psicológicos, sociales, económicos, demográficos y otros relacionados con el adulto mayor, aumentando la importancia del envejecimiento de la población.

La geriatría, Rama de la medicina interna, se preocupa de los aspectos clínicos, preventivos, terapéuticos y sociales de las enfermedades en los ancianos, su diagnóstico y tratamiento, los aspectos sociales y psicológicos sugiere el uso de un equipo multidisciplinario de salud en el manejo de sus enfermedades.

Morbilidad, Es un término de uso médico y científico, sirve para señalar la cantidad de personas o individuos considerados enfermos, o víctimas de una enfermedad en un espacio y tiempo determinado, dato estadístico de importancia para poder comprender la evolución y avances o retrocesos de una enfermedad.

Comorbilidad, Es un término médico, y que se refiere a dos conceptos: 1) La presencia de uno o más trastornos (o enfermedades) además de la enfermedad o trastorno primario. 2) El efecto de estos trastornos o enfermedades adicionales.

ACTIVIDADES

ELABORACIÓN DE UNA GUÍA NUTRICIONAL:

1. Socialización del proyecto con el personal de atención directa.
2. Reunión con el equipo de salud y nutricionista para la elaboración de la guía nutricional.
3. Reunión para elaboración y revisión de la guía nutricional con la participación CAPACITACIÓN DEL PERSONAL DE ATENCIÓN DIRECTA / TALLERES PRÁCTICOS

TALLERES PRÁCTICOS:

1. Charlas orientadas de geriatría y gerontología para el personal de atención directa (nutricionista de enfermería y cuidadores).
2. Talleres prácticos sobre: Cuidado, Protección y Trato al adulto mayor para el personal de atención directa (nutricionista de enfermería y cuidadores).
3. Charlas motivadoras: Relaciones interpersonales con el adulto mayor para la familia de salud.
4. Evaluación del conocimiento.

DISEÑO DE PROCEDIMIENTOS GERIÁTRICO-GERONTOLÓGICOS

1. Reunión con el personal de salud (médicos, Loda, terapia física, Loda, enfermería) para el Diseño elaboración del Plan de atención geriatrico-gerontológica.
2. Revisión del plan de atención geriatrico-gerontológica de atención básica con el personal de salud.
3. Charlas sobre la utilidad en la geriatrico-gerontología, procedimientos y geriatrico-gerontología para el personal de atención directa.

DE SARROLLO DE ACTIVIDADES RECREATIVAS TERAPÉUTICAS PREVENTIVAS

1. Diseño de actividades recreativas preventivas con diseño fisiológico mediante un cronograma.
2. Aplicación de las actividades recreativas clasificadas según las necesidades orgánicas.
3. Estructura de satisfacción de la calidad de atención.





Mejoramiento de la Calidad de Atención Integral



Hospicio Corazón de Jesús

Anexo 5: Charla sobre criterios generales de geriatría/gerontología



Fotografía N° 4: Sala de Observación

Anexo 5.1.



Fotografía N° 5: Salas Generales y contribuyentes. Sección Mujeres

Anexo 6: Taller práctico de cuidado.



Fotografía N° 6: Sala Sta. Catalina
Higiene dental



Fotografía N° 7: Sala Sta. Catalina
Baño de esponja
Sección Mujeres



Fotografía N° 8
Fase de Hidratación diaria



Fotografía N° 9
Preparación de cambio y traslado,
Luego de la higiene/ baño

Anexo: 6.1. Taller práctico de cuidado. Sección Hombres



Fotografía N° 10: Sala san Vicente
Manejo de curación de
Ulceras varicosas



Fotografía N° 11: Sala San Vicente
Manejo de giro y cambio postural
Sección Hombres

Anexo 7: Taller práctico de protección. Sección mujeres



Fotografía N° 12 Sala Sta. María

Tarea de Sujeción/prevencción en silla de rueda



Fotografía N°13: Sala Sta. María



Fotografía N° 14: ala Sta. Rita
Manejo de alimentación parenteral



Fotografía N° 15: Comedor Salas generales
Manejo ambiental de alimentación

Anexo 7.1: Taller práctico de protección. Sección hombres



Fotografía N°16: Sala San José
Preparación y seguridad del baño



Fotografía N° 17: San Vicente
Control de ingesta de medicamentos antes de la comida

Anexo: 8 taller práctico de trato. Sección mujeres



Fotografía N° 18: Sala Sta. Teresa
Acto de interrelacion afectiva
cuidado personal



Fotografía N° 19: Dpto. Terapia recreativa
Acto de interrelacion fraterna
acompañamiento

Anexo 8.1: Taller práctico de trato. Sección hombres



Fotografía N° 20: San Vicente
Acto de interrelacion afectiva
dando alimentacion



Fotografía N° 21: Sala San Antonio
Acto de interrelacion laboral que
influye en el trato al asilado

Anexo 9: Charla de motivación. Dpto. Medico



Fotografía N° 22: Relaciones Interpersonales para las Jefas de salas

ANEXO 10: Formato de la encuesta: Evaluación de aprendizaje aplicada al personal de atención directa del Hospicio Corazón de Jesús

<p>TEMA: Evaluación de aprendizaje FECHA: NOTA: Señale con una x la respuesta que considere correcta</p>
<p>1. La geriatría y la gerontología trata de lo mismo Sí No</p>
<p>2. Cree que es importante el trabajo de equipo para dar buena atención Sí No</p>
<p>3. A quien se especializa en atender la geriatría Niños Joven Embarazadas Adultos mayores Todas las anteriores</p>
<p>4. En la institución, quienes conforman un equipo de salud Médicos, enfermeras, administración Médicos, terapistas, economato Enfermeras, terapistas, trabajo social Todas las anteriores Ninguna de las anteriores</p>
<p>5. La comunicación es básica para un buen desempeño laboral Sí No</p>
<p>6. La atención se debe practicar con conocimientos técnicos Sí No</p>
<p>7. La gerontología es el estudio de: La economía del país De la vida de los mamíferos De los volcanes en erupción De la vejez y del envejeciente</p>
<p>8. Considera que la capacitación debe ser: Cada que se pueda Cuando se necesite aprender de un tema Continua y permanente</p>
<p>9. Para usted que son los procedimientos Formas de pago</p>

Políticas de estado Reglas a seguir para cumplir un objetivo específico Todas anteriores Ninguna de las anteriores
10. Considera que se debe atender bajo una misma línea de actuación Sí No
SE AGRADECE SU COLABORACION

ELABORADO POR: Lcda. Carmen Delgado V.

