

Unidad de Geriatría del Hospital Nuestra Señora de la Candelaria: Análisis de Resultados

Alumna: Luz Yanira González Estévez

Tutor: Pablo Rodríguez González

Departamento: Sociología y Antropología

Asignatura: Trabajo Fin de Grado de Trabajo Social 2014-2015

**Facultad de Ciencias Políticas, Sociales y de la Comunicación de la
Universidad de La Laguna**

Convocatoria: Septiembre

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| INTRODUCCIÓN | 4 |
| 1. MARCO TEÓRICO | 6 |
| 1.1. Aproximación conceptual y datos estadísticos de las Unidades de Geriatría. | 6 |
| 1.2. Estructura y coordinación de los equipos multidisciplinares en las Unidades de Geriatría. | 13 |
| 1.3. Modelos de evaluación de la calidad en los servicios públicos. | 17 |
| 1.4. Protocolo de la Unidad de Geriatría del Hospital Nuestra Señora de la Candelaria. | 19 |
| 2. ESTUDIO EMPÍRICO | 22 |
| 2.1 Objetivos | 22 |
| 2.1.1 Objetivo general | 22 |
| 2.1.2 Objetivos específicos | 22 |
| 2.2 Metodología | 23 |
| 2.2.1 Sujetos de la investigación | 23 |
| 2.2.2 Diseño | 24 |
| 2.2.3 Materiales e Instrumentos | 25 |
| 2.2.4 Procedimiento | 25 |
| 3. RESULTADOS | 28 |
| 3.1 Perfil básico del usuario/a de la Unidad de Geriatría | 28 |
| 3.2 Relación bivariable | 32 |
| 3.3 El tiempo de hospitalización | 43 |
| 3.4 Resultados análisis longitudinales de los resultados previos a la Unidad de Geriatría (año 2013), con los resultados tras la implantación de la Unidad de Geriatría (año 2014) | 45 |
| 3.5 Resultados de los/as profesionales | 49 |
| 4. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN | 53 |
| 5. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS | 57 |
| REFERENCIAS | 60 |
| ANEXOS | 64 |
| Anexo 1: Coordinación de Agentes Sociales y Valoración Sociofamiliar..... | 64 |
| Anexo 2: Diagrama de flujo | 71 |
| Anexo 3: Tabla de datos..... | 72 |
| Anexo 4: Modelo de entrevista a los profesionales para obtener su percepción sobre los resultados de la Unidad de Geriatría..... | 83 |
| Anexo 5: Glosario | 86 |

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

| | |
|--|----|
| Tabla 1. Perfil de los sujetos del estudio (usuarios/as del servicio)..... | 23 |
| Tabla 2. Profesionales participantes en el estudio..... | 24 |
| Perfil básico del usuario/a de la Unidad de Geriatría: | |
| Gráfica 1. Edades según sexo..... | 28 |
| Gráfico 2. Unidad de convivencia..... | 29 |
| Gráfico 3. Apoyo informal..... | 29 |
| Gráfico 4. Apoyos formales previos..... | 30 |
| Gráfico 5. Apoyos formales tramitados..... | 30 |
| Gráfico 6. Altas hospitalarias..... | 31 |
| Gráfico 7. Días de hospitalización..... | 31 |
| Relación bivariante según edad: | |
| Gráfico 8. Unidad de convivencia..... | 32 |
| Gráfico 9. Apoyo informal..... | 33 |
| Gráfico 10. Apoyos formales previos..... | 33 |
| Gráfico 11. Apoyos formales tramitados..... | 34 |
| Gráfico 12. Hospitalización..... | 35 |
| Gráfico 13. Altas hospitalarias..... | 36 |
| Relación bivariante según unidad de convivencia: | |
| Gráfico 14. Apoyo informal..... | 37 |
| Gráfico 15. Apoyos formales previos..... | 37 |
| Gráfico 16. Apoyos formales tramitados..... | 38 |
| Gráfico 17. Altas hospitalarias..... | 39 |
| Relación bivariante según sexo: | |
| Gráfico 18. Unidad de convivencia..... | 40 |
| Gráfico 19. Apoyo informal..... | 40 |
| Gráfico 20. Apoyo formal previo..... | 41 |
| Gráfico 21. Apoyo formal tramitado..... | 42 |
| Gráfico 22. Altas hospitalarias..... | 42 |
| Resultados análisis longitudinal (comparación año 2013-2014): | |
| Gráfico 23. Días de hospitalización..... | 45 |
| Gráfico 24. Tipos altas efectuadas..... | 45 |
| Gráfico 25. Tipos de apoyos informales..... | 46 |

| | |
|--|----|
| Gráfico 26. Tipos de apoyos formales previos..... | 47 |
| Gráfico 27. Tipos de apoyos formales tramitados..... | 47 |
| Gráfico 28. Unidad de convivencia..... | 48 |

INTRODUCCIÓN

Este trabajo responde a las exigencias académicas del Trabajo de Fin de Grado del Grado de Trabajo Social, permitiendo desarrollar las habilidades y capacidades adquiridas a lo largo del aprendizaje de la carrera.

El presente trabajo de investigación pretende analizar los resultados del primer año de funcionamiento de la Unidad de Geriátrica del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria, donde la Unidad de Trabajo Social tiene una función relevante para la valoración psicosocial y familiar de los/as pacientes.

En el apartado del marco teórico, se explicará en qué consiste la Unidad de Geriátrica, qué papel tiene el Trabajo Social en ella y cómo se desarrolla esta unidad en dicho hospital. Además se detallarán las concepciones más esenciales relacionadas con esta temática

Posteriormente, en el apartado de estudio empírico, se presentarán los objetivos planteados para este trabajo, la metodología aplicada y los resultados obtenidos. A través de este análisis será posible conocer el cambio experimentado en las variables estudiadas para el colectivo de pacientes geriátricos tras la implantación de la Unidad de Geriátrica durante el año 2014 y los objetivos alcanzados por dicha unidad.

Tras obtener los resultados de los diferentes análisis, se realizará la discusión de los mismos y se expondrán las principales conclusiones para, más tarde, tras obtener las opiniones de los/las profesionales implicados en las entrevistas realizadas, plantear propuestas de mejora con la finalidad de perfeccionar, en la medida de lo posible, los resultados de la unidad hasta ahora alcanzados y con ello lograr mayor eficacia, efectividad y eficiencia, adaptándose siempre a los patrones de las Políticas de Calidad con la que cuenta el Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria (HUNSC).

Para entrar en materia se comenzará con la exposición de algunas claves que darán pie al entendimiento del marco teórico:

La medicina geriátrica se introdujo como un término para designar la rama médica que se ocupa del cuidado de los/as ancianos/as y senescentes, cuya disciplina científica reconoce que el envejecimiento trae consigo cambios específicos en las estructuras, actividad funcional, homeostasia, nutrición, respuesta inmunológica, etc. (Ávila, 2010).

Ésta moderna práctica médica es un campo tan grande que un tratamiento y funcionamiento adecuado de ella requiere del conocimiento y la experiencia de un

equipo multidisciplinar (Ribera y Cruz ,2002). La medicina geriátrica, es por tanto, la aplicación del conocimiento y comprensión de los cambios que se producen en los/as pacientes, en todas las facetas de la práctica sanitaria.

En lo referente a las funciones del o la trabajadora social, se centran en informar y asesorar a pacientes y familiares, gestión de recursos, apoyos psicológico, establecimiento de protocolos y programas de colaboración (Gutiérrez, Jiménez y Corregidor, 2012, p.89-90).

Los servicios públicos en los últimos años vienen incorporando la calidad como notación para mejorar sus servicios. Entendiéndose la calidad como hacer el servicio bien desde el primer intento, logrando satisfacer las expectativas del consumidor (Herrera, 2012). La calidad, lleva por propósito favorecer con carácter equilibrado a todos los/as agentes que intervienen en la organización.

Con respecto a la calidad, se imponen grandes tendencias de gestión de calidad basadas principalmente en las normas ISO 9001, que tiene como principal objetivo asegurar la consecución de unos estándares de calidad y una política de calidad fijada por la empresa y conocida por sus clientes, además del Modelo de Excelencia de la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad (EFQM), cuyo carácter amplio cubre todos los aspectos de una organización, lo que permite efectuar una aproximación integral a todos sus procesos de desarrollo (Fernández, De Lorenzo y Vázquez, 2012), entre otros evaluadores de calidad.

A continuación se presenta el marco teórico.

1. MARCO TEÓRICO

En este apartado sustentamos la base teórica de la investigación que en epígrafes posteriores y a lo largo de la elaboración de este documento se irán aclarando.

1.1. Aproximación conceptual y datos estadísticos de las Unidades de Geriatría.

La Unidad de Geriatría se caracteriza por ser una unidad dentro de la rama de la medicina, de atención especializada a ofrecer servicios de hospitalización integral y dedicada a los aspectos preventivos, clínicos, terapéuticos y sociales de las enfermedades en las personas de avanzada edad con alguna condición aguda, crónica, tributaria a rehabilitación, o en situación terminal (Ávila, 2010).

Por otro lado, según el Boletín Oficial del Estado la Geriatría, es la “rama de la medicina dedicada a los aspectos preventivos, clínicos, terapéuticos y sociales de las enfermedades de los/as ancianos/as” (BOE, 2008, p.18).

En este tipo de unidades cuenta con el desarrollo de un sistema asistencial que atienda las múltiples situaciones de enfermedad, organización de una asistencia continuada y movilización de recursos, revisando minuciosamente los procedimientos médicos implementados para evitar efectos adversos y complicaciones, evaluando así diariamente las funciones físicas y cognitivas para mejorar el cuidado, nutrición y movilidad de los/as pacientes con el objetivo prioritario de conseguir el máximo nivel de autonomía e independencia posible para facilitar la reinserción del paciente o la paciente en el núcleo familiar o entorno habitual (Ávila, 2010).

Este propósito principal se complementa con otras acciones que en su conjunto darán sostén al desarrollo y evolución de dicha especialidad, teniendo en cuenta, el manejo de las condiciones que afectan de manera conjunta a los/as pacientes geriátricos/as como pueden ser:

- “Hay que tener en cuenta las condiciones comunes que afectan a los/as pacientes geriátricos y que se engloban en los llamados síndromes geriátricos: la demencia, delirium, depresión, caídas, trastornos de la marcha y el equilibrio, privación sensorial, trastornos del sueño, incontinencia, dependencia funcional, trastornos de motilidad,

desnutrición, dolor, úlceras de presión, fragilidad, síncope, sarcopenia, entre otros.

- Gestión de la enfermedad crónica para las infecciones prioritarias: diabetes, síndrome metabólico, falla cardíaca, cáncer, etc.
- Reconocimiento de la heterogeneidad y la complejidad del proceso de envejecimiento y sus desenlaces: adulto mayor sano, fragilización precoz, riesgo de discapacidad, enfermedad terminal.
- Comprensión y reconocimiento de la interacción entre el envejecimiento, la enfermedad, el estado clínico y el estado funcional del paciente o la paciente.
- Comprensión del uso apropiado de los medicamentos, evitando así los daños potenciales.
- Coordinación del cuidado entre todos los posibles proveedores a fin de mantener la independencia funcional y la calidad de vida.
- Evaluación y organización de los servicios sociales y de salud para propiciar la productividad y la inserción social del adulto mayor.
- Asistencia para los familiares y cuidadores/as que encaran las decisiones y el cuidado relacionados con la declinación funcional, la pérdida de la autonomía, la provisión de cuidados y los retos que impone la enfermedad terminal.
- Organización de sistemas de cuidados a largo plazo y cuidados transicionales.
- Inserción del adulto mayor en la comunidad.
- Desarrollo de capital humano en la geriatría en particular y, en general, en torno al envejecimiento y los adultos mayores.
- Investigación estratégica que aporte conocimiento encaminado a la resolución de los problemas que aquejan a los adultos mayores” (Ávila, 2010, p.49-54).

Las Unidades de Geriatría surgen como alternativa al modelo habitual de atención e intervención sanitaria a este colectivo de pacientes, adaptado a las necesidades de cada hospital, comprobando y analizando los resultados obtenidos con los datos previos en el campo de la Geriatría (Ribera y Cruz,2002).

La relevancia de este tipo de unidades está fundamentada en los indicadores demográficos que nos demuestran que España sigue un proceso de envejecimiento, donde a fecha de 1 de noviembre de 2011, de la población: total (46.815.916 personas), el 17, 3% eran personas mayores de 65 años, el 12, 1% eran personas con edades comprendidas entre 65 y 79 años y el 5,2% eran personas mayores entre 80 y más años. El sexo predominante en la vejez es el femenino, ya que hay un 76 % más de mujeres que de varones a partir de los 80 años, por lo que España se encuentra ante una mayor supervivencia femenina, por una mayor tasa de mortalidad masculina (Abellán, Vilches y Pujol, 2014).

Numerosos estudios han confirmado que la instauración de este tipo de programas reconoce obtener mejores resultados en la recuperación del paciente o la paciente, reduciendo también, los días de hospitalización. Teniendo en cuenta la pronta recuperación y con ello, la reducción de la estancia hospitalaria media, se supone una importante disminución de los costes hospitalarios (Miura, Di Piero y Homer, 2009).

Esto, a su vez, aporta beneficios a los/as pacientes gracias a una menor institucionalización y a la mejoría funcional que experimentan de cara al alta (González, Pallardo, Bárcena, Alarcón y Hernández, 2009).

En los estudios realizados por estos/as autores/as sobre las Unidades Geriátricas de la Comunidad de Madrid, la estancia media hospitalaria mostraba una reducción entre el 8% y el 19% (González, Pallardo, Bárcena, Alarcón y Hernández, 2009).

La disminución de la estancia hospitalaria y la disminución de costes hospitalarios, por el menor consumo de recursos, se debe según la evidencia existente a la reducción de complicaciones, a la conciliación de las indicaciones diagnósticas y terapéuticas y a las planificaciones tempranas del alta. Por ello, Baztán, Suarez y García (2004) plantean que se deben ejecutar y llevar a cabo con éxito los siguientes puntos:

- Iniciar el proceso de intervención de manera temprana.
- Elaborar la valoración de la situación funcional y mental.
- Construir el pronóstico de recuperación y de necesidades de los cuidados post-agudos.
- Evaluar la situación social y comenzar a planificar los recursos necesarios de cara al alta.

- Realizar reuniones formales con el equipo multidisciplinar de manera periódica para actualizar el plan de cuidados.
- Coordinar los servicios sanitarios y sociales extrahospitalarios acorde según cada caso.
- Informar al paciente y a la familia o cuidadores/as, sobre los cuidados requeridos por el/ la paciente una vez recibida el alta.

En la práctica, se descubre que acuden a los hospitales personas de edad avanzada con problemas clínicos pluripatológicos, producidos o agravados por explícitas condiciones sociales, como pueden ser: soledad, situación económica precaria, condiciones pésimas de vivienda, no tener apoyo familiar, entre otras (Ribera y Cruz, 2002).

Además de caracterizar a las personas que acuden a la unidad por personas de edad avanzada con depresión agudizada producida por la soledad, falta de actividad o falta de relaciones sociales, mal nutridos, por no tener medios económicos suficientes para llevar a cabo un alimentación adecuada o por no tener quien les haga la comida, tras ser incapaces de hacerla, sin capacidad para llevar a cabo determinados tratamientos médicos prescritos, y diversas situaciones más que van unidas a la problemática social (Ribera y Cruz, 2002).

Ante estas situaciones el equipo de sanitarios/as que constituyen las unidades de geriatría, hablan de urgencia social, refiriéndose a la detección de un problema social y con él, la necesidad de actuar inmediatamente para encontrar la solución apropiada.

Hay que tomar referencia de los consejos que hallamos por parte de las organizaciones y entidades, que hacen relevancia e hincapié en el desarrollo de la independencia y autonomía de los/as pacientes geriátricos, inquiriendo en la participación social y favoreciendo la permanencia en el domicilio habitual (Ceballos, 2010).

Además, se debe tener en cuenta el nivel de autonomía y dependencia de la que el paciente o la paciente están desarrollando en ese momento actual del ingreso para tener mayor objetividad. Por eso, recurrimos al concepto de autonomía personal y/o autodeterminación como capacidad, a lo que se refiere como al “conjunto de habilidades que tienen las personas para hacer elecciones, tomar decisiones, responsabilizarse de las mismas, etc.” y capacidad de intervenir de forma propia, en aquellas actividades de la vida diaria (López, 2010, p.56).

También cuando se habla de Autonomía como capacidad, según González y Peralta (2005) en Field, Martín, Miller, Ward y Wehmeyer (1998) se refiere a la mezcla de habilidades, conocimientos y creencias que habilitan a la persona para comprometerse a una conducta independiente, autorregulada y encaminada hacia un objetivo, en este caso al desarrollo de las actividades de la vida diaria.

Las actividades de la vida diaria (AVD), entendiéndose según los autores anteriores a partir del concepto de autonomía como aquellas tareas de las que deben ser capaz de realizar las personas para cuidar de sí mismos independiente se clasifican en tres grupos (Primo, 2001):

- Actividades Básicas o Físicas de la Vida Diaria (A.B.V.D): Se refieren al conjunto de actividades primarias que desarrollan las personas encaminadas a su autocuidado y movilidad, dotándoles de autonomía e independencia que les permite vivir sin precisar continúa ayuda de otras personas. Incluyendo aspectos como comer, bañarse, trasladarse de un lugar a otro, etc.
- Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (A.I.V.D): Se refieren a aquellas actividades que permiten a la persona adaptarse a su entorno y mantener su independencia dentro de la comunidad. Las actividades instrumentales, son aquellas que se correlacionan de mejor manera con el estado cognitivo, y por ello, la mayoría de las veces se utiliza para la detección precoz de posibles deterioros cognoscentes como puede ser en errores cometidos al cocinar, en el manejo del dinero, el uso del transporte público, entre otros.
- Actividades Avanzadas de la Vida Diaria (A.A.V.D): Se refieren a aquellas actividades más complicadas donde tercian conductas del control del entorno social y medio físico que permitan a la persona desarrollar un rol social, deleitarse de una excedente calidad de vida, con actividades sociales, como el disfrutar de sus aficiones.

La evaluación de la autonomía e independencia para el logro de las actividades de la vida diaria en cualquiera de los tres grupos que se han descrito con anterioridad, no es más que otra forma de observar el impacto funcional de las personas de edad avanzada. Los estudios demuestran que el 19,6% de las personas mayores de 65 años

son dependientes en cuidados personales, teniendo un 5-6% una dependencia moderada y un 3% una dependencia grave (López, Suárez, Baztán, Areosa, López y Avellana, 2005).

Por otro lado, según datos extraídos de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (2007), descubrimos que sólo un 35 % de las personas mayores que sufren diversas patologías recuperan el grado previo de dependencia para las actividades básicas de la vida diaria, y sólo el 25% recuperan el grado previo para las actividades instrumentales (Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, 2007).

Las redes sociales se definen como un vínculo social que rodea al individuo de modo continuo o intermitente a lo largo de su vida. La primera red social es la familia, por ser la proveedora de cuidados básicos en situaciones carenciales como enfermedad, envejecimiento o dependencia (Fudge, Neufeld y Harrison, 1997).

Las redes sociales pueden influir en la situación de salud de las personas dependientes en cualquier etapa de la vida, pues repercute directamente en el bienestar y expectativas de vida satisfactoria de las mismas (Torres, Ballesteros y Sánchez, 2008). Siendo de gran incidencia en el estado y evolución del paciente.

Según estudios, el 73% de los/as pacientes geriátricos viven en sus domicilios, pero de estos/as, el 25% viven solos/as o con insuficiente compañía, ya sea por la edad avanzada del cónyuge, familiares con alguna discapacidad, carencia de familiares o desinterés de los mismos/as (Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, 2007), pudiéndose nombrar los estudios de Martos, Pozo y Alonso (2010), donde se indican que el contacto social de los/as pacientes es determinante para su desarrollo y evolución durante el periodo de recuperación.