Anexo 11: Reunión para diseñar el protocolo/procedimientos Geriátrico/Gerontológico de atención básica



Fotografía N°23 : Consultorio1: Dr. Santamaría, Lcda. Mercy Molina y Autora del proyecto

Anexo 12: Documento del protocolo/procedimientos

PROTOCOLO DE ATENCION GERIATRICA/GERONTOLOGICA BASICA EN EL ADULTO MAYOR

PROCEDIMIENTOS DE HIGIENE

INTRODUCCIÓN

Dentro de la higiene se engloban actividades de prevención y cuidado que conservan la salud en la vida diaria y que determinan estilos saludables del buen vivir, como son: Cuidado de piel/baño, Higiene del cabello, Higiene de los ojos, Higiene de conducto auditivo y fosas nasales, Higiene bucal, Higiene perineal, Higiene de manos y pies/ corte de unas.

CUIDADO DE LA PIEL/ BAÑO

1.- Criterio general.- La piel debe ser objeto de vigilancia extrema en: color, textura, turgencia, vascularización, humedad y temperatura. El baño permite la libre eliminación de gérmenes de la piel, estimula la circulación periférica, es una especie de ejercicio ligero, tranquiliza y da la oportunidad de observarla. Las áreas de presión o puntos de apoyo de las prominencias óseas deben observarse con cautela para confirmar su integridad y detectar precozmente modificaciones en su estructura

2.- Objetivos

- ❖ Conservar la piel en perfecto estado de limpieza
- ❖ Colaborar al mantenimiento del bienestar físico/psíquico del adulto mayor
- ❖ Prevenir las úlceras por presión e infecciones
- ❖ Fomenta hábitos de higiene y estilos de vida saludable
- ❖ Aportar bienestar y mejoría del estado físico/mental y psicoemocional del adulto mayor

3.- Personal que lo realiza.- Auxiliar de enfermería, Cuidadoras/es del adulto mayor, Licenciadas en enfermería (en caso de emergencia) y Voluntariado técnico

4.- Plan de actuación

- ❖ Establecer higiene rutinaria entre supervisores: lceda. de enfermería, y auxiliar de enfermería
- ❖ Valorar la necesidad de realizar baños no dispuestos por prescripciones o políticas internas (cartilla) por el auxiliar de enfermería, jefe de salas, o equipo de salud
- ❖ Realizar evaluaciones, control y seguimiento (formatos/matrices)
- ❖ Registrar los cortes de unas por el auxiliar de enfermería
- ❖ Valoración a podología, barbería y peluquería designada por lcedas. en enfermería, auxiliar de enfermería, e intervención del equipo de salud

5.- Recomendaciones generales

- ❖ Es conveniente informar al adulto mayor de los actos a realizarse y mantener la comunicación verbal durante la higiene
- ❖ El equipo de salud determinara el número de baños semanales, ayudas técnicas necesarias
- ❖ En un principio ayudar a realizar las tareas de baño y aseo, progresivamente implicarlo en ellas, para su independencia
- ❖ La temperatura de la habitación debe ser agradable y la luz tamizada
- ❖ El equipo de salud determinara el número de baños semanales, ayudas técnicas necesarias
- ❖ En un principio ayudar a realizar las tareas de baño, aseo y progresivamente implicarlo en ellas, desarrollando así, su independencia
- ❖ Valoración real que impiden el autocuidado, fortalecimiento del mismo
- ❖ Enseñar hábitos de aseo (por parte del equipo de salud) si los que tienen son defectuosos (uso de pañuelos, manejo de excremento y esputo, lavado de manos), promoviendo el aspecto de higiene como forma de ser bien aceptado por los demás.

6.- Materiales

Guantes, esponja, jabón neutro, lavacara, balde, equipo de aseo bucal, tijera, torundas de algodón, peine, toalla, colonia, loción hidratante, jabonera, ropa limpia, colonia, desodorante, saco para ropa sucia.

7.- Procedimiento

Baño de cama / Baño de esponja

- ❖ Lavado de manos
- ❖ Tener todos los elementos a utilizar preparados de antemano
- ❖ Es conveniente informar al adulto mayor de los actos a realizarse y mantener la comunicación verbal durante la higiene
- ❖ La postura es decúbito supino con giros laterales para cubrir todas las áreas
- ❖ Respetar la intimidad del adulto mayor no dejarlo totalmente descubierto evitando la presencia de personas que no colaboran en la higiene
- ❖ Valorar la piel para detectar lesión/alteración y extremar la higiene en las zonas íntimas
- ❖ No retirar los apósitos de úlceras si no está indicado por el médico tratante
- ❖ Se empieza con lavado de cabello (jabón, champo o producto prescrito)
- ❖ Luego lavado de cara con precaución, seguido por el cuerpo, axilas y región inguinal (vulva, perineal, anal) terminando en pies
- ❖ Luego realizar un buen secado con toalla, toallas de papel o secador
- ❖ Se realiza el cambio de sábanas, ½ sabana, cobija, panal (tela o desechable), fundas de almohada
- ❖ Fricción la espalda, cadera y glúteos con colonia, aplique crema hidratante y desodorante en axilas
- ❖ Vestir al adulto mayor, peinarlo. Se lo deja en postura según lo amerite

- ❖ Lavarse las manos una vez realizada la tarea. .Recoger, limpiar y ordenar el material.

HIGIENE DEL CABELLO

1.- Criterio general.- Se debe realizar en el momento del baño general para conservar estilos de vida saludables

2.- Objetivo

- ❖ Conservar el cabello en estado saludable (eliminar impurezas)
- ❖ Prevenir infecciones (dermatitis capilar, hongos, caspa, etc.) y afecciones (piojos y otros)
- ❖ Estimular la circulación y relajación

3.- Personal que lo realiza: Auxiliar de enfermería, Cuidadoras/es del adulto mayor, Lcda. en enfermería (emergencias) y Voluntariado técnico

4.- Plan de actuación

- ❖ Establecer higiene rutinaria entre Lcda. de enfermería, auxiliar de enfermería, auxiliares del adulto mayor □
- ❖ Valorar la necesidad de realizar el lavado del cabello, no dispuesto por prescripciones internas (cartilla); por la Lcda. de enfermería, auxiliar de enfermería, auxiliar del adulto mayor
- ❖ Llevar registro de baño
- ❖ Realizar evaluaciones, control y seguimiento (formato/matrices)

5.- Recomendaciones: En caso de traumas craneos cefálicos, seguir instrucciones del médico tratante

6.- Materiales: Charol, shampoo, media sabana, dos toallas, dos baldes, uno con agua y el otro vacío, jarra, dos impermeables, imperdible, canasta de papel, papel periódico y semiluna

7.- Procedimiento

- ❖ Lavado de manos
- ❖ Tener todos los elementos a utilizar preparados de antemano
- ❖ Es conveniente informar al adulto mayor de los actos a realizarse y mantener la comunicación verbal durante la higiene
- ❖ Inspección del cuero cabelludo para detectar alguna lesión, trauma o prurito
- ❖ Si el lavado, es en cama retire las almohadas y coloque alrededor del cuello una 1/2 sabana ajustándola con un imperdible
- ❖ Colocar al adulto mayor en posición de plano diagonal, considerando que la cabeza quede de lado donde se trabaja
- ❖ Proteger el piso (periódico, jerga)
- ❖ Colocar torundas de algodón en los conductos auditivos externos (evitar que se introduzca agua en los oídos)
- ❖ Se continua con el lavado normal realizando frotando el cuero cabelludo con las yema de los dedos en forma circular
- ❖ Enjuague con abundante agua y luego retire las torundas de algodón
- ❖ Luego secar suavemente con toallas, toallas de papel o secador
- ❖ Recoger, limpiar y ordenar el material. Lavarse las manos una vez realizada la tarea.
- ❖ Si el lavado de cabello es las duchas la postura es sentado o en camilla de baño y se sigue el procedimiento antes mencionado.

HIGIENE DE LOS OJOS

1.- Criterio general.- Es funcional proteger el globo ocular de lesiones externas para favorecer los estilos de vida saludables

2.- Objetivos

- ❖ Evitar infecciones y afecciones del ojo
- ❖ Conservar estilos de vida saludables

3.- Personal que lo realiza: Auxiliar de enfermería, Auxiliar del adulto mayor, Lcda. de enfermería (emergencias)

4.- Plan de actuación

- ❖ Establecer higiene rutinaria entre Lcda. De enfermería, auxiliar de enfermería, auxiliares del adulto mayor
- ❖ Valorar la necesidad de realizarla higiene de los ojos, no dispuesto por prescripciones internas (cartilla); por la Lcda. de enfermería, auxiliar de enfermería, auxiliar del adulto mayor
- ❖ Llevar registro de higiene de los ojos y evaluaciones, control y seguimientos (formatos/matrices)

5.- Recomendaciones: Inspección de los ojos para detectar infección y afecciones. Observar presencia de estados de coloración anormal (por crisis hipertensiva o Hipertensión ocular intraocular)

6.- Materiales: Charol o semilunar, gasa, suero salino y guantes, colirio, visina u otro liquido oftálmico (según prescripción médica que lo amerite)

7.- Procedimiento

- ❖ Tener de antemano los elementos a utilizarse (gasa, suero fisiológico, guantes estériles, soluciones oftalmológicas si el caso lo requiere)
- ❖ Lavar los ojos con una gasa humedecida con cualquiera de los elementos antes mencionados requeridos
- ❖ Utilizar siempre una gaza para cada ojo previniendo la contaminación
- ❖ Proceder siempre la limpieza desde la parte interna hacia la parte externa del ojo. Secar cada ojo por separado
- ❖ Recoger, limpiar y ordenar el material. Lavarse las manos una vez realizada la tarea.

HIGIENE CONDUCTO AUDITIVO Y FOSAS NASALES

1.- Criterio general.- Órgano de los sentidos que nos permite el contacto con el entorno para una vida saludable participativa

2.- Objetivos

- ❖ Prevenir la acumulación de secreciones que producen infecciones, malestar e incomodidad
- ❖ Conservar estilos de vida saludables

3.- Personal que lo realiza: Auxiliar de enfermería, Cuidadoras/es del adulto mayor, Lcda. de enfermería (emergencias)

4.- Plan de actuación

- ❖ Establecer higiene rutinaria entre Lcda. De enfermería, auxiliar de enfermería, cuidadoras/es del adulto mayor
- ❖ Valorar la necesidad de realizarla higiene de oído y nariz, no dispuesto por prescripciones internas (cartilla); por la Lcda. de enfermería, auxiliar de enfermería, auxiliar del adulto mayor
- ❖ Llevar registro de higiene de los oídos y nariz
- ❖ Realizar evaluaciones de control y seguimiento (formatos/matrices)

5.- Recomendaciones: Inspección de los oídos y nariz para detectar infección y afecciones. Observar presencia de secreciones, tacos de cerumen y objetos extraños

6.- Materiales: Charol, guantes, agua estéril o suero fisiológico, cotonetes, torundas de algodón, semiluna, gasa estéril, y canasta de papel

7.- Procedimiento

- ❖ Lavado de manos
- ❖ Tener los elementos a utilizarse (gasa, suero fisiológico, guantes estériles)
- ❖ Humedecer con agua o suero fisiológico la gasa
- ❖ Introducir en el orificio y limpiar suavemente y sin forzar

- ❖ Utilizar una gasa para cada orificio, previniendo la micosis introducir unas gotas de alcohol yodado dentro del conducto auditivo o povidine
- ❖ Secar pabellón auricular
- ❖ Recoger, limpiar y ordenar el material. Lavarse las manos una vez realizado el baño.