Cuando se trata de abordar las situaciones y casos que se presentan en la Unidad de Geriatria, hay que realzar la importancia del apoyo social, ya que es un elemento positivo para la recuperación del enfermo. El apoyo social debe convertirse en el soporte de mayor calidad para la atención del paciente, integrándose la familia o la red de apoyo de manera decidida desde el inicio del tratamiento hospitalario hasta la finalización del mismo, y participando de manera activa en las diferentes intervenciones que se realicen entre el/la paciente y los/as diferentes profesionales que intervienen con el mismo/a (Martos, Pozo y Alonso, 2010).

Las investigaciones psicosociales han demostrado la importancia que tienen las relaciones interpersonales, siendo las mismas una fuente de recursos fundamental, tanto para la cobertura de las necesidades de los/as usuarios/as, como para la promoción de su

bienestar. Cuando la familia conoce el proceso del paciente o la paciente y se involucra en el tratamiento, el individuo afectado, tiene un mejor pronóstico de recuperación (Martos, Pozo y Alonso, 2010).

El concepto de apoyo social se entiende por “transacciones interpersonales que implican ayuda, afecto y afirmación” (Khan y Antonucci, 1980, p.48), es decir, es el conjunto de recursos humanos, materiales, expresivos o de carácter instrumental, con los que un sujeto o familia se apoyan para superar una determinada enfermedad, condiciones económicas negativas, ruptura de relaciones familiares, etc. Estos recursos pueden ser facilitados por la comunidad, las redes sociales u otras personas del entorno o de confianza (Martos, Pozo y Alonso, 2010).

Podemos decir que la Unidad de Geriatría tiene como finalidad para el/la paciente enviarle a su domicilio, en la medida de lo posible, en unas condiciones de funcionalidad similares a las previas al ingreso, además de procurar cubrir sus necesidades tanto médicas como sociales. Por ello, destacamos que las intervenciones prioritarias dentro del trabajo llevado a cabo en las Unidades de Geriatría son las siguientes (Baztán, Suárez y García, 2004):

- Identificación temprana de pacientes frágiles a través de la realización de una valoración del estado clínico actual.
- Evaluación exhaustiva e íntegra de la función física, cognitiva y social básica, por parte del equipo interdisciplinar o multidisciplinar según sea el caso.
- Trabajar de manera disciplinaria para afrontar los problemas específicos de cada paciente geriátrico.
- Integración de los cuidados hospitalarios, llevados a cabo en las unidades geriátricas, y comunitarios que aseguren la continuidad y seguimiento de los/as pacientes.

1.2.Estructura y coordinación de los equipos multidisciplinares en las Unidades de Geriatría.

En las Unidades de Geriatría, debido a la complejidad que padece este colectivo, es necesaria la intervención de equipos multidisciplinares. El trabajo geriátrico requiere un enfoque multidisciplinar en la valoración y ejecución del cuidado de este colectivo de personas al caracterizarse por situaciones de dependencia en las que confluyen diversas patologías, enfermedades invalidantes, y problemas familiares y sociales (Ribera y Cruz ,2002).

La composición de los equipos en las Unidades de Geriatría debe adaptarse a las funciones que la unidad debe cumplir teniendo en cuenta la estructura y objetivos específicos. De manera general, existe el núcleo mínimo del equipo, que suele estar formado por los/as médicos/as geriatras, el personal de enfermería (enfermeros/as y auxiliares), fisioterapeuta, terapeuta ocupacional y el/la trabajador/a social, entre otros (Gutiérrez, Jiménez y Corregidor, 2012).

El funcionamiento del equipo requiere la cooperación y la responsabilidad compartida entre sus miembros, existiendo en todo momento una coordinación para asegurar la efectividad de la tarea del equipo (Gutiérrez, Jiménez y Corregidor, 2012).

Las principales funciones según los diferentes profesionales del equipo se dividen en:

- “Médico/a geriatra:
 - Realizar la valoración del estado clínico, funcional, mental y social básico del paciente o la paciente,
 - Realizar un correcto manejo de sus funciones.
 - Trasmitir la información médica esencial al resto de los/as profesionales para el desarrollo de un plan conjunto.
 - Comunicarse con el resto de equipo para informar de la evolución del paciente o la paciente y asegurar la continuidad de cuidados de cara al alta.
- Personal de enfermería:
 - Funciones específicas de los cuidados y tratamientos de la rama.
 - Prevención de complicaciones.

- Manejo de problemas adversos que puedan influir en la recuperación funcional de los/as pacientes.
- Educar sanitariamente al paciente y familiares, involucrándolos en la colaboración necesaria para la realización de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.
- Monitorizar la progresión del paciente y detección de problemas que pueda retrasarla.
- Terapeuta ocupacional y fisioterapeuta:
 - Puesta en marcha del plan terapéutico rehabilitador establecido.
 - Valorar, y trabajar la fuerza, la movilidad, tono de extremidades, rango de movimiento articular, equilibrio, coordinación, etc., y la capacidad para para la realización de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.
- Trabajador/a social:
 - Evaluar las necesidades sociales del paciente o la paciente, sus recursos y redes de apoyo.
 - Plantear si los cuidados necesarios podrán mantenerse una vez el/la paciente regrese a su domicilio.
 - Conocer los recursos disponibles, gestionar e informar al paciente y a la familia sobre los mismos, facilitando el acceso a aquellos dispositivos que el paciente o la paciente requiera tanto en el momento inmediato como a largo plazo.
 - Planificar el alta, desarrollando un plan de soporte y gestión de ayuda social” (Gutiérrez, Jiménez y Corregidor, 2012, p.89-90).

Sin duda una buena coordinación con los diferentes recursos y profesionales existentes, resulta beneficioso para el/la paciente, y para poder poner en marcha la Unidad Geriátrica, es preciso que se lleve a cabo un proceso de organización. Organizar según Ceballos (2010), consiste, en proporcionar las condiciones y relaciones básicas que se necesiten para ejecutar un plan determinado.

En el caso de la Unidad de Geriatría, existen divisiones de responsabilidad por áreas y funcionan de manera coordinada entre ellos. Según Ceballos (2010), los principios de organización se establecen según:

- División del trabajo: Se asignan tareas de trabajo específicas a cada integrante de la organización. En el caso de la Unidad de Geriatría, se asigna según las diferentes áreas (Trabajo Social, Enfermería, Médico/a Geriatra, Fisioterapeuta, etc.).
- Autoridad y responsabilidad: Se modifica en función al cargo ocupado por las personas dentro de la organización. En la Unidad de Geriatría, la responsabilidad es de manera igualitaria para todos/as los/as profesionales que intervienen siempre desde su área específica, pero la autoridad es ejercida por la dirección médica del centro hospitalario.
- Unidad de mando y unidad de dirección: Por un lado, la unidad de mando es donde se dirige el proceso y por tanto, dichas funciones son encabezadas por la dirección médica del centro hospitalario, y por otro lado, la unidad de dirección contempla que cada grupo de departamentos con objetivos comunes debe tener un/a coordinador/a de la organización. En el caso de la Unidad de Geriatría, existe una persona encargada de organizar dicho departamento.
- Jerarquía o Cadena de escala: Se caracteriza por ser la línea de autoridad, contemplando el nivel más alto y el nivel más bajo de la organización. En el caso de la Unidad de Geriatría cuenta con un diagrama de flujo, donde se detallan las actividades de cada nivel de organización.

Una vez aleccionada la organización del proceso, se hace necesaria la planificación del mismo. Esta planificación nace como efecto de la insuficiencia de recursos para responder a determinadas situaciones, permitiéndonos establecer estrategias para sistematizar y hacer un uso adecuado de dichos recursos, según los objetivos predeterminados (Fernández y Ares, 2002).

La planificación y coordinación deben ir ensambladas, para que surta efecto, por eso, una vez exista la planificación y coordinación, se debe llevar a cabo la dirección, es decir, que se le otorgue a una determinada persona o personas el poder para ejercer la

dirección de una determinada organización, teniendo así, la autoridad sobre el resto de las personas que los conforman (Zerilli, 1990).

La dirección o llevar a cabo la funciones directivas, describe el desempeño de lo planificado, efectuando el proceso de comunicación con los/as miembros/as de la organización, motivándoles, etc., y lograr así, los objetivos marcados (Martín, 2007).

En la Unidad de Geriátrica, es el/la director/a médico/a quien comprueba que dichas funciones se estén llevando a cabo dentro de cada área.

Las funciones de gestión, de los/as encargados/as de las organizaciones, según Koontz y Weihrich (2004), son las siguientes:

- Planeación: Se refiere a la selección de la acción o acciones para alcanzar los objetivos planteados.
- Organización: Para que exista una estructura organizada se debe permitir otorgar unas tareas a cada persona implicada en la estructura organizativa.
- Integración de personal: Representa a las actividades de selección, observación, capacitación, ascenso, evaluación, etc., referidas al personal que integra o puede llegar a integrar la organización.
- Dirección: Consiste en la influencia que se realiza sobre los/as individuos/as para alcanzar las metas de la organización de manera individual o grupal.

Durante el desarrollo de un programa, y especialmente al finalizar el mismo, es necesario realizar una evaluación, que proporcione información útil sobre el valor, la planificación, la realización y el impacto de las acciones determinadas en dicho programa, para utilizarlo en la toma de futuras de decisiones del mismo (Fernández De Lorenzo y Vázquez, 2012).

Se deben comparar los objetivos planteados al inicio del programa con los resultados alcanzados, para más tarde emitir juicios de valor que accedan a realizar recomendaciones para reconducir la acción del programa (Fernández De Lorenzo y Vázquez, 2012).

1.3. Modelos de evaluación de la calidad en los servicios públicos.

Dentro del proceso de evaluación, es necesario hablar de la calidad, entendiéndose esta como todas aquellas formas por las que una organización satisface las necesidades y expectativas de todos los/as agentes implicados/as (Herrera, 2012).

Para gestionar la calidad, existen normas elaboradas por determinados organismos, que son utilizadas como instrumentos para establecer los requisitos a satisfacer por un determinado producto o servicio. Las normas más reconocidas son las ISO (Internacional Organization for Standardization), (Fernández, De Lorenzo y Vázquez, 2012).

La Norma ISO 9001, se caracteriza por ser una norma internacional que describe las particulares que debe tener un sistema de gestión de calidad, sin detallar como se debe desarrollar e implantar, lo que permite flexibilidad de adaptación de la norma a las características de la organización que lleva a cabo el ejercicio (Ceballos, 2010).

En el “campo de la salud y otros sistemas de protección social, destaca, la Norma de gestión de Calidad ISO 9001:2008” (Herrera, 2012, p.179).

El Sistema de Gestión de Calidad (SGC), es aquella parte del sistema enfocado a dirigir y controlar una organización en relación a la calidad (Sistema de Gestión de Calidad según ISO 9001:2000, 2005). Para desarrollar e implementar o mantener y mejorar un SGC, se distinguen diferentes etapas:

- “Determinar las necesidades y expectativas de los/as clientes y de otras partes interesadas.
- Establecer políticas y objetivos de la calidad de la organización.
- Determinar procesos y responsabilidades necesarias para lograr los objetivos de la calidad.
- Determinar y proporcionar los recursos necesarios para los objetivos de la calidad.
- Establecer los métodos para medir la eficacia y eficiencia de cada proceso.
- Aplicar las medidas anteriores para determinar la eficacia y eficiencia de cada proceso.
- Determinar los medios para prevenir no conformidades y eliminar sus causas.

- Establecer y aplicar un proceso para la mejora continua del Sistema de Gestión de Calidad” (Sistema de Gestión de Calidad según ISO 9001:2000, 2005, p.3).

Por otro lado, existe la Entidad Nacional de Acreditación (ENAC), y la entidad dedicada al desarrollo de la normalización y la certificación en todos los sectores industriales y de servicios (AENOR), con cuyas certificaciones aseguran que un determinado servicio cumple con las exigencias marcadas en la normativa correspondiente. Estas entidades contribuyen a la mejora de la calidad y competencia de las organizaciones (Fernández, De Lorenzo y Vázquez, 2012).

Dentro de la calidad, debemos mencionar además, “el Modelo de Excelencia de la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad (EFQM)”, (Herrera, 2012, p.179).

El Modelo de Excelencia se refiere a un modo destacado de gestionar la organización y de lograr y conservar los mejores resultados posibles, incrementando la eficacia y eficiencia de las organizaciones. Reforzando la calidad y estimulando la mejora continua, teniendo en cuenta la satisfacción del usuario/a, la gestión de todos los procesos y la optimización de los recursos (Fernández, De Lorenzo y Vázquez, 2012).

Por último, otro aspecto a detallar, es la Práctica Basada en la Evidencia (PBE), método utilizado por los/as profesionales para fundamentar sus intervenciones con su experiencia profesional, en comparación con la evidencia científica a través de investigaciones realizadas. La PBE permite apoyar la práctica profesional en intervenciones y/o programas que suponen la prestación de mejores servicios, a partir de descubrimientos que demuestren empíricamente que dichas actuaciones producen resultados eficaces y positivos (Pereñíguez, 2012).

La medicina apoyada por la PBE, ayuda a transformar los fundamentos clínicos en conocimiento científicamente válido, con el designio de que los/as profesionales del sistema de la salud, sepan aplicar los resultados de las investigaciones científicas, conjuntamente con su experiencia y habilidades, para mejorar así la calidad de la práctica de la medicina (Pereñíguez, 2012).

1.4. Protocolo de la Unidad de Geriatría del Hospital Nuestra Señora de la Candelaria.

El Programa de Geriatría se está llevando a cabo en el Hospital Nuestra Señora de La Candelaria en la Isla de Tenerife desde Noviembre de 2014, cuya finalidad es mejorar la calidad de vida, de cara al alta, de los/as pacientes de edad avanzada, mayores de 65 años, generalmente ingresados por diversas pluripatologías.

En esta unidad la trabajadora social o trabajador social delegada/o tiene una función clave, que consiste en organizar con la familia el alta del paciente o la paciente a su domicilio, poniendo a su disposición los recursos existentes para que el retorno al hogar sea lo más adaptado a las nuevas condiciones del paciente o la paciente.

Las funciones de la trabajadora social o trabajador social, dentro de la Unidad de Geriatría, consiste en trabajar de manera coordinada y en colaboración con las diferentes carteras de servicios del hospital, realizando una valoración psicosocial y familiar, para analizar por un lado las dificultades que podría padecer el paciente o la paciente de cara al alta en función de los apoyos que posea o pueda poseer, y por otro lado, conocer el grado de autonomía que tenía el paciente o la paciente antes del motivo del ingreso (Anexo 1).

A continuación, se explica el procedimiento que se lleva a cabo en la Unidad de Geriatría del Hospital Nuestra Señora de La Candelaria, en base al diagrama de flujo llevado a cabo por el Programa de Ortogeriatría, y corroborado por la experiencia propia durante las prácticas de Trabajo Social, además de las aportaciones teóricas de los/as profesionales participantes en la Unidad de Geriatría (Anexo 2).

Tras ingresar en el Servicio de Urgencias, si el paciente o la paciente reúne los requerimientos de paciente frágil (paciente mayor de 65 años, con pluripatologías o englobados en aquellas patologías reconocidas como síndromes geriátricos) pasa a ser valorado por el médico o la médica geriatra de guardia, solicitando el mismo o la misma las pruebas necesarias para la valoración del estado clínico del paciente o la paciente. Si se confirma la patología, se pone en marcha el protocolo y se ingresa al paciente en la Unidad de Geriatría, realizando el especialista geriátrico las interconsultas necesarias para el estudio de la situación del paciente o la paciente, entre la que cabe destacar la que se realiza a la Unidad de Trabajo Social.

Tras el ingreso en la planta correspondiente, se realizan las diferentes apreciaciones del equipo, que primeramente han recibido las interconsultas del

médico/a geriatra. Entre estas apreciaciones, encontramos la llevada a cabo por el o la trabajador/a social de la unidad, cuyo fin se establece en valorar las insuficiencias existentes en la red social de apoyo del paciente o la paciente.

Esta apreciación sirve para conocer si el/la paciente cuenta con apoyo social en el domicilio, una vez dispuesta la idea de dar el alta tras la intervención médica favorable. Si el/la paciente evoluciona prósperamente tras la intervención, y cuenta con el apoyo sociofamiliar apropiado para sus nuevas necesidades, se le dará el alta. En este caso si necesitara de algún proceso de rehabilitación o control se realizaría de forma ambulatoria. Pero si el/la paciente no cuenta con el apoyo sociofamiliar indispensable para cursar el alta pero su estado ha evolucionado de forma favorable, se prolongarían los días en la unidad, para trabajar con el/la paciente hasta procurar su regreso a casa con la mayor autonomía posible.

Cuando debido a la avanzada edad que presentan la mayoría de estos/as pacientes y las diversas patologías que muestran, el regreso a sus domicilios sin el apoyo sociofamiliar es imposible. En estos casos, el/la trabajador/a social, se basa en el informe social que ha realizado durante el periodo de hospitalización del o la paciente, donde se han recogido los apoyos con los que contaba y las barreras con las que se podía encontrar de cara al alta, para comenzar a coordinarse con diferentes recursos con los que cuenta y buscar la solución más beneficiosa.

La Unidad de Geriatría del Hospital Nuestra Señora de la Candelaria, desde el año 2006, cuenta con un Sistema Integrado de Gestión conforme a la Norma ISO 9001:2008, contando con el sello de Calidad Europea y la conveniente certificación y además, realiza una autoevaluación, a través del modelo de Excelencia de la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad (EFQM), con la finalidad de mejorar la calidad de las diferentes áreas y servicios, con el propósito de aumentar el grado de satisfacción de los/as usuarios/as de dichos servicios y áreas.

A modo de síntesis, la Geriatría se caracteriza por ser la rama médica dedicada al cuidado e intervención en las fases de la enfermedad aguda, en los ya definidos como pacientes geriátricos, cuando es posible proporcionar herramientas para su atención y abordaje en las enfermedades de mayor relevancia, para minimizar el grado de dependencia, lograr el mantenimiento y la recuperación funcional del adulto mayor, de tal manera que se facilite la reinserción a una vida autosuficiente dentro de su entorno habitual y núcleo familiar. Este propósito primordial se complementa con la acción del

Trabajo Social Sanitario, cuyas funciones son las de conocer y transformar la realidad del mayor, a través de la atención directa (detección y prevención de los problemas sociales, fomentar la participación del mayor, utilización recursos que satisfagan las necesidades sociales, etc.) y de la atención indirecta (coordinación con otros recursos, intervención social, diseño, elaboración y cumplimiento de los instrumentos propios del Trabajo Social, y planificación y evaluación de planes, servicios, programas, etc.) contribuyendo con otros/as profesionales sanitarios y otras acciones, que en su conjunto dan sostén a la viabilidad de que existan las Unidades de Geriatría.

A continuación se detalla el proceso seguido para llevar a cabo la valoración de la Unidad de Geriatría.

2. ESTUDIO EMPÍRICO

2.1 Objetivos

2.1.1 Objetivo general

Analizar los resultados del funcionamiento de la Unidad de Geriatría del Hospital Nuestra Señora de la Candelaria (HUNSC).

2.1.2 Objetivos específicos

- Conocer el perfil de los /as usuarios/as hospitalizados en la Unidad de Geriatría.
- Elaborar a partir de los registros administrativos (expedientes) del hospital una matriz de datos de carácter longitudinal, para que permita identificar, entre los indicadores disponibles, qué aspectos han experimentado variaciones relevantes tras la puesta en funcionamiento de la unidad.
- Conocer las funciones del Trabajo Social en las unidades geriátricas
- Conocer la opinión sobre el funcionamiento y desarrollo de la Unidad de Geriatría desde el punto de vista de los /as profesionales implicados.
- Realizar propuestas de mejora para el servicio, partiendo de los resultados de la valoración realizada.