HIGIENE BUCAL

1.- Criterio general- La boca es un órgano de los sentidos que debe mantenerse con higiene, debido a la variedad de funciones y experiencias que brinda al ser humano para tener buenos estilos de vida.

2.- Objetivos

- ❖ Conservar el buen estado e higiene dental
- ❖ Prevención de hongos y bacterias que afectan a la salud del ser humano
- ❖ Fortalecer estilos de vida saludables

3.- Personal que lo realiza: Auxiliar de enfermería, Cuidadoras/es del adulto mayor, Lcda. de enfermería (emergencias)

4.- Plan de actuación

- ❖ Establecer higiene rutinaria entre Lcda. De enfermería, auxiliar de enfermería, auxiliares del adulto mayor
- ❖ Valorar la necesidad de realizar o no la higiene bucal, en caso de presentarse infecciones o afecciones, que ameriten otro tipo de higiene, por médico tratante, la Lcda. de enfermería, auxiliar de enfermería, auxiliar del adulto mayor según se lo amerite
- ❖ Llevar registro de higiene de los oídos y nariz.
- ❖ Realizar evaluaciones de control y seguimiento mediante matrices

5.- Recomendaciones: Inspección de la cavidad bucal antes de cepillado para detectar cualquier anomalía. Observar presencia de danos en piezas dentales para tomar los correctivos a tiempos y adecuados

6.- Materiales: Charol, toalla, pasta dental, cepillo de diente o baja lengua cubierto de gasa, vaso con enjuague bucal, semilunar o lavacara pequeña, guantes, vaselina

7.- Procedimiento

Para adulto mayor capacitado

- ❖ Informar al adulto mayor lo que se va a realizar, y mantener la comunicación
- ❖ Se le hace entrega de cepillo y pasta dental, vaso con agua y una toalla pequeña

Para adulto mayor discapacitado

- ❖ Informar al adulto mayor lo que se va a realizar, y mantener la comunicación
- ❖ Lavado de manos y puesta de guantes
- ❖ Tener los elementos a utilizarse (cepillo, pasta de dientes, lavacara, vaso con agua, torundas, antiséptico, vaselina, toalla)
- ❖ Colocar al adulto mayor en postura lateral
- ❖ Humedecer un torunda en antiséptico y limpiar el contorno de la boca
- ❖ Luego con otra torunda limpiar el interior de la boca y dientes: deprimiendo la mandíbula con la mano izquierda y con la derecha introducir la torunda en sentido transversal para evitar nauseas
- ❖ Secar alrededor de la boca, hidratar los labios y acomodar al adulto mayor

Para adulto mayor con prótesis dentales

- ❖ Informar al adulto mayor lo que se va a realizar, y mantener la comunicación
- ❖ Lavado de manos y puesta de guantes
- ❖ Cepillar la prótesis con dentífrico y cepillo después de cada comida
- ❖ Enjuagar la boca con agua o solución antiséptica
- ❖ Si es necesario asear la boca con torunda
- ❖ Lavar la dentadura con jabón neutro y dejarla 1 vez por semana sumergida en un vaso con agua con una pastilla antiséptica

Para adulto mayor con sonda nasogástrica

- ❖ Informar al adulto mayor lo que se va a realizar, y mantener la comunicación
- ❖ Lavado de manos y colocarse guantes
- ❖ Es necesario cuidar la higiene bucal
- ❖ Deben cepillarse los dientes y la lengua con pasta dentífrica, dos veces al día. Efectuar enjuagues con agua o con solución antisépticas para refrescar la boca.

AFEITADO EN EL ADULTO MAYOR

1.- Criterio general.- El mantener el área facial saludable y presentable, nos proporciona un alto estima desarrollado en el adulto mayor

2.- Objetivo

- ❖ Lograr un sentido de autoestima óptimo
- ❖ Conservar estilos de vida saludables

3.- Personal que lo realiza: Auxiliar de enfermería, Cuidadoras/es del adulto mayor, Voluntariado técnico

4.- Plan de actuación

- ❖ Establecer rutina de tarea: entre lceda de enfermería, auxiliar de enfermería, auxiliar del adulto mayor y el voluntariado (si es el caso)
- ❖ Llevar registro del afeitado para lograr una buena higiene.
- ❖ Realizar evaluaciones de control y seguimiento periódicamente

5.- Recomendaciones: Valorar el estado del adulto mayor. Comprobar si toma medicamentos anticoagulantes o lleva marca paso. Si toma anticoagulantes optar por maquinilla eléctrica, si lleva marca pasos realizar el afeitado con rasuradora. No afeitar sin permiso medico cuando la cara este inflamada o con erosiones

6.- Materiales: Un charol, espejo, máquina de afeitar con hoja nueva, crema de afeitar o jabón, agua y semiluna o lavacara pequeña, toalla, guantes y loción para después de afeitar

7.- Procedimiento

- ❖ Tener los materiales de antemano completos
- ❖ Informar al adulto mayor lo que se va a realizar, y mantener la comunicación
- ❖ Lavado de manos y colocarse guantes
- ❖ Colocar en posición adecuada, valorando cada caso
- ❖ Humedecer la cara y aplicar la crema de afeitar o enjabonar la barba
- ❖ Sostenga la piel con la mano izquierda y afeite con la derecha en pequeñas secciones, empezando por la patilla, rasurar con delicadeza (Mantener la piel y la maquina húmeda)
- ❖ Luego lavar la cara con agua fresca, secar suavemente
- ❖ Aplicar loción hidratante para después de la afeitada
- ❖ Enjuagar la máquina de rasurar después de cada afeitada
- ❖ Recoger, limpiar, y ordenar el material
- ❖ Lavarse las manos una vez realizado el baño

HIGIENE PERINEAL

1.- Criterio general.- El correcto lavado perineal, por ser un sitio apto para proliferación bacteriana e irritaciones locales, debe mantenerse en higiene permanente, puesto que los adultos mayores son los que están en mayor riesgo de contraer infecciones, sobre todo cuando son portadores de sistema colectores de orina, o de sonda vesical, favoreciendo la colonización de microorganismos del catéter vesical aumentando los riesgo de infecciones urinarias, como también en caso de cirugía rectal o genital

2.- Objetivo

- ❖ Conservar el buen estado de la región inguinal
- ❖ Prevención de infecciones y afecciones (hongos, dermatitis y bacterias) que afectan a la salud del ser humano, caso especiales postrados
- ❖ Fortalecer estilos de vida saludables

3.- Personal que lo realiza: Auxiliar de enfermería, cuidadoras/es del adulto mayor, voluntariado técnico

4.- Plan de actuación

- ❖ Establecer rutina de tarea: entre Lcda. de enfermería, auxiliar de enfermería, auxiliar del adulto mayor y el voluntariado (si es el caso)
- ❖ Llevar registro de higiene de los oídos y nariz.
- ❖ Realizar evaluaciones de control y seguimiento mediante matrices

5.- Recomendaciones: Valorar el estado del adulto mayor. Comprobar si toma medicamentos anticoagulantes o lleva marca paso. Si toma anticoagulantes optar por maquinilla eléctrica, si lleva marca pasos realizar el afeitado con rasuradora. No afeitar sin permiso medico cuando la cara este inflamada o con erosiones

6.- Materiales: Guantes, jarra, toallas o esponjas, jabón neutro, lavacara, protectores de cama, videt, soluciones antisépticas en el caso que este indicado, recipiente con agua tibia para enjuague

7.- Procedimiento

- ❖ Tener los materiales a usarse
- ❖ Informar al adulto mayor lo que se va a realizar, y mantener la comunicación
- ❖ Lavado de manos y colocarse guantes
- ❖ Procurar máxima intimidad posible
- ❖ Si es en cama; Colocar el protector de la cama
- ❖ Ayudar al adulto mayor a adoptar una posición que facilite la exploración de la zona. La postura más idónea para acceder a los genitales femeninos es el decúbito supino con las rodillas flexionadas. En los varones el decúbito supino. Para la región anal, el decúbito lateral en ambos sexos.
- ❖ Retirar la pijama o subir la bata, tapar el resto del cuerpo con una sábana, de forma que permita el acceso fácil a los genitales pero no deje al cuerpo descubierto en totalidad
- ❖ Valorar en lo posible la existencia de secreciones anómalas, irritación, parásitos (ladilla), quejas por sensaciones de escozor, prurito y olor desagradables
- ❖ Colocar el bidet

En las mujeres:

- ❖ Limpiar los labios mayores con una gasa, separarlos con suavidad y limpiar entre ellos desde el perineo hacia el ano (de adelante hacia atrás)
- ❖ Desechar la gasas e irrigar la zona con agua tibia
- ❖ Secar la región minuciosamente

En los varones

- ❖ Si el adulto mayor no está circuncidado pueden acumularse secreciones y microorganismos por debajo del prepucio. Para evitarlo se retrae, con una maniobra suave, y se limpia por encima del meato urinario efectuando un giro hacia afuera y se lava con suficiente agua. Se suelta la piel del prepucio y se vuelve a colocar en su lugar
- ❖ Después, continuar con el escroto, limpiando y lavando bien entre sus pliegues. No se debe apretar con fuerza ni sujetar con demasiado firmeza esta zona, ya que podría resultar molesto
- ❖ Desechar toallitas, irrigar con agua tibia y secar con cuidado
- ❖ Cubrir la zona inguinal con la sabana y pedir al adulto mayor que se coloque el posición lateral (o ayudarle a colocarse)
- ❖ Valorar la zona perineal y el estado e integridad de la piel y mucosa
- ❖ Secar minuciosamente utilizando varias toallitas, ya que la humedad favorece la aparición de dermatitis y la proliferación de microorganismos
- ❖ Vaciar y limpiar el bidet, retirar la ropa sucia y hacer cambio de sabanas
- ❖ Ayudar a acomodar al adulto mayor en una posición confortable y relajada

- ❖ Si el lavado perineal es en las duchas, la postura es sentado o en camilla de baño y se sigue el procedimiento antes mencionado

En sonda vesical

- ❖ Observar el área alrededor del meato urinario para ver si existe inflamación, olor o supuración
- ❖ Después de limpiarla zona perineal, se limpia la sonda con movimientos circulares empezando por el meato y prolongando unos centímetros mas
- ❖ Aplicar una solución antiséptica (povidona yodada al 10%)

HIGIENE DE PIES Y MANOS (uñas)

1.- Criterio general.- El permanente cuidado, higiene y control es básico, por ser un sitio fértil para la proliferación bacteriana e irritaciones, previniendo hongos, unas encarnadas (uñeros)

2.- Objetivo

- ❖ Conservar el buen estado físico y sensitivo de pies y manos, sobre todo de las unas y prevención de infecciones y afecciones (hongos, dermatitis y bacterias) que afectan a la salud del ser humano, caso especiales como: diabéticos, postrados
- ❖ Educación sanitaria para evitar el mal uso de instrumentos de estética (cortaúñas, tijeras, alicates)
- ❖ Fortalecer estilos de vida saludables que eleven el autoestima

3.- Personal que lo realiza: Auxiliar de enfermería, Cuidadoras/es del adulto mayor, Voluntariado técnico