2.2 Metodología

2.2.1 Sujetos de la investigación

Los sujetos objeto de esta investigación han sido pacientes ingresados en el Hospital Universitario Nuestra Señora de La Candelaria de avanzada edad; mayores de 65 años, con pluripatologías y/o deterioro cognitivo y que participaron en el Programa de Geriatría, cuyo caso haya llegado a la Unidad de Trabajo Social de este Hospital, con la finalidad de realizar la correspondiente valoración social y atender a las necesidades demandadas.

A continuación se muestra una tabla de los datos recabados, donde se reflejan el perfil por sexo y edad de los sujetos del estudio:

Tabla 1: Perfil de los sujetos del estudio (Usuarios/as del servicio)

| Edad Intervalos | Mujeres | | Hombres | |
|--------------------|------------|------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje |
| 75-80 | 3 | 11% | 2 | 14% |
| 81-85 | 8 | 29% | 7 | 50% |
| 86-90 | 9 | 32% | 3 | 21% |
| 91-95 | 4 | 14% | 2 | 14% |
| 96-100 | 4 | 14% | 0 | 0% |
| Total | 28 | 100% | 14 | 100% |

La principal fuente de datos de este trabajo son estos 42 sujetos, que constituyen la totalidad de los/as pacientes atendidos/as en la Unidad de Geriatría durante el año 2014. De forma complementaria, para poder evaluar el impacto de la implantación de la unidad, se ha elaborado una muestra de contraste de pacientes del año 2013 que, correspondiéndose con el perfil señalado, fueron atendidos por distintos servicios del hospital y dirigidos por ellos a la Unidad de Trabajo Social, de forma que se pudo tener acceso a sus expedientes. Dicha muestra consta de 15 sujetos, cuyos datos detallados se recogen en las tablas del Apartado 2.3 del Anexo 3.

También han participado en la investigación algunos profesionales implicados en dicho programa, que han aportado su opinión sobre los resultados obtenidos en este primer año de funcionamiento. Se ha entrevistado a 7 de los/as profesionales que integran la unidad, con perfiles que representan a los tres grupos profesionales que integran el servicio. Sus rasgos principales se detallan en la Tabla 2.

En la siguiente tabla se recoge el perfil de los/as profesionales que han participado en esta investigación:

Tabla 2: Profesionales participantes en el estudio:

| Sexo | Edad aproximada | Especialidad |
|-------|-----------------|-----------------------------------|
| Mujer | 45 | Trabajadora Social |
| Mujer | 40 | Trabajadora Social |
| Mujer | 45 | Trabajadora Social |
| Mujer | 35 | Médica Geriatra |
| Mujer | 30 | Médica Geriatra |
| Mujer | 30 | Médica Geriatra |
| Mujer | 30 | Enfermera continuidad de cuidados |

*Anexo 4

2.2.2 Diseño

El diseño de esta investigación combina el enfoque transversal y el longitudinal. Por una parte, se analizan transversalmente las relaciones entre distintas variables de los sujetos de 2014, lo que permite abordar el perfil y las problemáticas de la unidad en su primer año de funcionamiento. Por otra parte, se incorpora un componente longitudinal al comparar los datos de 2014 con los precedentes de 2013, cuando la unidad aún no se había implementado. Esto permite obtener evidencias sobre los cambios en los/as pacientes y el cumplimiento o no, de los objetivos planteados por la unidad.

Además, cuenta con las entrevistas realizadas a los/as profesionales con el fin de enriquecer cualitativamente la interpretación de los datos cuantitativos sobre los/as pacientes y obtener y realizar propuestas de mejoras de esta unidad para el futuro.

2.2.3 Materiales e Instrumentos

Para el desarrollo de esta investigación, se ha accedido a la base de datos de la Unidad de Trabajo Social y a la base de datos general del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria, del periodo de Enero de 2014 a Enero de 2015, además de recopilar una muestra significativa de datos del año 2013.

También se ha utilizado un patrón de preguntas para entrevistar a los/as profesionales implicados/as en este programa, y así poder averiguar la percepción que los mismos/as tienen sobre el funcionamiento y los resultados de la unidad (Anexo 4).

Dicho patrón para la entrevista está constituido por nueve preguntas. Con la primera de ellas, se les pregunta a los/as profesionales por el grado de provecho o beneficio, que existe para los/as pacientes que se encuentran en la Unidad de Geriátrica, en la segunda, deben evaluar el grado y calidad de consecución de los objetivos, en la tercera, debe explicar actitudes, pensamientos y sentimientos que le genera la dedicación profesional con los/as pacientes geriátricos, la cuarta, les pregunta sobre sus perspectivas con respecto al colectivo, en la quinta, debe hablar sobre el medio o contexto de trabajo y como éste ayuda a desarrollar su labor, la sexta, les cuestiona sobre cómo afrontar situaciones complejas, la séptima, comprueba la posible relación existente entre los/as diversos/as profesionales que pertenecen a la unidad, la octava, se trata de una pregunta de carácter abierta para que cada profesional explique aquellos aspectos a mejorar y aquellos aspectos a perseverar en la Unidad de Geriátrica para garantizar el buen funcionamiento de la misma, la novena y última pregunta trata de cuestionar sobre aquellas circunstancias que le motivaron a los/as profesionales a trabajar en la Unidad de Geriátrica.

2.2.4 Procedimiento

Se realiza una evaluación de la Unidad de Geriátrica del periodo comprendido entre enero de 2014 y enero 2015, a través de diferentes procedimientos:

En primer lugar, se realiza una combinación entre el enfoque transversal y longitudinal. Seguidamente se analiza de manera trasversal las relaciones entre distintas variables de los sujetos del año 2014, para conocer el perfil y las problemáticas de la Unidad de Geriátrica en su primer año de funcionamiento. Además, se incorpora un elemento longitudinal al realizar una comparación con los datos de 2014 con datos precedentes de 2013, cuando la unidad no se había instaurado.

Para la creación de estos datos, se analiza los expedientes o historias de los/as pacientes atendidos en la Unidad de Trabajo Social del HUNSC, así como, también, los expedientes o historias de los/as pacientes, atendidos en lo referente al ingreso por la Unidad de Geriatría en este Hospital. Tras localizar los expedientes y analizar los datos encontrados en los mismos, se realiza una matriz de datos en Excel 2010 codificando y grabando la información de los expedientes necesarios, para la realización de un análisis estadístico de dichos datos y examinar el funcionamiento de la unidad.

Los datos elegidos han sido los de mayor relevancia para obtener el perfil de los/as pacientes, además de aquellos para averiguar los distintos indicadores de género, las edades, unidades de convivencia y días de hospitalización, entre otros.

En segundo lugar, se ejecutará un estudio transversal, para averiguar, a través de los datos obtenidos, si dicho programa está verificando los objetivos planteados en el diagrama de flujo (Anexo 2).

Por último, se valorará la opinión de los/as profesionales implicados en la Unidad de Geriatría, con los resultados de las entrevistas realizadas (Anexo 4), para plantear las posibles propuestas y lograr el progreso de la unidad.

Para el análisis de los resultados, se han realizado distribuciones de frecuencias univariantes y bivariantes mediante la herramienta de Tablas Dinámicas de Excel 2010 y, cuando ha sido posible, se han elaborado medidas de síntesis (media y desviación típica). A partir de estos resultados se han elaborado, con este mismo programa, los gráficos que acompañan al texto.

El plan de análisis efectuado contempla las siguientes tablas, que se incluyen en el Anexo 3.

1. Perfil básico del usuario/a de la Unidad de Geriatría:

- 1.1. Edades según sexo.
- 1.2. Media de edad.
- 1.3. Unidad de convivencia
- 1.4. Apoyo Informal
- 1.5. Apoyos formales previos a la hospitalización
- 1.6. Apoyos formales tramitados desde la UTS HUNSC.
- 1.7. Tipos de altas hospitalarias.
- 1.8. Días de hospitalización.

2. Relación bivariante:

- 2.1. Unidad de convivencia según edad
- 2.2. Apoyo informal según edad
- 2.3. Apoyos formales previos a la hospitalización según edad
- 2.4. Apoyos formales tramitados desde la UTS HUNSC según edad.
- 2.5. Hospitalización según edad.
- 2.6. Altas según edad.
- 2.7. Apoyo informal según convivencia.
- 2.8. Apoyos formales previos a la hospitalización según convivencia.
- 2.9. Apoyos formales tramitados desde la UTS HUNSC según convivencia.
- 2.10. Altas según convivencia.
- 2.11. Convivencia según sexo.
- 2.12. Apoyo informal según sexo.
- 2.13. Apoyo formal previos a la hospitalización según sexo
- 2.14. Apoyo formal tramitados desde la UTS HUNSC según sexo.
- 2.15. Altas según sexo.

3. Tabla resumen de los datos más relevantes extraídos en el año 2014, según el tiempo de hospitalización.

4. Análisis longitudinal de los resultados previos a la Unidad de Geriátrica (año 2013), con los resultados tras la implantación de la Unidad de Geriátrica (año 2014).

- 4.1. Días de hospitalización. Comparación 2013-2014.
- 4.2. Altas efectuadas. Comparación 2013-2014.
- 4.3. Tipos de apoyos informal gestionados. Comparación 2013-2014.
- 4.4. Tipos de apoyos formales previos. Comparación 2013-2014.
- 4.5. Tipos de apoyos formales tramitados. Comparación 2013-2014.
- 4.6. Unidad de convivencias. Comparación 2013-2014.

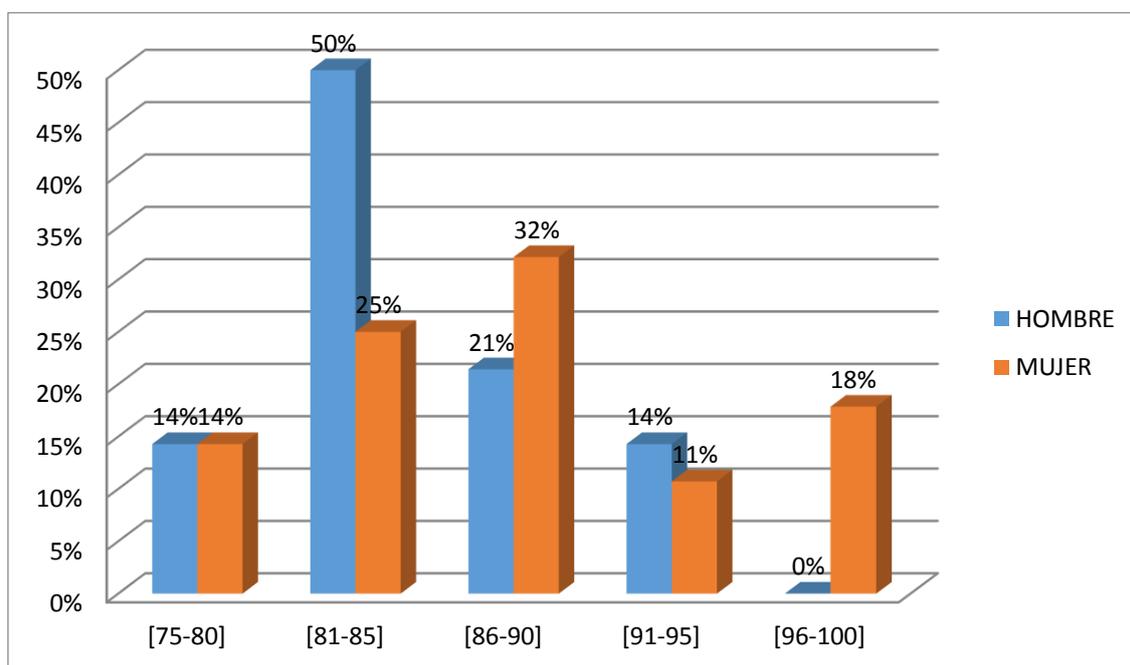
3. RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados. En primer lugar, encontramos los datos referido al perfil de los/as usuarios/ as, atendiendo al sexo, la edad, unidad de convivencia, tipos de apoyos, características de las altas hospitalarias y días de hospitalización. En segundo lugar, profundizaremos en el perfil de los/as pacientes atendidos durante del primer año de funcionamiento de la Unidad de Geriátría atendiendo a las variaciones de las distintas variables según edad, sexo y tipo de convivencia. En tercer lugar, se muestran los datos resultados del análisis longitudinal de los resultados previos a la Unidad de Geriátría (año 2013), con los resultados tras la implantación de la Unidad de Geriátría (año 2014).

Finalmente, en el último apartado de los resultados se muestra el vaciado de los datos obtenidos de las entrevistas realizadas a los/as profesionales implicados/as en dicha unidad.

3.1 Perfil básico del usuario/a de la Unidad de Geriátría

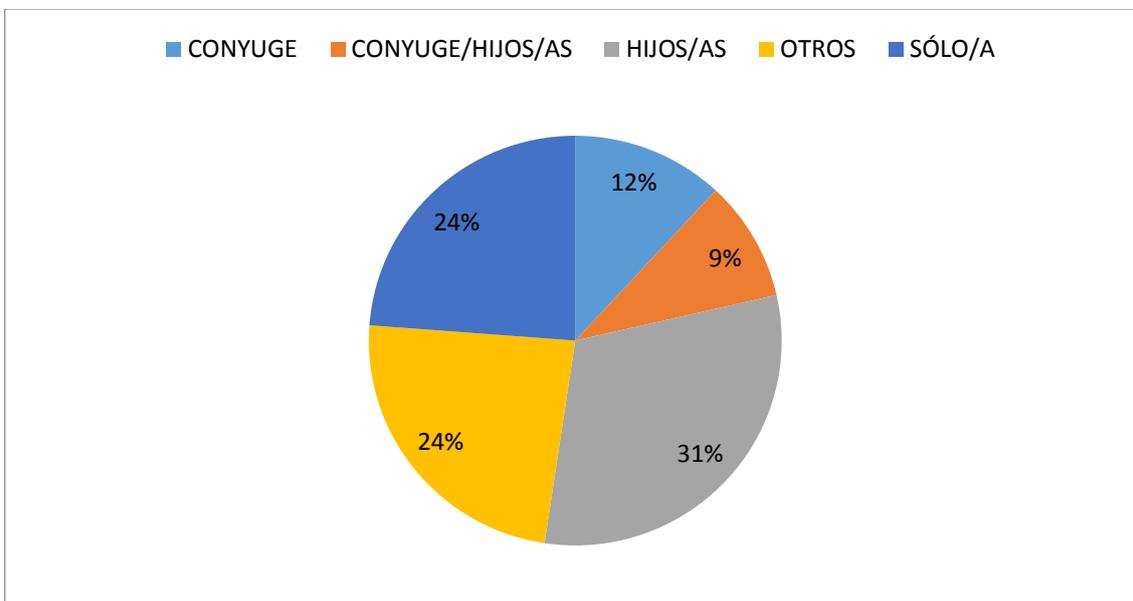
Gráfico 1: Edades según sexo



Cómo se aprecia en gráfico 1, respecto al perfil de las mujeres atendidas en la Unidad de Geriátría, podemos decir que el 32% tienen entre 86-90 años, teniendo una media de edad de 88 años. Con respecto a los hombres podemos decir que la mayoría

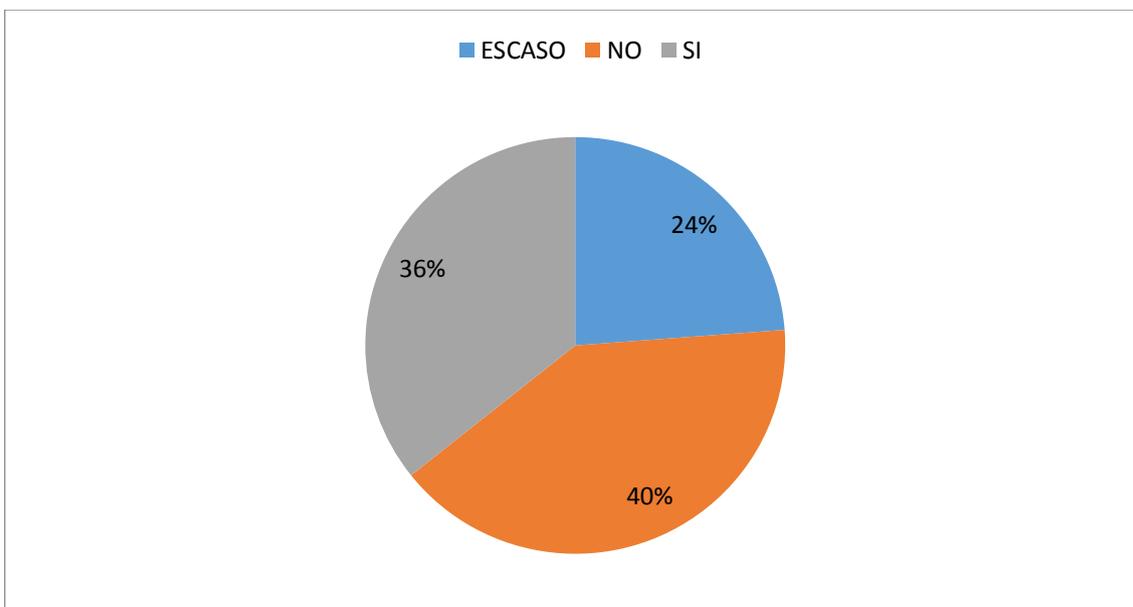
(50%) tienen entre 81-85 años, teniendo una media de 85 años (Anexo 3: Tabla nº 3 y 4)

Gráfico 2: Unidad de convivencia



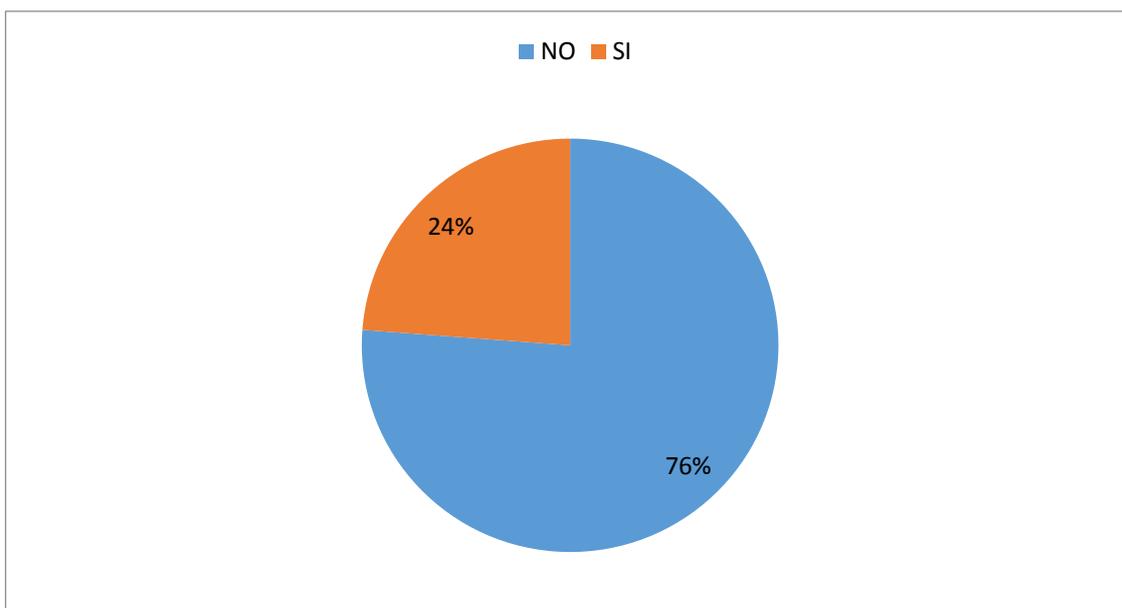
Casi un tercio de los usuarios/as atendidos/as en la Unidad de Geriátrica viven con sus hijos/ hijas (31%). Por otro lado, un 24 % viven solos y otro 24 % viven con otros familiares o se encuentran institucionalizados (Anexo 3: Tabla nº 5).