4.- Plan de actuación

- ❖ Establecer rutina de tarea: entre Lcda. de enfermería, auxiliar de enfermería, cuidador del adulto mayor y el voluntariado técnico (si es el caso)
- ❖ Llevar registro de higiene de las manos, pies y corte de unas (matrices)
- ❖ Realizar evaluaciones de control y seguimiento mediante revisiones periódicas

5.- Recomendaciones: Valorar el estado del adulto mayor antes de realizar la tarea. En caso de adulto mayor diabético/a u otra patología comprometedor a lesión, tener el debido cuidado y prevención, informándose de la situación antes de iniciar el procedimiento de higiene

6.- Materiales: Guantes, cepillo de unas, jabón, corta unas, alicate de unas, lima, toalla pequeña, crema hidratante, gasa o torundas de algodón, quita esmalte si se precisa

7.- Procedimiento

- ❖ Tener los materiales a usarse. Informar al adulto mayor lo que se va a realizar, y mantener la comunicación
- ❖ Lavado de manos y colocarse guantes
- ❖ Poner al adulto mayor en posición cómoda (dependiendo el estado en que se encuentra)
- ❖ Si lleva esmalte de unas (mujer) retirar con un algodón con quita esmalte
- ❖ Poner manos y/o pies a remojar en lavacara con el agua jabonosa. Si esto no fuera posibles aplicar compresas húmedas
- ❖ Si es necesario, limpiar con cepillo las unas con el debido cuidado. Luego enjuagar con suficiente agua, sobre todo entre los dedos de pies y manos
- ❖ Seguidamente secar debidamente, prestando especial atención en los espacios interdigitales (entre dedos)
- ❖ Luego cortar las unas de las manos en forma ovalada (según el paciente) y la de los pies en línea recta sobre todo en pie diabético, gota
- ❖ Aplicar crema hidratante, no poner en espacios interdigitales, aplicar polvo antimicótico según prescripción facultativa

PROCEDIMIENTOS DE PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN-UPP

1. Criterio general: Prevención de la formación de úlceras por presión en un paciente con alto riesgo de desarrollarlas.

2. Objetivos-

- ❖ Controlar la movilidad y la actividad del paciente para la protección de piel.
- ❖ Asegurar una nutrición adecuada, especialmente proteínas, vitamina B y C, hierro y calorías por medio de suplementos, si es preciso como estilo de vida saludable.
- ❖ Enseñar a los miembros de la familia / cuidador a vigilar si hay signos de ruptura de la piel, si procede.

3. Personal que lo realiza: Licenciada en enfermería, Auxiliares de enfermería, Cuidadoras/es del adulto mayor, Familiar si el caso lo amerita

4. Plan de actuación

- ❖ Establecer rutina de tarea condicionada al cuadro clínico: entre Lcda. de enfermería, auxiliar de enfermería, cuidador del adulto mayor y el voluntariado técnico Utilizar una herramienta de valoración de riesgo, sus factores de riesgo del paciente (escala Braden).
- ❖ Registrar el estado de la piel durante el ingreso y luego a diario. Vigilar estrechamente cualquier zona enrojecida. Eliminar la humedad excesiva en la piel causada por la transpiración, el drenaje de heridas y la incontinencia fecal o urinaria
- ❖ Aplicar barreras de protección como cremas o compresas absorbentes, para eliminar el exceso de humedad, si procede.

5. Recomendaciones: Evitar mecanismos de tipo flotadores para la zona sacra. Humedecer la piel seca, intacta. Evitar el agua caliente y utilizar jabón suave para el baño. Vigilar las fuentes de presión y de fricción. Proporcionar un trapecio para ayudar al paciente en los cambios de peso frecuentemente

6. Materiales: Guantes, cepillo de unas, jabón, corta unas, alicate de unas, lima, toalla pequeña, crema hidratante, gasa o torundas de algodón, quita esmalte si se precisa

7. Procedimiento-

- ❖ Girar continuamente cada 1-2 horas, si procede. Inspeccionar la piel de las prominencias óseas y demás puntos de presión al cambiar de posición al menos una vez al día. Evitar dar masajes en los puntos de presión enrojecidos.
- ❖ Colocar al paciente en posición ayudándose con almohadas para elevar los puntos de presión encima del colchón.
- ❖ Mantener la ropa de la cama limpia, seca y sin arrugas. Hacer la cama con pliegues para los dedos de los pies.
- ❖ Utilizar camas con mecanismos y colchones especiales, si procede para proteger al paciente.
- ❖ No mecanismos de tipo flotadores para la zona sacra e hidratar piel seca con cremas. Se evitar el agua caliente y utilizar jabón suave para el baño.

PROCEDIMIENTO DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS DE ADULTOS MAYORES

1. Criterio general: Establecer precauciones especiales en adultos mayores con alto riesgo de lesiones por caídas, vigilando y actuando sobre el ambiente físico que fomenten la seguridad controlando los factores de riesgos intrínsecos o extrínsecos

2. Objetivos

- ❖ Prevenir los riesgos de caídas con un entorno lo más seguro posible dentro de las necesidades de cuidados del adulto mayor/cuidadora
- ❖ Todo adulto mayor con riesgo, tendrá las medidas de prevención instauradas en un plan adjunto al diagnóstico.
- ❖ Establecer intervenciones efectivas para la prevención, detección, actuación y evaluación del riesgo de caídas, identificando factores tanto intrínsecos como extrínsecos.
- ❖ Definir indicadores que muestren la prevalencia de caídas, los riesgos asociados y la eficacia de las intervenciones junto con el nivel de implantación de las medidas.
- ❖ Establecer estrategias de sensibilización a profesionales, pacientes y cuidadores.