Gráfico 3: Apoyo informal



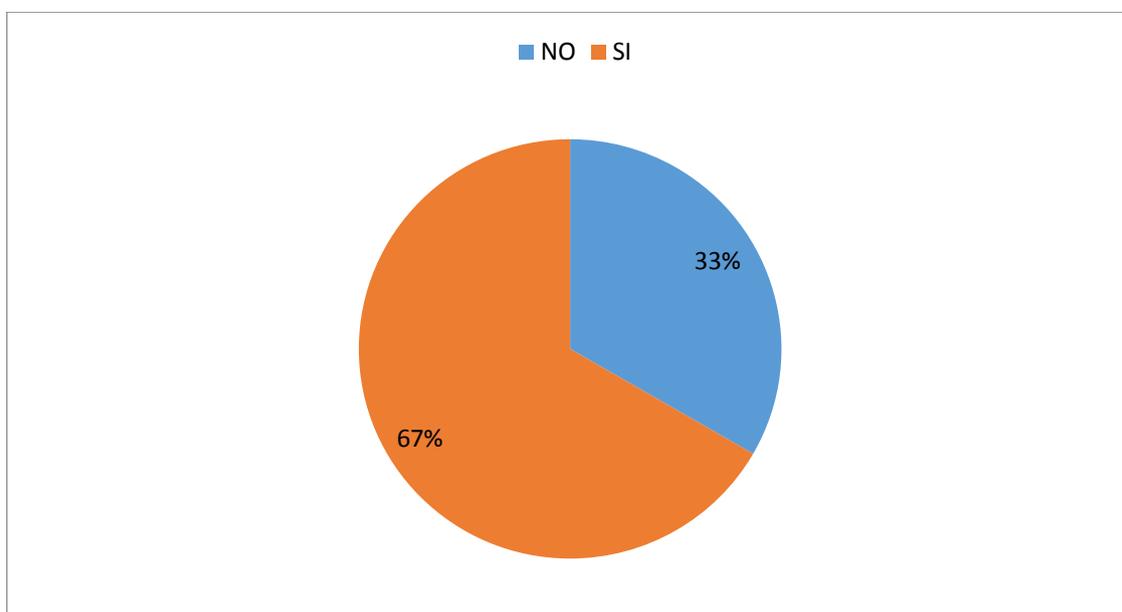
Respecto a la variable de apoyo informal el 40% de los usuarios/as no contaba con el apoyo, es decir, sin la ayuda y colaboración de familiares, amigos, etc., el 36% si contaba con el apoyo y para el 24 % era escaso (Anexo 3: Tabla nº 6).

Gráfico 4: Apoyos formales previos



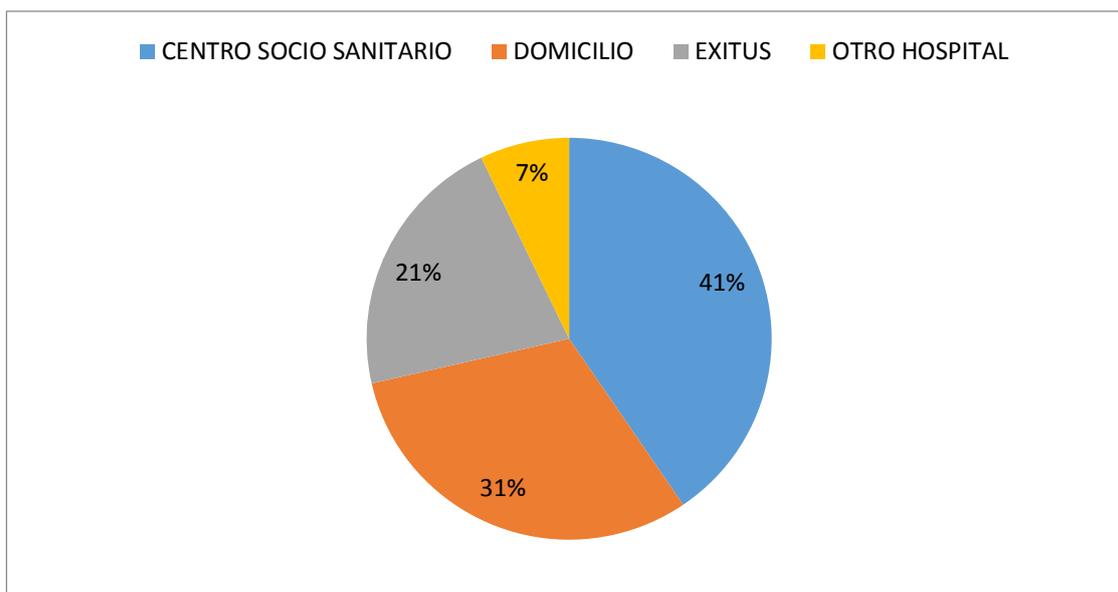
El 76% de los/as pacientes atendidos en la unidad, se caracterizan por no tener apoyos formales previos, es decir, aquellos apoyos que son adquiridos de forma privada o solicitados a través de organismos oficiales, como pueden ser plaza en Centros de Día, Servicio de Ayuda a domicilio (SAD), etc. (Anexo 3: Tabla nº 7).

Gráfico 5: Apoyos formales tramitados



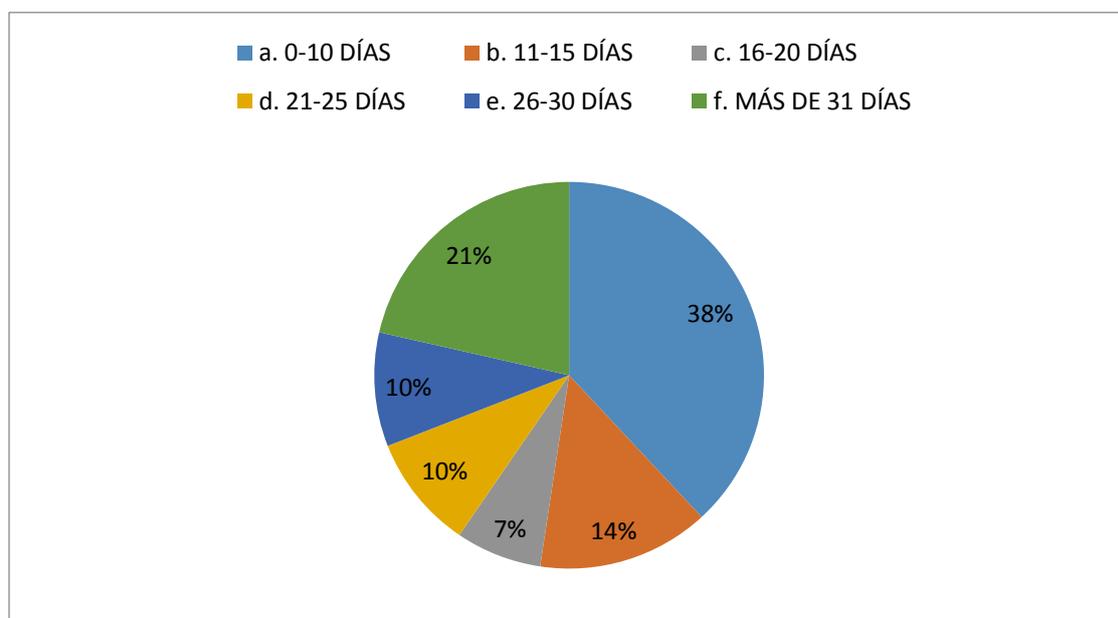
Tras el ingreso en la unidad, y la atención individualizada a los/as pacientes por la Unidad de Trabajo Social el 67% solicitó apoyos formales de cara al alta hospitalaria (Anexo 3: Tabla nº 8).

Gráfico 6: Altas hospitalarias



Con respecto a las altas hospitalarias, el 41% de los/as pacientes tras encontrarse de alta y carecer de apoyos informales, ingresan en Centros Sociosanitarios (CSS), frente al 31% que tras el alta hospitalaria regresan al domicilio familiar, lo que nos demuestra que la existencia de la Unidad Geriátrica van cumpliendo sus objetivos con respecto al apoyo familiar (Anexo 3: Tabla nº 9).

Gráfico 7: Días de hospitalización

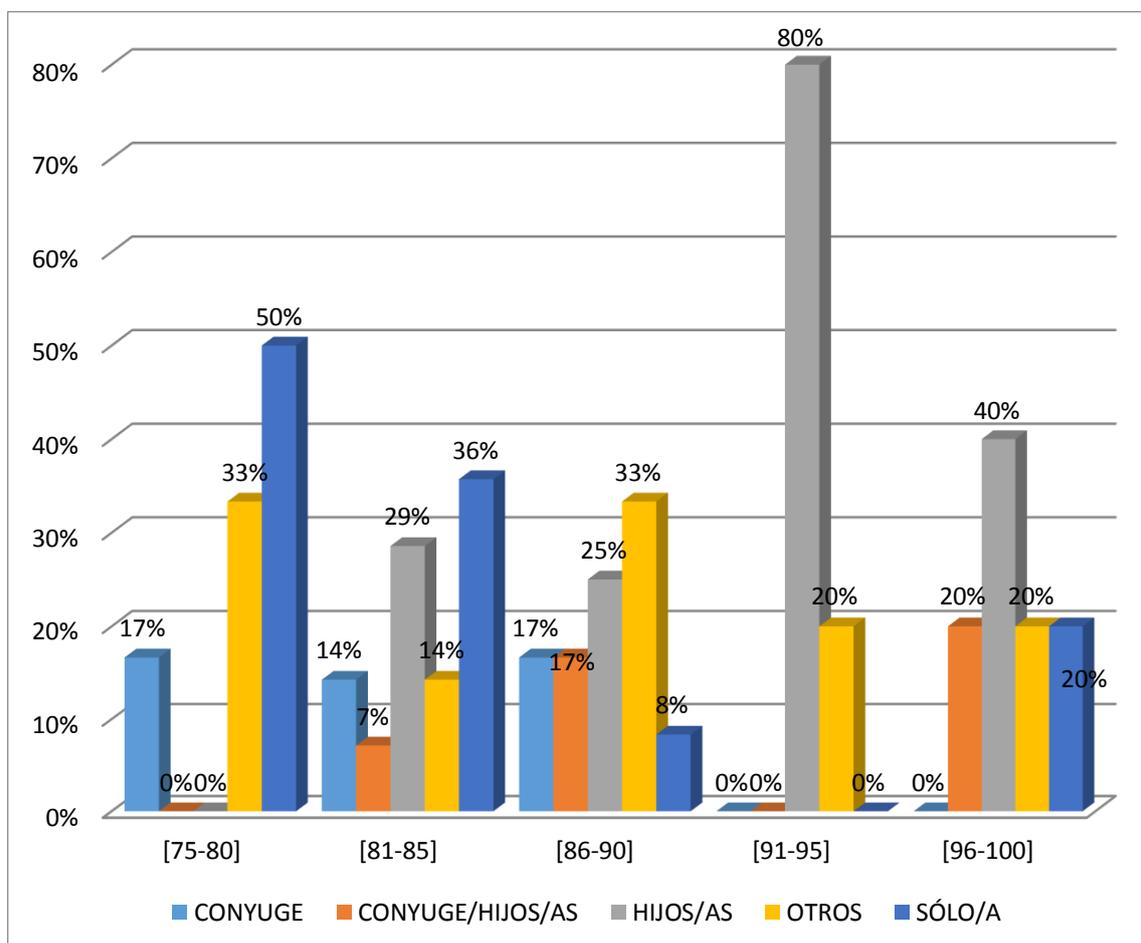


El 38% de los/as pacientes pasó entre 0 y 10 días en la Unidad de Geriátrica, y el 21% permaneció más de 31 un días (Anexo 3: Tabla nº 10).

3.2 Relación bivariable

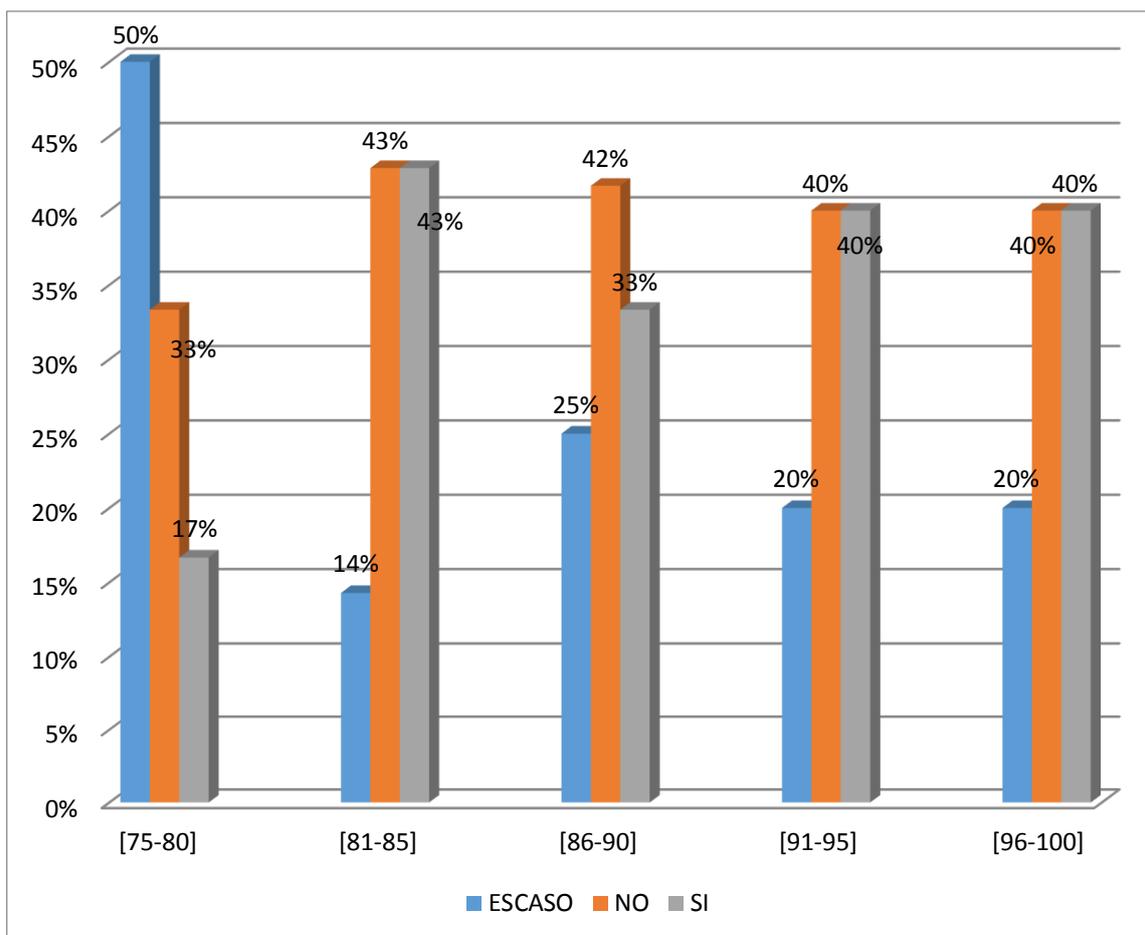
3.2.1 Edad

Gráfico 8: Unidad de convivencia



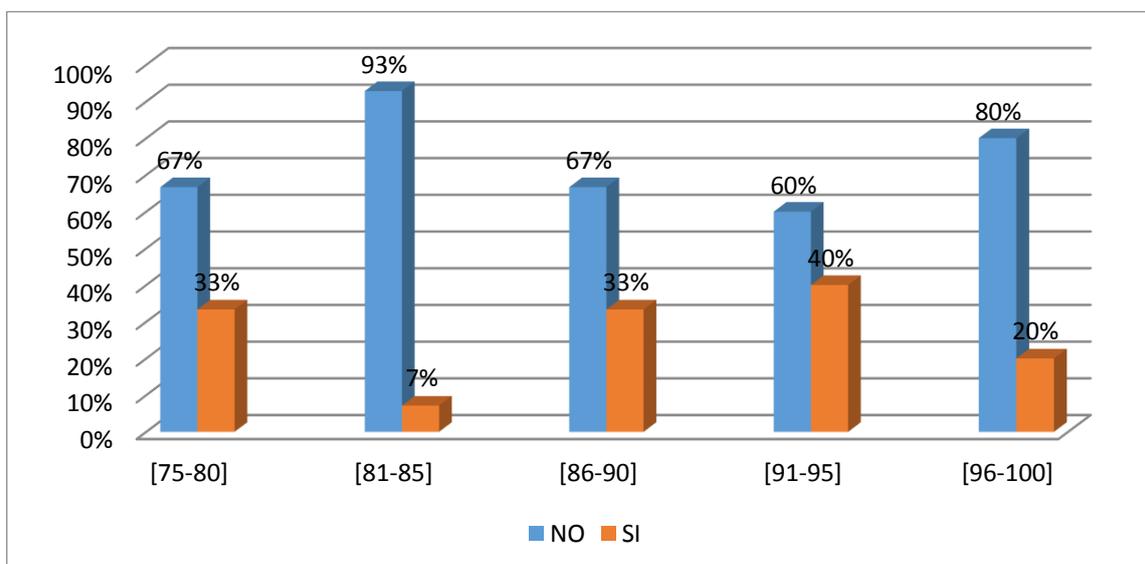
Disminuyen de forma importante con la edad los/as pacientes que viven solos/as y con sus cónyuges. Observamos que en aquellos/as pacientes entre 75-80 años viven solos el 50% y aquellos/as entre 91-95 años, no se encontraron pacientes viviendo solos/as (0%), sino con sus hijos/as (80%) o institucionalizados o con familiares lejanos (20%). En cuanto a las unidades de convivencias formadas solamente por los cónyuges, se observa que de aquellos pacientes comprendidos entre 75-80 años sólo el 17% formaba parte de esa unidad, entre 81-85 años, era el 14% y entre 86-90 años, eran el 17% de los/as pacientes (Anexo 3: Tabla nº 11).

Gráfico 9: Apoyos informales



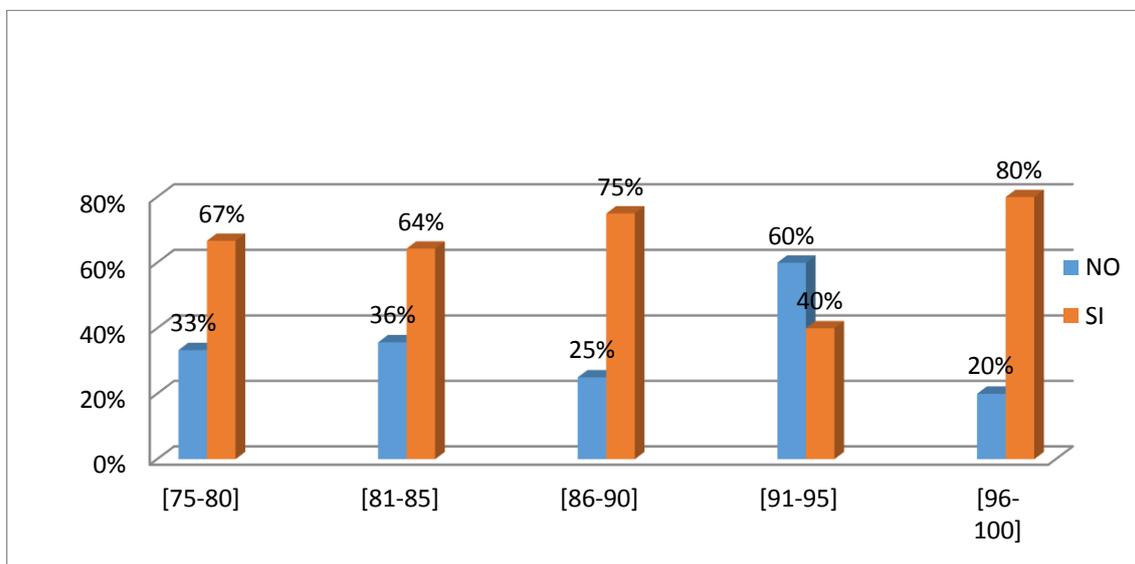
En este gráfico se observa la carencia de apoyos informales que se mantienen entorno al 40% en todos los grupos de edad (Anexo 3: Tabla n° 12).

Gráfico 10: Apoyos formales previos



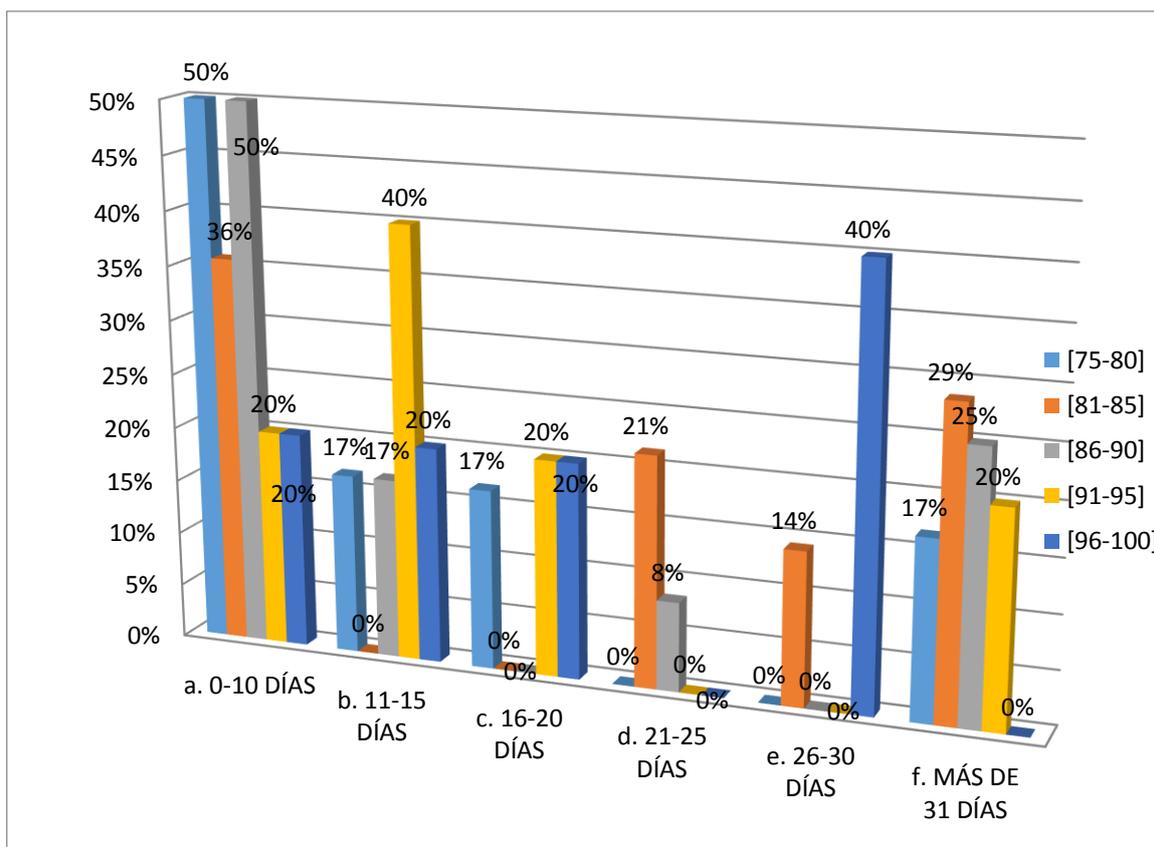
Con respecto al gráfico 10, en los apoyos formales previos a la hospitalización observamos, que aumentan conforme aumenta la edad. De los/as pacientes entre 75 y 80 años presentaban apoyos formales previos el 67%, entre 81 y 85 años presentaban apoyos formales previos el 93%, entre 86 y 90 años presentaban apoyos previos el 67%, y de los/as pacientes entre 96 y 100 años presentaban apoyos formales previos el 60%. Aquellos/as pacientes entre 91 y 95 años presentaban apoyos formales previos el 60%. Observamos como este último grupo de edad, se caracteriza por ser el que menor grado de apoyo informal previo presenta con respecto a los diferentes grupos de edad (Anexo 3: Tabla n° 13).

Gráfico 11: Apoyos formales tramitados



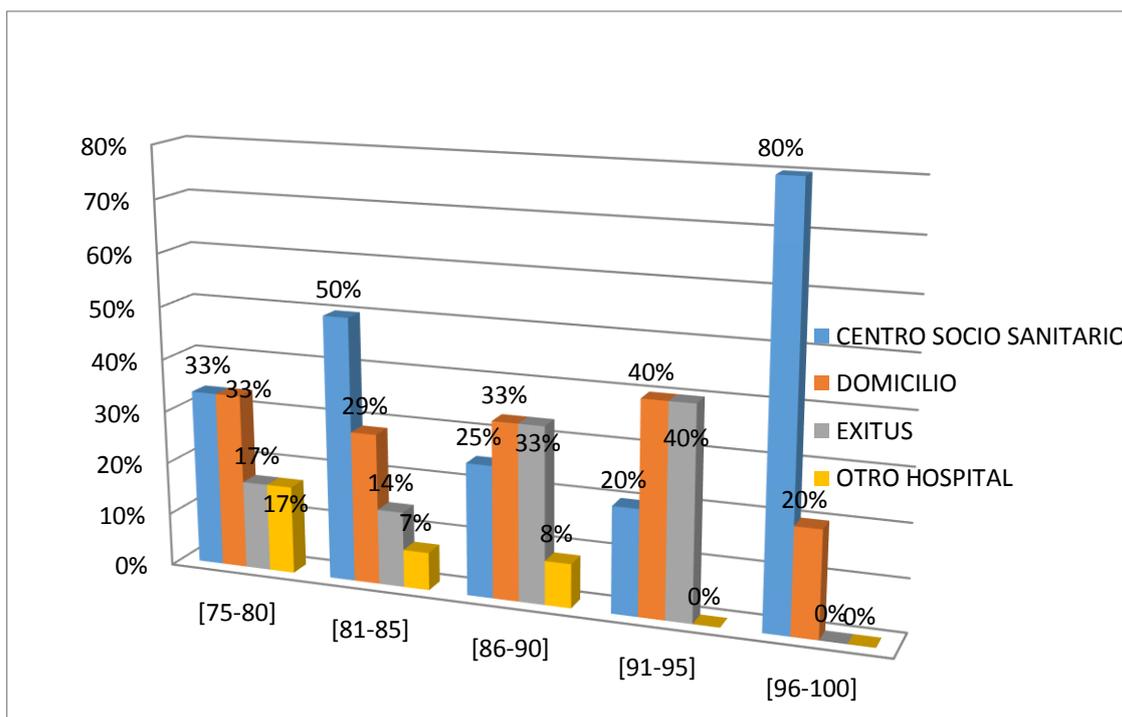
Al 67% de los/as pacientes entre 75 y 80 años se les tramitó algún tipo de apoyo formal en su estancia hospitalaria, a los/as pacientes entre 81 y 85 años se les tramitó al 64 %, a aquellos/as entre 86 y 90 años se les tramitó al 75%, a los/as pacientes entre 91 y 95 años se les tramitó al 40% y aquellos/as pacientes entre 96 y 100 años se les tramitó el apoyo formal al 80% (Anexo 3: Tabla n° 14).

Gráfico 12: Hospitalización



En la Unidad de Geriátrica el 50% de los/as pacientes que se comprendían en edades entre 75 y 80 años, permanecieron ingresados/as entre 0 y 10 días, entre 81 y 85 años, el 36%, permanecieron ingresados/as entre 0 y 10 días, precedido por el 29% donde su estancia se alargó a más de 31 días de hospitalización. Los/as pacientes entre 86 y 90 años, el 50%, permanecieron ingresados/as entre 0 y 10 días y el 25% más de 31 días. Aquellos/as entre 91 y 95 años, el 40% continuaron ingresados/as entre 11 y 15 días y los/as pacientes entre 96 y 100 años, el 40% permanecieron ingresados/as entre 26 y 30 días (Anexo 3: Tabla n° 15).

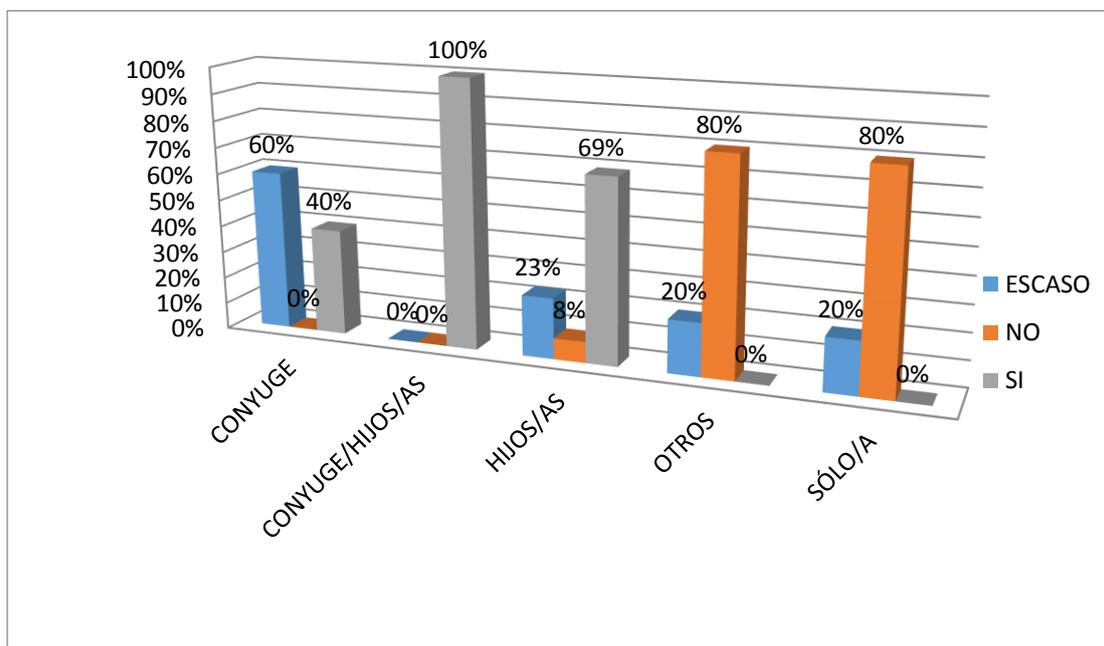
Gráfico 13: Altas



De los/as pacientes entre 75 y 80 años, una vez dada el alta, el 33% se trasladó a centros sociosanitarios y otro 33% a sus domicilios. De los/as pacientes entre 81 y 85 años el 50% se trasladó a Centros Sociosanitarios y un 29% a sus domicilios. De los/as pacientes entre 86 y 90 años, el 33% causa exitus en la estancia hospitalaria, otro 33% se traslada a su domicilio y el 25% a centros sociosanitarios. De los/as pacientes entre 91 y 95 años, el 40% se traslada a su domicilio, otro 40% causa exitus en su estancia hospitalarias y el 20% se traslada a centros sociosanitarios. De los/as pacientes entre 96 y 100 años, el 80% se traslada a centros sociosanitarios y el 20% restante a sus domicilios. En rasgos generales destacamos que conforme aumenta la edad, los/as pacientes que regresan a sus domicilios también van en aumento, existiendo alguna pequeña variación en aquellos grupos de edad comprendidos entre 81-85 años y 96-100 años, que siguen siendo trasladados a centros sociosanitarios en su mayoría (Anexo 3: Tabla n° 16).

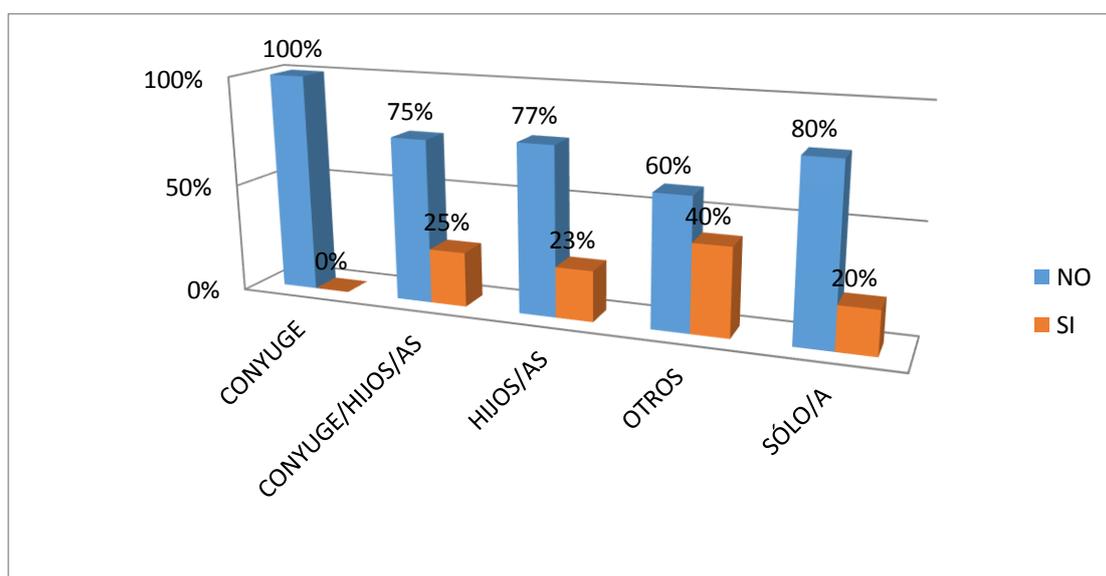
3.2.2 Unidad de convivencia.

Gráfico 14: Apoyo informal



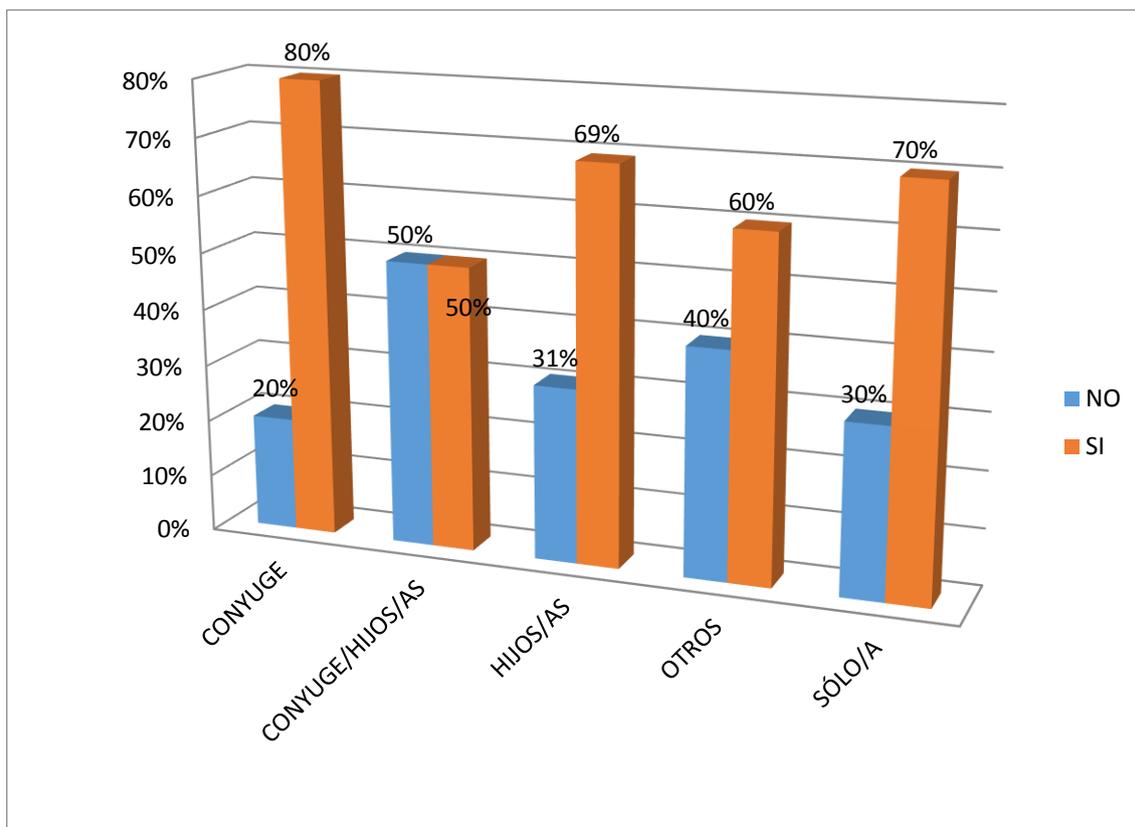
Los/as pacientes presentan mayor apoyo informal por unidad de convivencia en aquellos casos, donde la unidad está formada por el paciente, conyuge y sus hijos/as (100%), precedidos con el 69% por aquellas unidades de convivencias formadas por hijos/as y el 40% en aquellas unidades formadas por el o la paciente y su conyuge. Por otro lado, aquellos pacientes que viven solos/as o se encuentran institucionalizados, tan sólo el 20% tiene apoyo informal frente a un 80% que carece de apoyos (Anexo 3: Tabla n° 17).

Gráfico 15: Apoyos formales previos



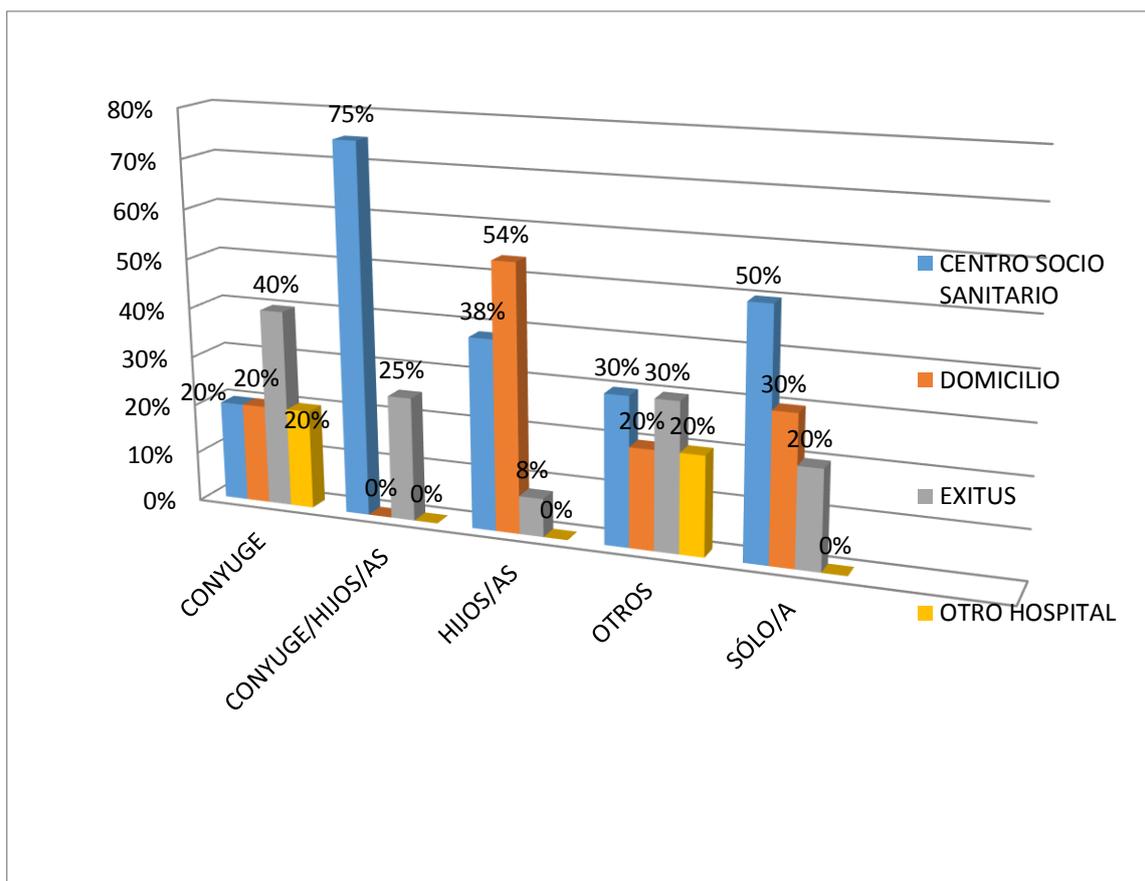
En el gráfico 15, el 40% de los/as pacientes cuya unidad de convivencia corresponde a otros, entendiéndose esto, como aquellos/as que permanecen en centros sociosanitarios, presenta apoyos formales previos. El 25% de los/as pacientes que viven con sus cónyuges, hijo/as y el 23% de los que viven únicamente con sus hijos/as también presentan apoyos formales previos (Anexo 3: Tabla nº 18).