3. Personal que lo realiza: Lcda./o. en Enfermería., Auxiliar de enfermería/ cuidadoras/es, Familiares o amigos

4. Material: Cama con barandilla, aseo, pasillos y dispositivos de ayuda a la marcha, andadores, sillas de ruedas en continuo mantenimiento, áreas de accesos y ambulación con suficiente luz

5. Plan de actuación

- ❖ Utilizar una escala para validar el riesgo de caídas en el ambiente donde se va a movilizar(habitación, pasillo, etc.), donde conste por lo menos los déficit físicos y cognitivos y los factores de riesgo, se recomienda utilizar MORSE o riesgo de caídas múltiples.
- ❖ En la entrevista para la valoración inicial debe medirse los riesgos derivados de la atención
- ❖ Determinar el contexto sociocultural de la conducta sanitaria actual y estilo de vida Educar a los miembros de la familia de los riesgos y cómo disminuirlos, en especial a la cuidadora principal.
- ❖ Ayudar al adulto mayor, a la familia y al personal a identificar los riesgos.

6. Recomendaciones

- ❖ Todo paciente con más de 65 años debe tener hecho la escala de riesgo de caídas múltiples o el de MORSE, para validar el riesgo de caídas
- ❖ Determinar las necesidades de seguridad, según la dependencia del paciente tanto física como psíquica, y el historial de conductas al respecto.
- ❖ Identificar los riesgos y factores que mejoren la conducta: se actuará según el mapa de riesgos de la unidad.

7. Procedimiento

- ❖ Deben iniciarse las actuaciones antes de iniciar cualquier movilidad
- ❖ Se registrara en la historia todos los riesgos y medidas previniendo lesiones y caídas
- ❖ Modificar el ambiente para reducir riesgos: colocar el sillón del lado de levantarse, evitar ducharse solo si tiene riesgo de caídas y disponer de dispositivos de adaptación: barandillas, colchón, cama baja etc.
- ❖ Utilizar dispositivos de protección para limitar la movilidad si procede.
- ❖ Colaborar en disminuir los efectos secundarios de los medicamentos que aumentan el riesgo de caídas: hipotensores, hipoglucemiantes, benzodiacepinas, etc., según la evidencia disponible.
- ❖ Retirar los objetos que puedan entorpecer la marcha.
- ❖ Colocar al paciente con incontinencia más cerca del baño.
- ❖ Mantener las barandillas elevadas si el riesgo es alto y utilizar medios adecuados.
- ❖ Control de la marcha, ver equilibrio, uso de dispositivos de ayuda antes del cansancio. La marcha no estable con dispositivos de ayuda enseñando a utilizarlos y mantenerlos en buen estado.
- ❖ Bloquear siempre todos los sistemas con ruedas para las transferencias.

- ❖ Enseñar o colocar a tener los objetos cerca para evitar esfuerzos y pedir ayuda si lo necesita, por riesgo.
- ❖ Proporcionar a las personas dependientes físicos la luz de llamada cuando la cuidadora no esté y responder de forma inmediata.
- ❖ Ayudar a los autocuidados si procede.
- ❖ Disponer de luz adecuada, de luz nocturna y orientar al paciente en el ambiente si es preciso.
- ❖ Utilizar calzado adecuado, no chanclas abiertas, se recomiendan las zapatillas cerradas y suelo antideslizante, si existe riesgo.
- ❖ Instruir al paciente que lleve las órtesis necesarias para una buena movilidad: gafas, audífono, etc.

Anexo 13: Socialización del protocolo/procedimientos con el personal de atención directa



Fotografía Nº 24: Sala de Observación: Realizándose procedimiento de prevención y tratamiento de úlceras por presión

Anexo 14: Aplicación de las actividades recreacionales preventivas con diseño fisioterapéutico



Fotografía Nº 25
Actividades Funcionales:
Ejercicios de memoria
Sección mujeres



Fotografía Nº 26
Actividades Funcionales:
Ejercicios de memoria
Sección hombres



Fotografía N°27

Actividad Técnica: Manualidades
Dpto. Terapia recreativa



Fotografía N°28

Actividad Funcional: Juegos de mesa
Dpto. terapia recreativa



Fotografía N° 29

Actividad Social: Bingo
Dpto. terapia recreativa



Fotografía N° 30

Actividad Social: Taller de integración
Dpto. Terapia recreativa

Anexo: 15: Cronograma de clasificación de actividades recreacionales

Actividades	Tareas	Materiales
Técnicas	Manualidades: costura, bordado, tejido, macramé, peluches, muñecas de trapo, adornos de reciclaje, almohadones, pintado en tela, adornos navideños	Lentejuelas, chaquiras, canutillos, lanas, madejas, pintura de tela, plásticos, madera, telas, retazos, silicón, relleno, tijeras, agujas y otros
Funcionales	Ejercicios de memoria: Rompecabezas, sopa de letras, coordinación tiempo/espacio, desarrollo de tacto. Juegos de mesa: parchís, dama, dama china, domino, naipes Gerontogimnasia: ejercicios respiratorios, de equilibrio, fortalecimiento, Caminatas Pintura: dibujo y pintado	Cartulina, papel bond brillante, plásticos, maderas, plastilina, lápices de colores, creyones, acuarela, goma,
Sociales	Paseos dentro y fuera de la ciudad: museos, campos, playas, zoológicos, jardines botánicos y otros.	Pre/Evaluaciones clínicas, refrigerios, transporte, buen estado de ánimo, dependencia mínima y otros

	Agasajos: cumpleaños, fiestas calendario Talleres de integración: socialización, educativos, culturales, concursos y competencias, bingos y otros. Cine terapia: películas de corto metraje, documentales, videos musicales	criterios que prevengan situaciones de riesgos durante las actividades
--	--	--

ELABORADO POR: Lcda. Carmen Delgado V.

Anexo 16: Formato de Encuesta de Satisfacción de Calidad
ENCUESTA APLICADA AL ADULTO MAYOR DEL HCJ

TEMA: Satisfacción del Cliente Externo FECHA: NOTA: Marcar con una x la contestación de su agrado
1. Recibe del personal de sala un cuidado Muy satisfactorio Satisfactorio Poco satisfactorio
2. Cree que la comunicación con el personal es Muy satisfactoria Satisfactoria Poco satisfactoria
3. Las actividades recreacionales para usted son Muy satisfactorias Satisfactorias Poco satisfactorias
4. La alimentación que recibe la considera Muy satisfactoria Satisfactoria Poco satisfactoria
5. Para usted la atención medica es Muy satisfactoria Satisfactoria Poco satisfactoria
6. Considera la atención de la terapia física Muy satisfactoria Satisfactoria Poco satisfactoria
7. Siente que la guía espiritual es Muy satisfactoria/o Satisfactoria Poco satisfactoria
8. Percibe que la comodidad que le ofrece la institución es Muy satisfactoria Satisfactoria Poco satisfactoria
9. El servicio social le brinda un apoyo en sus necesidades Muy satisfactorio Satisfactorio Poco satisfactorio
10. Su estadía en la institución por lo general es Muy satisfactoria

Satisfactoria
Poco satisfactoria
SE AGRADECE SU COLABORACION

ELABORADO POR: Lcda. Carmen delgado v.

Anexo (17) Formatos de pre-evaluación recreacional

EVALUACION COGNITIVA (Mmse) Modificado

1.- Por favor, dígame la fecha de hoy. Sondee el mes, el día del mes, el año y el día de la semana.

Anote 1 punto por cada respuesta correcta

- Mes:
- Día del mes:
- Año:
- Día:
- Total:

2.- Ahora le voy a nombrar tres objetos. Después que se los diga, le voy a pedir que repita en voz alta lo que recuerde, en cualquier orden. Recuerde los objetos por que se los voy a preguntar más adelante. Lea los nombres de los objetos lentamente, aproximadamente una palabra cada dos segundos. Si para algún objeto la respuesta no es correcta, repita todos los objetos hasta que el entrevistado se los aprenda (5 repeticiones). Registre el número de repeticiones que debió leer.

- Árbol:
- Mesa:
- Avión:
- Total:

3.- Ahora voy a decirle algunos números y quiero que me los repita al revés:

1 3 5 7 9

Al puntaje máximo de 5 se le reduce uno por cada número que no mencione, por cada número que se le añada, o que se mencione fuera del orden indicado.

- Respuesta del evaluado:
- Respuesta correcta: 9 7 5 3 1
- Total:

4.- Le voy a dar un papel. Tómelo con su mano derecha, dóblelo con la mitad con ambas manos y colóquelo sobre sus piernas. Entréguele el papel y anote un punto por cada acción realizada correctamente.

- Toma papel:
- Dobla:
- Coloca:
- Total:

5.- Hace un momento le leí una serie de 3 palabras y usted repitió las que recordó. Por favor, dígame ahora cuáles recuerda. Anote un punto por cada objeto recordado.

- Árbol:
- Mesa:
- Avión:
- Total:

6.- Por favor copie este dibujo:

Muestre al entrevistado el dibujo con los dos pentágonos que se cruzan. La acción esta correcta si los dos pentágonos se cruzan y forman un cuadrilátero. Anote un punto si el objeto esta dibujado correctamente.



NOTA

- Sume los puntajes totales de las preguntas 1 a 6.
- Puntuación máxima: 19 puntos
- Entre 14 y 19 puntos: No sugiere déficit cognitivo.
- Los 13 puntos o menos: Si sugiere déficit cognitivo.

ESCALA DE PFEIFFER: Instrucciones:

Muestre a la evaluada tarjeta con las siguientes opciones. Y lea las preguntas. Anote la puntuación como sigue:

CRITERIO	PUNTUACIÓN
Si es capaz	0
Nunca lo a hecho, pero podría hacerlo	0
Con alguna dificultad pero puede hacerlo	1
Nunca lo a hecho, y tendría dificultad ahora	1
Necesita ayuda	2
No es Capaz	3

- 1.- ¿Es (nombre del evaluado) capaz de manejar su propio dinero?
- 2.- ¿Es (nombre del evaluado) de hacer las compras solo/a?
- 3.- ¿Es (nombre del evaluado) capaz de calentar el agua para el café o té y apagar la estufa?
- 4.- ¿Es (nombre del evaluado) capaz de preparar la comida?
- 5.- ¿es (nombre del evaluado) capaz de mantenerse al tanto de los acontecimientos y de lo que pasa en el vecindario?
- 6.- ¿Es (nombre del evaluado) capaz de poner atención, entender y discutir un programa de radio, televisión o un artículo de periódico?
- 7.- ¿Es (nombre del evaluado) capaz de recordar compromisos y acontecimientos familiares?
- 8.- ¿Es (nombre del evaluado) capaz de administrar y manejar sus propios medicamentos?
- 9.- ¿Es (nombre del evaluado) capaz de andar por el vecindario y encontrar el camino de vuelta a casa?
- 10.- ¿Es (nombre del evaluado) capaz de saludar a sus amigos adecuadamente?

NOTA

Sume las respuesta correctas de acuerdo a la puntuación indicada y anote el total= La puntuación máxima es de 33 puntos. Si la suma es de 6 puntos o más sugiere déficit cognitivo

EVALUACION DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA DE KATZ MODIFICADO

ACTIVIDADES	I	A	D
Se baña			
Se viste y desviste			
Apariencia personal			
Uso de inodoro			
Continencia, micción, defecación			
Trasladarse, acostarse, levantarse			
Caminar			
Se alimenta			

I = INDEPENDIENTE; A = AYUDA; D = DEPENDIENTE

- **Independiente = 2** Cuando se realiza actividad sin apoyo o con mínima ayuda, ósea independiente
- **Ayuda = 1** Cuando se necesita moderado nivel de ayuda
- **Dependiente = 0** cuando es totalmente dependiente

Esta puntuación inicial es significativa como medida de base y su disminución a lo largo del tiempo indica deterioro; también puede servir para calificar a la población objeto en una escala continua de más o menos autonomía.

Esta evaluación tiene la ventaja, que facilita proveer el orden en la pérdida de funciones e intensificar la intervención sobre el.