Gráfico 16: Apoyos formales tramitados



De los/as pacientes que conviven con su cónyuge al 80% se les tramita algún tipo de ayuda formal, de los/as que viven solos/as se les tramita al 70% y de los que viven con sus hijos/as se les tramita al 69% (Anexo 3: Tabla nº 19).

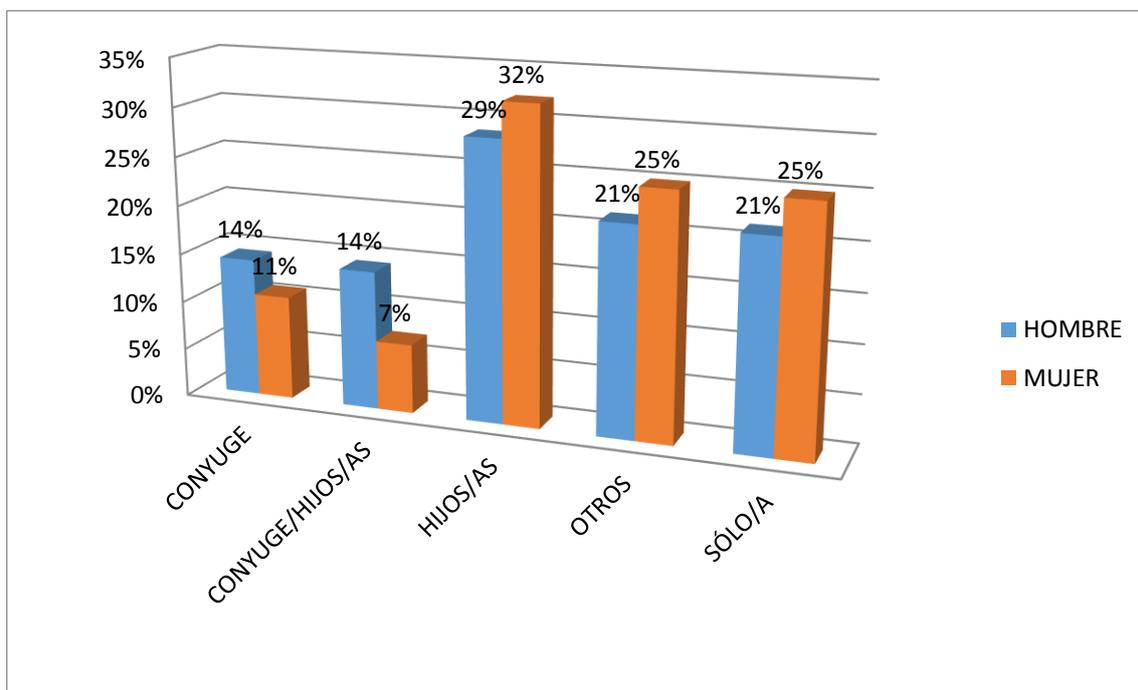
Gráfico 17: Altas



El 40% los/as pacientes cuya unidad de convivencia estaba compuesta por su cónyuge causaron exitus antes de poseer el alta hospitalaria. El 75% de los/as pacientes que convivía con su cónyuge e hijos/as una vez recibida el alta hospitalaria se trasladaron a centros sociosanitarios. El 54% de los/as pacientes que convivían con sus hijos/as, tras el alta hospitalaria, regresaron al domicilio. El 50% de los/as pacientes que vivían solos/as, tras el alta hospitalaria, se trasladaron a centros sociosanitarios y 30% a domicilio (Anexo 3: Tabla nº 20).

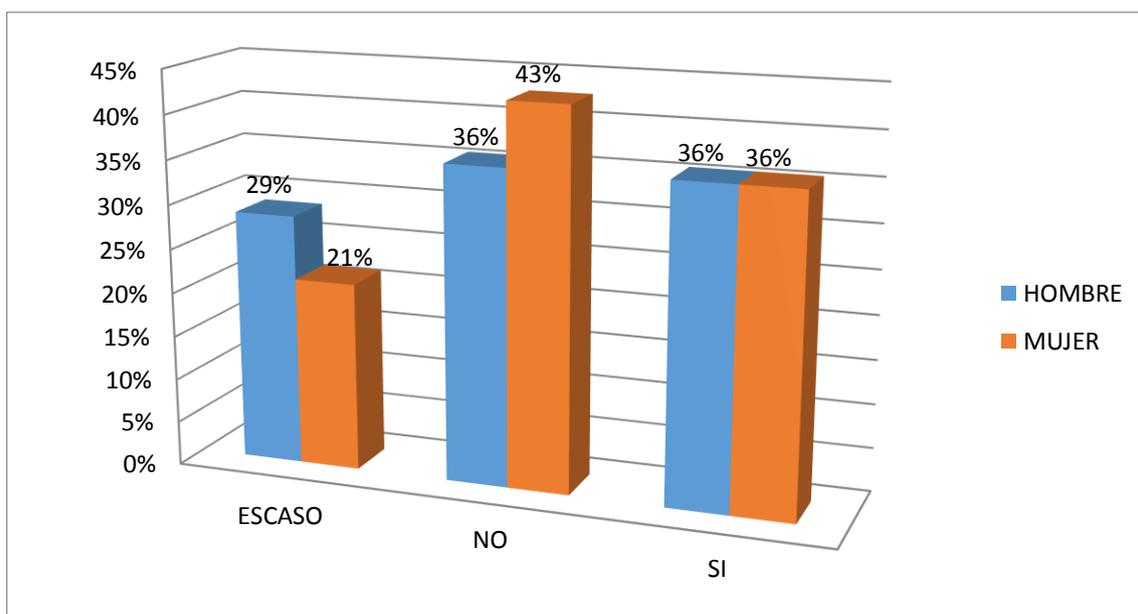
3.2.3 Resultados según sexo.

Gráfico 18: Unidad de convivencia



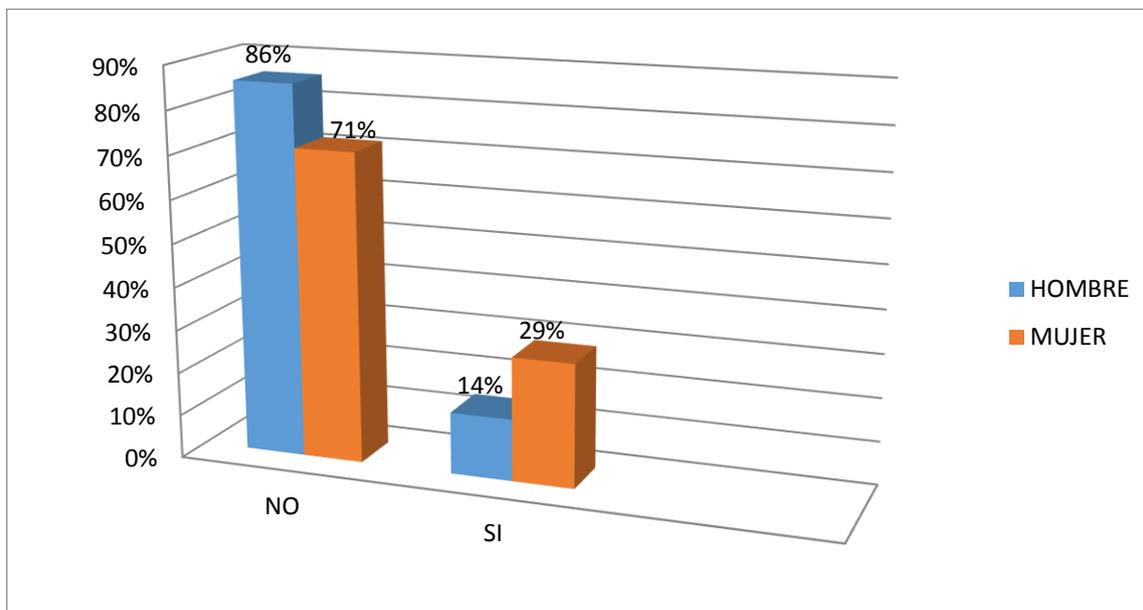
El 32% de las mujeres y el 29% de los hombres conviven con sus hijos/as, el 25% de las mujeres y el 21% de los hombres viven solos/as y el 25% de las mujeres y el 21% de los hombres conviven con otras personas o en centros sociosanitarios (Anexo 3: Tabla n° 21).

Gráfico 19: Apoyo informal



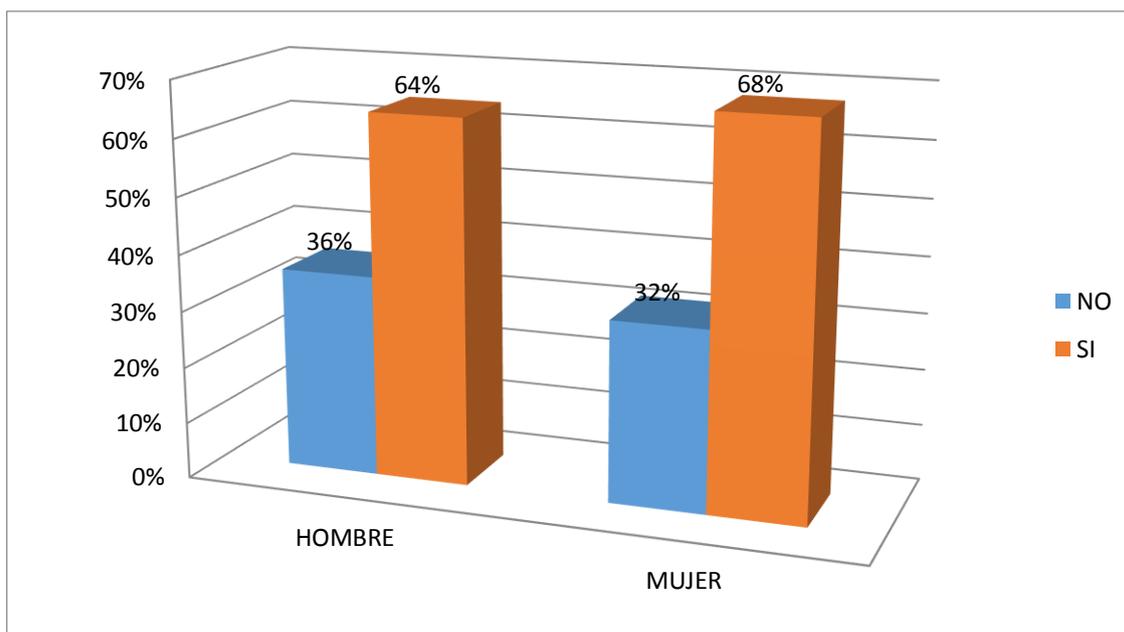
En el gráfico 19, el 43% de las mujeres y el 36% de los hombres no presentan apoyo informal, el 29% de los hombres y el 21% de las mujeres presentan un escaso apoyo formal y tanto hombres como mujeres presentan un 36% de apoyo informal (Anexo 3: Tabla n° 22).

Gráfico 20: Apoyo formal previo



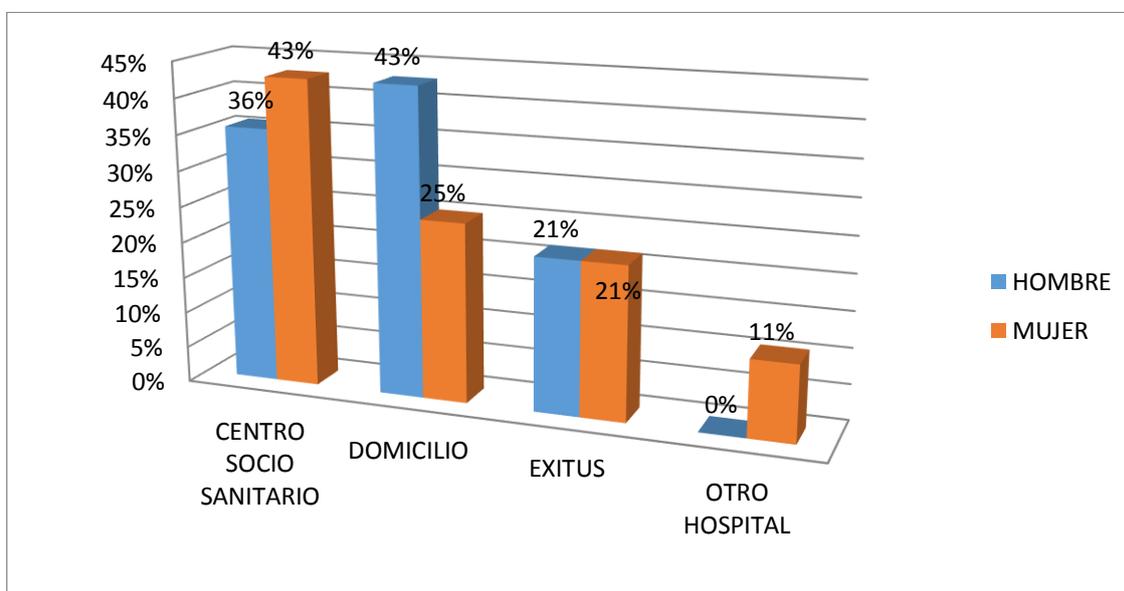
El 86% de los hombres y el 71% de las mujeres no presentó apoyos formales previos a la hospitalización, por otro lado, el 29% de la mujeres y el 14% de los hombres si presentó apoyo formal previo a la hospitalización (Anexo 3: Tabla n° 23).

Gráfico 21: Apoyo formal tramitado



Al 68% de las mujeres y al 64% de los hombres se les tramitó algún tipo de ayuda formal en su estancia hospitalaria, mientras que al 36% de los hombres y al 32% de las mujeres no se les tramitó ningún tipos de ayuda formal (Anexo 3: Tabla nº 24).

Gráfico 22: Altas:



El 43% de las mujeres tras el alta se van a centros sociosanitarios, el 25% regresasen a sus domicilios, el 21% causas exitus y el 11% son trasladadas a otro hospital. El 43% de los hombres tras el alta regresan a sus domicilios, 36% van a centros sociosanitarios y el 21% causa exitus (Anexo 3: Tabla nº 25).

3.3 El tiempo de hospitalización

Dada la relevancia de esta variable en los objetivos de investigación, se ha decidido tratarla de forma específica, atendiendo a su relación con el resto de variables.

Datos más relevantes extraídos en el año 2014.

| Variable | Categorías | Estancia media |
|----------------------------|-----------------------|-------------------|
| Sexo | Hombre | 18,9 |
| | Mujer | 19,0 |
| Edad | [75-80] | 17,8 |
| | [81-85] | 22,9 |
| | [86-90] | 16,6 |
| | [91-95] | 16,6 |
| | [96-100] | 17,6 |
| Unidad de convivencia | Cónyuge | 26,8 |
| | Cónyuge/hijos/as | 10,5 |
| | Hijos/as | 16,7 |
| | Otros | 18,2 |
| | Sólo/a | 22,2 |
| Apoyo informal | Escaso | 27,4 |
| | No | 16,6 |
| | Si | 16,0 |
| Apoyos formales previos | No | 19,81 |
| | Si | 16,30 |
| Apoyos formales tramitados | No | 15,36 |
| | Si | 20,79 |
| Alta hospitalaria | Centro Sociosanitario | 15,00 |
| | Domicilio | 21,77 |
| | Exitus | 23,11 |
| | Otro hospital | 17,00 |
| Total | | 19,00 |

A modo resumen, en los datos del año 2014, con respecto a las estancias medias de los/as pacientes, en relación a las demás variables, destacamos:

Con reciprocidad a la variable sexo, no se encuentra diferenciación, ya que, tanto en hombres como en mujeres la estancias medias rondan entre el 19 días aproximadamente.

Los/as pacientes cuyas edades están comprendidas entre los 81-85 años, se caracterizan por las estancias más largas, con una media de 22,9 días. Aquellos/as pacientes con edades comprendidas entre 86-95 años, se caracterizaron por tener las estancias más cortas siendo esta de una media de 16,6 días.

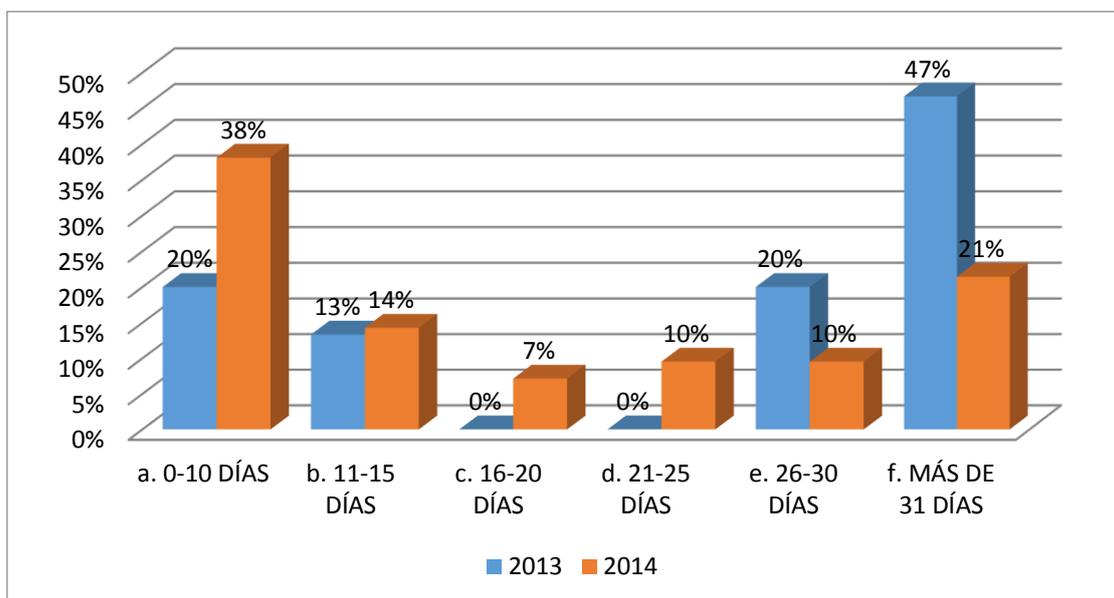
Según la unidad de convivencia aquellos/as pacientes que convivían únicamente con sus conyugues tenían la estancia más larga, es decir, con una media de 26, 8 días, mientras que aquellos/as pacientes que convivían con sus conyugues, además de los/as hijos/as, se caracterizaron por tener la estancia más corta, es decir con una media de 10,5 días.

Existen diferencias en la duración de la estancia según los apoyos formales e informales. De forma general, los/as pacientes con apoyo formal o informal tienen menores estancias, que los que no cuentan con ellos: una diferencia de 3,5 días más de estancia para el caso del apoyo formal previo al ingreso (19,81 frente a 16,3) y de más de 10 días entre los que cuentan con apoyo informal escaso (27,4) y los que si contaron con él (16,0). También son relevantes las diferencias en cuanto a la tramitación del apoyo formal durante la estancia: los/as pacientes a los que no se le tramitan apoyos formales tienen una estancia más corta (15,36) que aquellos a los que se les tramita algún apoyo formal (20,79).

Finalmente según las altas hospitalarias los/as pacientes que fueron dados de alta a centros sociosanitarios tuvieron una estancia media de 15 días, significativamente más corta que los/as que volvieron a sus domicilios (21,77) o los que causaron exitus (23,11).

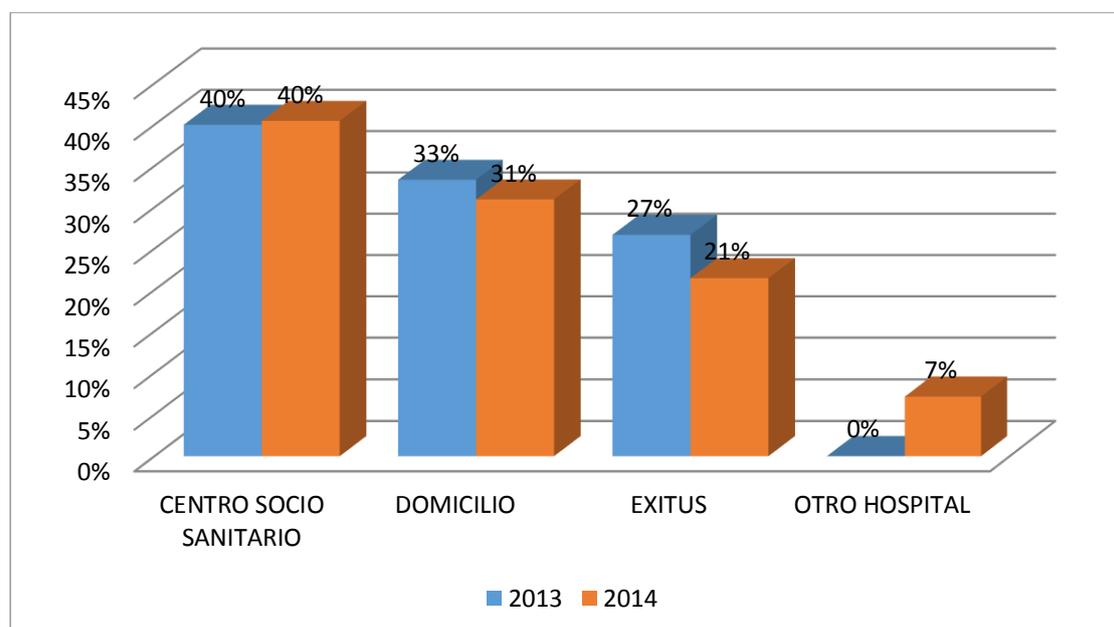
3.4 Resultados análisis longitudinales de los resultados previos a la Unidad de Geriátrica (año 2013), con los resultados tras la implantación de la Unidad de Geriátrica (año2014)

Gráfico 23: Días de Hospitalización. Comparación 2013-2014.



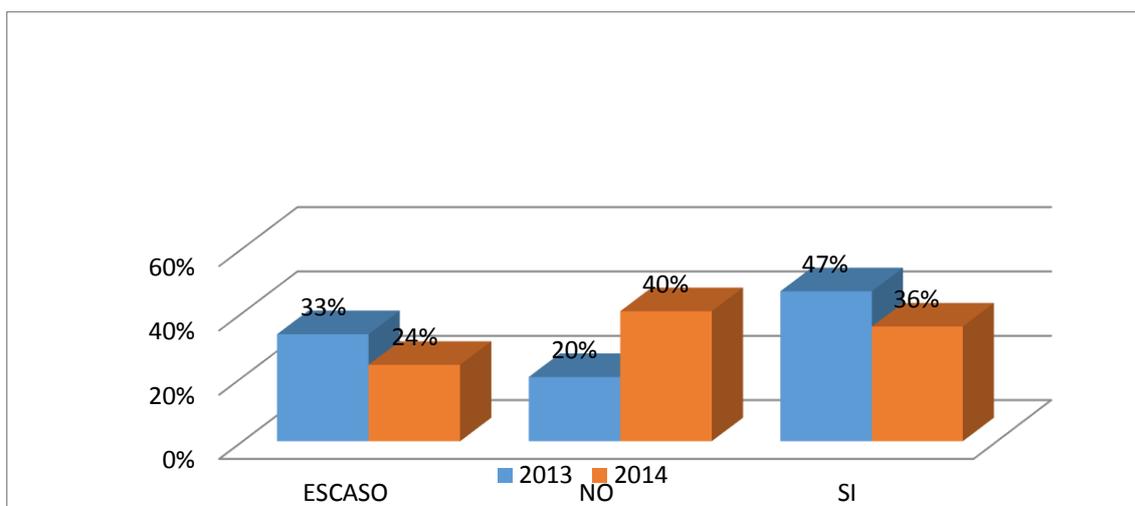
Respecto al año 2013, observamos que las estancias hospitalarias eran más largas que en el 2014. En el año 2013, el 47% de los/as pacientes permanecieron ingresados más de 31 días, mientras que el año 2014, el 38% de los/as pacientes permanecieron ingresados entre 0 y 10 días (Anexo 3: Tabla nº 26).

Gráfico 24: Tipos de altas efectuadas. Comparación 2013-2014.



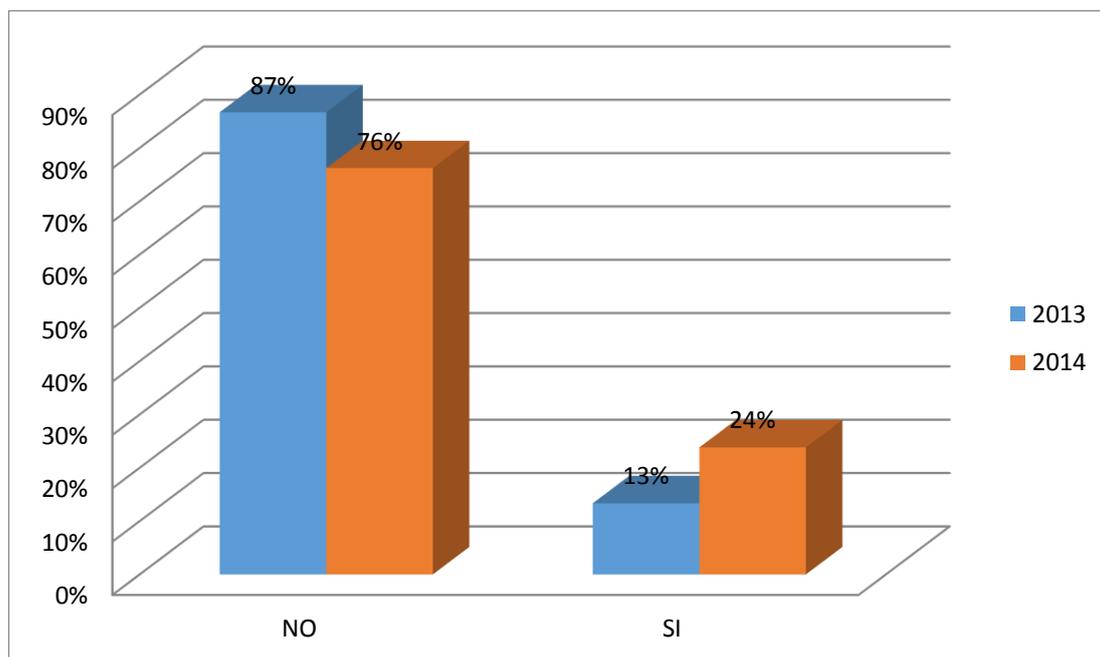
En el gráfico 24, observamos que tanto en el año 2013 como en el 2014, el 40% de los/as pacientes tras sus altas hospitalarias, fueron a residir en centros sociosanitarios. En el año 2013, el 33% de los/as pacientes dados de alta regresaron a sus domicilios mientras que el año 2014, regresaron el 31%. En el año 2013, causaron exitus el 27% de los/as pacientes durante su hospitalización, mientras que en el 2014, causaron exitus el 21%. Sólo en al año 2014, existieron traslados de hospital (Anexo 3: Tabla nº 27).

Gráfico 25: Tipos de apoyos informales. Comparación 2013-2014.



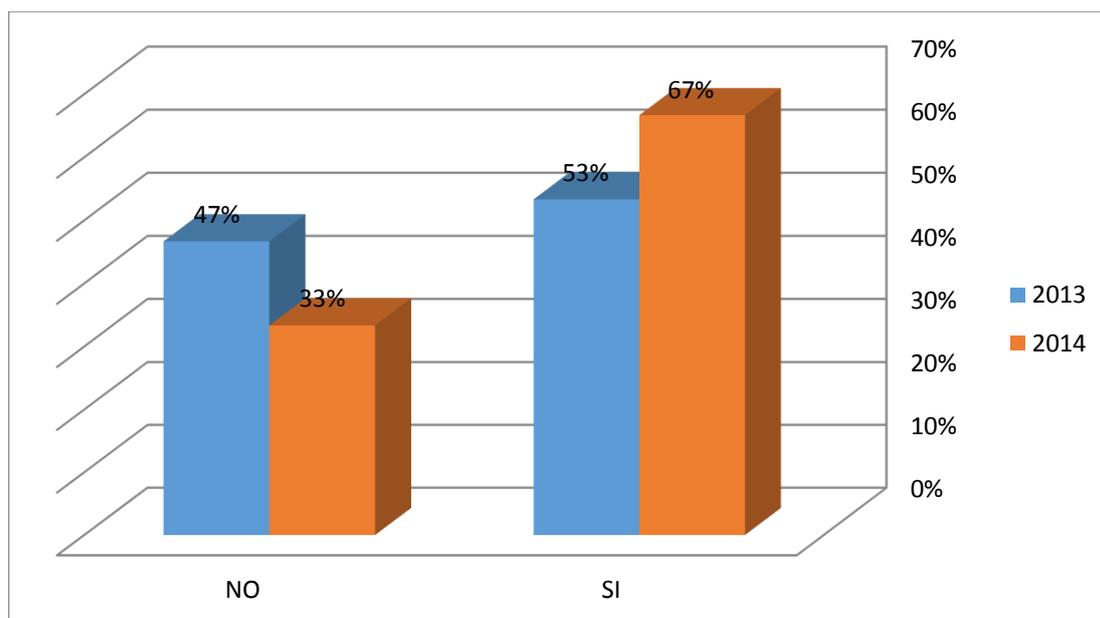
Con respecto al apoyo informal, ha aumentado en un 20% el número de pacientes sin apoyo informal desde el año 2013 al año 2014, debido a ello, podría considerarse que la implantación de las unidades geriátricas han servido para localizar más efectivamente a este tipo de pacientes vulnerables. (Anexo 3: Tabla nº 28).

Gráfico 26: Tipos de apoyos formales previos. Comparación 2013-2014.



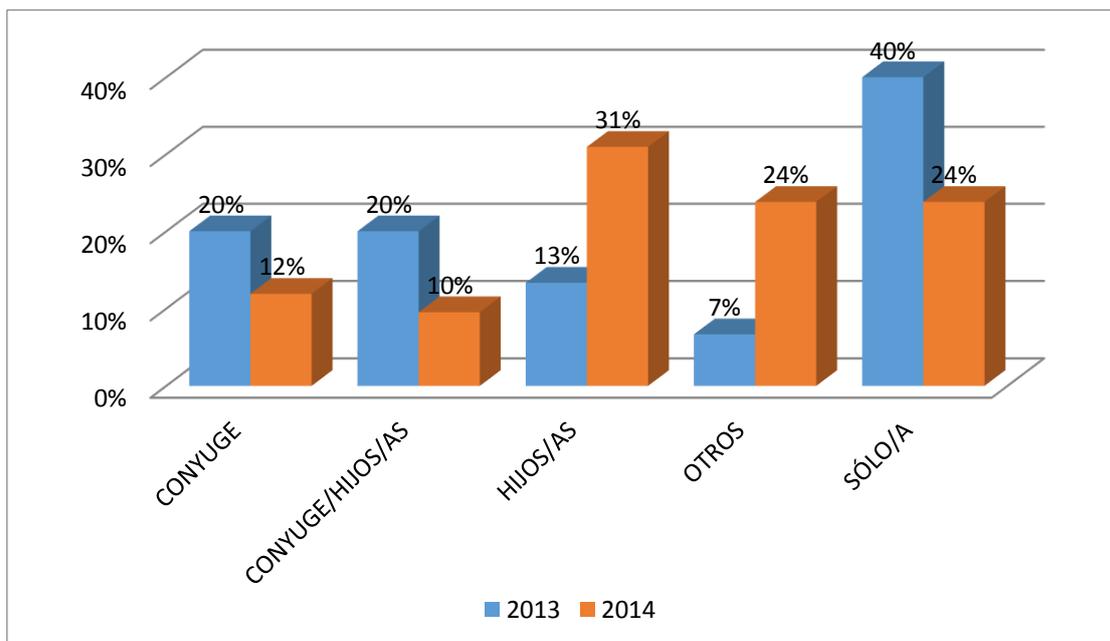
Durante el año 2013, el 87% de los/as pacientes que ingresaban en la Unidad de Geriátrica, no eran beneficiarios/as de ningún apoyo formal, frente al 13% de los/as pacientes que si eran beneficiarios/as. Por otro lado, en el año 2014, el 76% de los/as pacientes que ingresaban en la Unidad, no eran beneficiarios de ningún tipos de apoyo formal, frente al 24% que si fueron beneficiarios/as (Anexo 3: Tabla nº 29).

Gráfico 27: Tipos de apoyos formales tramitados. Comparación 2013-2014.



Con respecto al gráfico 27 y a los apoyos formales de los que en el mismo se habla, en el 2013, se tramitaron al 53% de los/as pacientes atendidos, mientras que en el 2014, tales apoyos se tramitaron al 67% de los/as pacientes, esto quiere decir que el año 2014, en la Unidad de Geriatría se tramitaron más apoyos formales que en el año 2013 (Anexo 3: Tabla nº 30).

Gráfico 28: Unidad de convivencias. Comparación 2013-2014.



Con respecto a las unidades de convivencia en el 2013, el 40% de los/as pacientes convivían solos, mientras que en el 2014, sólo el 31% vivía con sus hijos/as. En el año 2013, el 7% de los/as pacientes convivían en residencias, con amigos u otros familiares lejanos, mientras que en el año 2014, era el 24% de los/as pacientes que pertenecían a este tipo de unidad de convivencia (Anexo 3: Tabla nº 31).

3.5 Resultados de los/as profesionales

A continuación se presentará el vaciado de las respuestas obtenidas a través de las entrevistas realizadas a los/as profesionales que han estado implicados en la Unidad de Geriatria.

PREGUNTAS:

- 1. Teniendo en cuenta su experiencia profesional, valore el grado de provecho o beneficio, que existe para los/as pacientes usuarios/as y beneficiarios/as de la Unidad de Geriatria del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria, siendo el 0 el grado de menor utilidad, y el 5 el de mayor utilidad:**

| Poca utilidad | | | | Mucha utilidad | |
|---------------|---|---|---|----------------|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | | | | 5 | 2 |

Razones por las que los/as profesionales han llevado a calificar la Unidad de Geriatria con esa puntuación en la escala anterior:

- Porque es una especialidad que trata a la persona en su última etapa de la vida, donde su enfermedad o patologías crónicas son tratadas por especialistas.
- Mejora la calidad asistencial del paciente para el retorno al domicilio.
- Por ser una garantía de calidad existencial y sanitaria.

- 2. Evalúe el grado y calidad de consecución de los objetivos de la Unidad de Geriatria, siguiendo su criterio, siendo el 0 el grado de menor consecución, y el 5 el de mayor consecución:**

| Menor grado de consecución | | | Mayor grado de consecución | | |
|----------------------------|---|---|----------------------------|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | | | 5 | 1 | 1 |

Razones por las que los/as profesionales han calificado la Unidad de Geriátrica con esa puntuación en la escala anterior:

- Es un servicio de nueva implantación en este hospital y se precisa más equipamiento personal y adecuación del material o infraestructura existente.
- Falta de coordinación entre los/as diferentes profesionales del equipo.
- Dificultad de comunicación con algunos/as de los profesionales implicados/as.
- Los/as profesionales implicados mantienen objetivos diferentes, lo que perjudica la labor de equipo.
- No se han realizado seguimientos ni se han evaluado los aspectos de la Unidad, para mejorar los aspectos por los que falla.

3. Explique qué actitudes, pensamientos, y sentimientos le generan su dedicación como profesional con los/as pacientes geriátricos.

- En el quehacer profesional genera positividad ya que se puede dar calidad en la atención a las personas mayores.
- Al trabajar con personas frágiles se necesita desarrollar la empatía y la profesionalidad.
- Actitud de protección, pensamientos de necesidad ante la falta de recursos.
- Frustración.
- Satisfacción al resolver de manera eficiente los casos.
- Superación y logro de objetivos.

4. ¿Qué perspectiva tenía con respecto al colectivo de geriátrica al comienzo de su incorporación en dicho programa, y que perspectiva tiene en la actualidad?:

- Expectación ante un nuevo servicio, que se implante y que tenga su continuidad en el tiempo, así como, la incorporación de un equipo especializado en gerontología.
- Tras el trabajo realizado en la unidad, observar como los/as pacientes tienen mejor calidad de vida.
- Perspectiva basada en objetivos e ilusiones nuevas para ayudar al paciente pluripatológicos y dependiente, en sus avances.

5. ¿Cómo el medio o contexto de trabajo le ayuda a desarrollar su trabajo como profesional?, ¿Cree que los recursos, condiciones labores, etc. que se utilizan en el programa, son los óptimos?, ¿Qué tipo de soporte sería más adecuada para afrontar mejor su trabajo?:

-Se precisa instalaciones adecuadas y más personal (como por ejemplo, baños que no tengan escalón, para que el paciente tenga una mayor autonomía y personal de fisioterapia entre otros, etc.).

-Se requiere de ayuda externa, recursos externos y mayor apoyo familiar.

- Se precisa de la presencia y figura de un trabajador social con dedicación exclusiva a la unidad.

- Se precisa de la figura de los/as terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas.

- La calidad de vida de los/as pacientes mejoraría si existiese menor carga asistencial para cada uno de los/as profesionales.

6. ¿Ha tenido que afrontar situaciones que le resulten difíciles en el cuidar geriátrico o que le desborden en su trabajo?, ¿Cómo ha afrontado estas dificultades?, si ha tenido problemas/ dificultades. ¿Cómo lo ha resuelto?, ¿Se siente capacitada para para realizar este trabajo?

- Principalmente en el momento del alta hospitalaria, cuando se intenta implicar la familia y a los recursos sociales existentes en cada caso.

- Sobrecarga emocional por parte de la familia.

- Dilema ético al encontrarse con un paciente en estado terminal y tener el deber de garantizar un “buen morir” y no solo pensar en salvar la vida ante cualquier precio (encarnecimiento terapéutico).

- Dificultad de coordinación entre lo/as diferentes profesionales.

7. ¿Qué relación mantiene con los/as demás profesionales?, ¿Establece relación con todos/as los/as profesionales que se dedican a estos/as pacientes?, ¿Cómo se desarrolla y se mantiene esta relación?:

-Coordinación escasa con los/as otro/as profesionales, ya sean los que trabajan en el Servicio de Geriátrica o los que desarrollan su labor en los Centros de Salud, Ayuntamientos, ONG`S, etc. nuestra labor para los/as pacientes no sería tan efectiva.

-Relación de profesionalidad, con confianza y apoyo mutuo.

8. Desde su visión, nos gustaría que en la tabla que a continuación se muestra, aportara aquellos aspectos a mejorar y aquellos aspectos a perseverar en la Unidad de Geriatría para garantizar el buen funcionamiento de la misma:

| Aspectos a mejorar | Aspectos a perseverar |
|---|--------------------------------------|
| Falta de Personal especializado. | Personal existente. |
| Equipamientos. | Coordinación. |
| Difusión de la unidad. | Metodología y objetivos. |
| Objetivos planteados en la unidad | Profesionalidad. |
| Infraestructuras. | Reuniones de coordinación de equipo. |
| Concienciación sobre la importancia de este tipo de programas. | Apoyo al cuidador/familia. |
| Revisiones periódicas del programa y su diseño. | Soporte informático de comunicación. |
| Tiempo de intervención de los/as diferentes profesionales | Enfoques integrales en la atención |
| Reciclaje constante | |
| Coordinación de acciones | |
| Trabajador/a social exclusiva para la unidad | |
| Ampliación de camas y espacios adaptados para la atención de estos/as pacientes | |
| Visibilidad de la unidad dentro del hospital | |

9. Explique qué circunstancias le motivaron a trabajar en esta Unidad Geriátrica.

- Curiosidad por la implantación del nuevo servicio en el hospital.
- Servicio más a realizar dentro de las competencias como profesional.
- Ganas de crear una unidad nueva y poder mejorar la atención da los/as pacientes geriátricos.
- Estudios.

4. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Una vez presentados los resultados, profundizaremos en el análisis de los mismos procurando su relación con la revisión teórica.

Es importante comenzar destacando que el sexo predominante en la vejez y como paciente geriátrico/a es el femenino, ya que como observamos en los resultados obtenidos de la Unidad de Geriatría del Hospital Nuestra Señora de la Candelaria, dos tercios de los/as pacientes son mujeres frente a un tercio de hombres. Según Abellán, Pujol (2013), y en relación con los datos anteriores, estos autores afirman que en España hay un 34% más de mujeres que de varones que se enfrentan al proceso de la vejez.

Este desequilibrio entre sexos puede corresponder a la existencia de factores de tipo biológico que pueden manifestarse de manera diferente o simplemente por la presencia de diferencias que se establecen a partir del género, como pueden ser las contrastes de estilos de vida de hombres y mujeres (Daponte, Bolívar y García, 2009).

Por otra parte, las mujeres atendidas en la unidad tienen una media de edad de 88 años, mientras que la media de edad de los hombres está en 85 años, ambos sexos con edades comprendidas entre los 75 y 100 años. Respecto a esto, los resultados confirman que el pico máximo de los diagnósticos pluripatológicos en los/as pacientes geriátricos/as se sitúa entre los 86 y los 90 años en el caso de las mujeres y entre los 81 y los 85 años en el de los hombres. En relación, Abellán y Pujol (2013), comentan que la ancianidad se ha incrementado de forma enfática durante todo el siglo XX, siendo en España la esperanza de vida de una media de 82,1, teniendo las mujeres españolas una esperanza de vida de 85 años y los varones de 79.2 años.

En cuanto a la unidad de convivencia, el 31% de los/as pacientes conviven con sus hijos/as, un 24% viven solos/as y otro 24% viven con otros familiares, amigos/as o se encuentran institucionalizados/as. Si tenemos en cuenta que Abellán y Pujol (2013), nos habla de que en los últimos años se ha observado un incremento de los hogares unipersonales debido a que conforme aumenta la edad, aumenta la posibilidad de vivir en soledad, observamos que acorde a la edad estas personas presentarán una vulnerabilidad mayor con respecto a este aspecto, es decir, al aumento de hogares unipersonales.

Con relación a lo anterior, el 36% de los/as pacientes tras el análisis de resultados de la Unidad de Geriátría contaba con apoyos sociales de tipo informal, es decir, ayuda y colaboración de amigos/as, familiares, etc., frente al 40% que no presentaba apoyo alguno y al 24% donde el apoyo era escaso. De este modo podemos observar que los apoyos de tipo informal que presentan los/as pacientes son variados, lo cual lo basamos en la idea de Alonso, Menéndez y González (2013) que afirman que la cantidad de relaciones o el número de personas a las que puede acudir el individuo, facilita la ayuda de los problemas que le surgen, y que la red social de cada individuo tendrá una característica diferente en cuanto a su composición, densidad, parentesco, etc. y que dependiendo de estas variables se pondrán solventar unas necesidades u otras, por lo que al existir tan alto porcentaje de pacientes cuyo apoyo informal es escaso o nulo, presentarán mayor fragilidad en este aspecto.

Según Barra (2004), los apoyos informales, son considerados desde una perspectiva biopsicosocial, un recurso básico para afrontar los problemas de salud.

Por otro lado, con respecto a los apoyos formales los/as pacientes que ingresaron en la Unidad de Geriátría, el 76% no presentaban ningún tipo de este apoyo, por lo que durante su estancia se les tramitó al 67% de los/as pacientes que necesitaban de estos para mejorar su calidad de vida, tras el alta a domicilio. Esto en cierta manera benefició a aquellos/as pacientes que regresaron a sus domicilios, siendo estos el 31% de los/as pacientes tratados/as, mientras que al 41% debido al avanzado estado de su enfermedad y carencia de apoyos informales tuvieron que ser ingresados en centros sociosanitarios.

En referencia al sexo, observamos que el 43% las altas a centros sociosanitarios pertenecen a las mujeres, precedidas con el 25% de aquellas altas cursadas a domicilios. En cuanto a los hombres, existe una diferencia notable, pues en ellos, se observa que el 43% regresa a su domicilio y el 36% se traslada a centros sociosanitarios.

En relación a los apoyos formales en el 2013, se tramitaron al 53% de los/as pacientes atendidos, mientras que en el 2014, tales apoyos se tramitaron al 67%, esto quiere decir que en el año 2014, en la Unidad de Geriátría se tramitaron el 14% más apoyos formales que en el año 2013.

Esto puede deberse a que según estudios, los/as pacientes que ingresan en las Unidades de Geriátría, experimentan un cambio importante con respecto a su recuperación funcional (González, Gotor, Martín, Alarcón, Mauleón, Gil, et al, 2011), debido a que con el programa llevado a cabo en estas unidades, se logra conseguir que

los/as pacientes tenga mayor y mejor atendimento, ya que cuentan con más facilidad de acceso a los recursos y mejor labor de los/as trabajadores/as sociales y demás profesionales del equipo multidisciplinar (Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, 2007).

Tenemos que destacar que las estancias largas de hospitalización de los/as pacientes que ingresaron en la Unidad de Geriatria durante el año 2014, disminuyeron con respecto al año 2013. Del total de los/as pacientes del año 2014, tan sólo el 21%, estuvo ingresada más de 31 días y el 38% tan sólo unos 10 días.

En la comparativa de nuestros resultados del año 2013, observamos que el 47% de los/as pacientes permanecieron ingresados más de 31 días, por lo que se observa una reducción del 26% con respecto a este tema entre el año 2013 y 2014.

A modo síntesis, comentar que las estancias medias durante el año 2013 fueron de 38,60 días, mientras que en el 2014 yacieron en 18,98 días, es decir con una reducción mayor al 50%

En relación a ello, existen estudios confirmando que este tipo de unidad logran obtener mejores resultados con respecto a las estancias hospitalarias y con relación a la recuperación de los/as pacientes (Miura, Di Piero y Homer, 2009). Algunos estudio señalan, incluso, que la estancia hospitalaria tras la implantación de este tipo de programas se reduce en un 11%. (González, Pallardo, Bárcena, Alarcón y Hernández, 2009).

Es ineludible destacar que los/as pacientes geriátricos/as, pasan más días ingresados en la Unidad de Geriatria de los que se deberían, siendo la estancia media entorno 19 días, tanto para hombres como para mujeres. Esto puede corresponder a las múltiples causas o a las diferentes pluripatologías que desarrollan los/as pacientes y que por lo tanto, interfieren en la repercusión o en el proceso y desarrollo evolutivo de los/as mismos/as, a parte del bloqueo que se pueda presentar debido a la demora producida en el proceso de tramitación de los recursos o la carencia de apoyo familiar.

Los/as pacientes que fallecen en el hospital tienen, las estancias medias más largas (23,11 días), ya que se trata de las situaciones médicas más complejas. En el otro extremo, los/as pacientes cuyos cuidados tras el alta pueden ser confiados a un centro socosanitario tienen las estancias medias más bajas(15,00 días). En una situación intermedia se encuentran los/as pacientes que cuentan con apoyos informales o vuelven a su domicilio habitual (21,77 días).

En todo esto se ve el resultado de la política de distribución de recursos de la unidad. Mediante la intervención del o la trabajador/a social, se detecta aquellos/as pacientes cuyos cuidados médicos tras el ingreso están garantizados para un alta temprana y se concentran los recursos hospitalarios en aquellos/as cuya recuperación posthospitalaria es más incierta.

Los datos indican, que en la mayoría de los casos, es la familia quien se hace cargo en primer lugar, de prestar los cuidados precisos a su familiar, aunque bien es verdad que conforme el/la paciente va empeorando y cumpliendo años, los familiares se plantean la idea de recursos alternativos, para mejorar la calidad de vida de los/as pacientes, encontrando que en el año 2014, fueron institucionalizados el 80% de los/as pacientes con edades comprendidas entre 91-95 años.

A partir de los datos obtenidos es posible elaborar una medida de alcance de la labor de los/as trabajadores/as sociales de la unidad, viendo la relación entre la disposición de apoyos formales o informales previos y su tramitación durante el ingreso hospitalario. Se ha visto que al 67% de los/as pacientes se les tramitaron apoyos formales durante la estancia hospitalaria. Esta ratio aumenta para las pacientes de sexo femenino (68%), con apoyos formales escasos (73,3%), de mayor edad (80% en el colectivo de 96 a 100 años), que viven solos (70%) o únicamente con su conyugue (80%). Sin embargo, esto no es óbice para que la ratio de tramitaciones se mantenga por encima del 50% en casi todos los colectivos restantes. Estos resultados indican que los/as trabajadores/as sociales de la unidad están cumpliendo satisfactoriamente su función de canalizar los recursos asistenciales hacia los colectivos más desfavorecidos y vulnerables.

El envejecimiento progresivo de la población, y en especial de los mayores de 65 años, convierte a este grupo en una fuente creciente y segura de la demanda de los recursos sociosanitarios y de su adecuada gestión y coordinación. Así por tanto, la toma de decisiones en Geriatría es la detección y evaluación del anciano/a frágil, mediante la función de anticipar, predecir, graduar e identificar los/as individuos/as de alto riesgo.

5. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

Los datos obtenidos en la evaluación de la Unidad de Geriatría del Hospital Universitario de Nuestra Señora de la Candelaria, han permitido obtener a las siguientes conclusiones:

En esta investigación en concreto, se ha contado con una muestra de población de 42 usuarios/as, diferenciado por 28 mujeres (67%) y 14 hombres (33%), de la Provincia de Santa Cruz de Tenerife, lo que representa el 100% de los casos atendidos en la Unidad de Geriatría del Hospital Nuestra Señora de la Candelaria.

La media de edad de los/as pacientes atendidos fue de 84 años. Casi un tercio de los/as pacientes atendidos en la unidad vivían con sus hijos/as, un 24% solos y otro 24% con otros familiares o se encontraban institucionalizados. Gran parte de ellos/as no contaba con apoyo informal y más de la mayoría se encontraba sin apoyos formales previos a la hospitalización.

Los días de hospitalización se redujeron considerablemente, pasando de un 47% de los/as pacientes que permanecieron ingresados más de 31 días, al 38% de los/as pacientes que permanecieron ingresados entre 0 y 10 días.

Las altas a domicilio aumentaron desde la creación de la unidad, aunque este aumento no fue de manera desmedida, ya que la sociedad se sigue caracterizando por ser débil en cuanto a los apoyos informales existentes. Por otro lado, se observa que en cuanto a los/as pacientes que causaron exitus disminuyeron en relación del año 2013 al 2014 (6%).

En lo referido a estos datos comprobamos que terciados los años setenta, el concepto de apoyo social se afianza como uno de los recursos más trascendentes con el que deberían contar las personas de avanzada edad para mejorar su estado de bienestar, considerándose éste, como herramienta de prevención. Por tanto, se acentúa la importancia de este concepto, ya que los/as pacientes geriátricos perciben y evalúan el apoyo social recibido, conociendo además, los recursos que tendrían a su disponibilidad llegado el caso de necesitarlos, mostrando una mayor satisfacción, independientemente de que accedan o no a ellos, enfrentado de manera positiva las situaciones de incertidumbre y dificultad ocasionada por su patologías (Gracia, Herrero y Musitu, 2002).

Este indicio ha sido, una de las principales razones por la que nos hemos introducido en esta emocionante investigación sobre el análisis de resultado de la

Unidad de Geriátría del HUNSC, ya que es una de las causas principales donde se da comienzo a la intervención y desarrollo de las funciones del Trabajo Social.

La figura del o la trabajador/a social tiene un papel incuestionable, pues se hace necesaria la escucha activa, cuya habilidad fundamental deben poseer todos/as aquellos/as que se dedican a esta profesión y por otra parte, la capacidad y los conocimientos necesarios para informar y derivar, constituyendo la parte esencial del proceso de impacto, del afrontamiento, y del proceso de adaptación al propio interés de los/as pacientes, ya que los/as pacientes y familiares de los mismos/as que se hayan ingresados en la unidad, buscan tanto asesoramiento como apoyo y respuestas a su situación, por lo que se hace fundamental el trabajo de coordinación con otros recursos así como, las pertinentes derivaciones durante el proceso, y una vez finalizado el mismo, lograr la calidad de vida del paciente en las condiciones óptimas.

Bien es cierto que los/as pacientes geriátricos, acarrear otras dificultades que han de ser resueltas por los propios familiares y pacientes, por los profesionales específicos en cada caso de la medicina, la fisioterapia, etc., no es menos cierto que el/la profesional del trabajo social forma parte del equipo necesario para que el tratamiento de estos casos se considere sólido y completo.

En definitiva, este estudio aporta información significativa relacionada con el seguimiento en el plazo de un año (2014) de los/as pacientes geriátricos atendidos en el HUNSC. La importancia del mismo, es que evidencia la utilidad de recolectar información que demuestra el tipo de tratamiento o proceso (protocolo), los cambios en el tiempo, los recursos utilizados y la calidad de las prestaciones. Sin lugar a oscilaciones, la recolección sistemática y continua de la información es imprescindible para el entendimiento de las unidades geriátricas.

La expansión y cimentación de nuevas y más unidades geriátricas a niveles locales en la Provincia de Santa Cruz de Tenerife, con la participación de distintas sociedades científicas y de salud, a diferentes niveles sería de gran desafío y de suma importancia para mejorar la atención prestada a este colectivo de pacientes.

Propuestas

Poseyendo los resultados obtenidos en la investigación, y las objeciones ofrecidas por los/as profesionales participantes de la Unidad de Geriatría del Hospital de Nuestra Señora de La Candelaria, se plantean las siguientes propuestas de mejora:

1. Favorecer, la implicación de la familia a la hora de preparar el alta de los/as pacientes de la Unidad de Geriatría, por parte de todos/as los/as profesionales.
2. Favorecer, por parte de todos/as los/as profesionales, la disminución de los días de hospitalización en la Unidad de Geriatría de aquellos/as pacientes que son entendidos en la misma.
3. Efectuar los tiempos establecidos de actuación previamente previstos en las diferentes áreas, para favorecer al alta inmadura.
4. Desarrollar reuniones de equipo periódicas en las que intervengan todos/as los/as profesionales.
5. Realizar evaluaciones y controles pertinentes y reiterados del funcionamiento de la Unidad de Geriatría, para conocer los resultados y poder realizar los ajustes necesarios que se adapten a la Política de Calidad de del hospital.
6. Crear una guía de actuación y un diagrama de flujo de la Unidad, ya que no cuenta con estos, para que el programa tenga mayor visibilidad.
7. Para que todos/as los/as profesionales puedan conocer los diagnósticos y valoraciones realizadas por todas las áreas implicadas (médica, social, rehabilitación, enfermería, etc.) en cualquier momento, se debe mejorar e implantar un sistema informático común.
8. Mejorar las instalaciones e instrumentos de la Unidad de Geriatría para facilitar la labor de los diferentes profesionales, así como, favorecer a la calidad de vida de los/as pacientes.
9. Delimitar y especificar de manera clara, los criterios de inclusión de los/as pacientes en el programa y cumplirlos, para dar igualdad de oportunidades a todos/as las/los pacientes.
10. Hacer seguimientos a los/as pacientes a través de los servicios y recursos sociales existentes, para conocer la evolución de los mismos/as, tras el alta hospitalarias y prevenir problemáticas para posibles reingresos.
11. Primar en los cuidados a realizar en la Unidad de Geriatría, para favorecer la calidad de los/as pacientes, sin tener que derivarlos a otros servicios complementarios.

REFERENCIAS

- Abellán, G., A. Pujol, R., R. (2013). Un perfil de las personas mayores en España, 2013. “Indicadores estadísticos básicos”, Madrid. *Informes envejecimiento en red* (1), 3-8. Obtenido de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos13.pdf>
- Abellán, G., A., Vilches, F., J. y Pujol, R., R. (2014). Un perfil de las personas mayores en España, 2014. “Indicadores estadísticos básicos”, Madrid. *Informes envejecimiento en red* (6), 3-5. Obtenido de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos14.pdf>
- Alonso, A., Menéndez, M. y González, L. (2013). Apoyo social: Mecanismos y modelos de influencia sobre la enfermedad crónica. *Para saber de ...* 19, 118-123. Obtenido de http://www.agamfec.com/wp/wp-content/uploads/2014/07/19_2_ParaSaberDe_3.pdf
- Ávila, F.M. (2010). Definición y objetivos de la Geriátría. Revisión Punto de vista. *Revista el Residente.*, V, (2), 49-54. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2010/rr102b.pdf>
- Barra, E. (2004). Apoyo Social, estrés y salud. *Psicología y salud*, 14, (2) 237-243. Obtenido de http://www.researchgate.net/publication/235746796_Social_support_stress_and_health_Apoyo_social_estrs_y_salud
- Baztán, J., Suárez, F. y García, F. (2004). Informe sobre la necesidad de unidades de agudos y unidades geriátricas de recuperación funcional como parte de los recursos hospitalarios especializados para personas mayores. Madrid: SEMEG. Obtenido de <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-el-anciano-unidad-geriatria-agudos-13139111>
- *Boletín Oficial del Estado* (2008). Concepto de Geriátría. Obtenido de http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2008-3176
- Ceballos, R. (2010). *Dirección y gestión de residencias geriátricas*. Jaén: Formación Alcalá., O. (eds.) (2012). *Diccionario de Trabajo Social*. Madrid: Alianza.

- Daponte, A., Bolívar, J. y García, M. (2009). *Las desigualdades sociales en la salud*. Andalucía: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Fernández, T. y Ares, A. (coords.) (2002). *Servicios Sociales: Dirección, gestión y planificación*. Madrid: Alianza.
- Fernández, T., De Lorenzo, R. y Vázquez, O. (eds.) (2012). *Diccionario de Trabajo Social*. Madrid: Alianza.
- Fudge, H., Neufeld, A. y Harrison, M. (1997). "Social Networks of Women caregivers", *Public Health Nursing*, 14(1): 20-27. Obtenido de http://www.readcube.com/articles/10.1111%2Fj.1525-1446.1997.tb00406.x?r3_referer=wol&tracking_action=preview_click&show_checkout=1&purchase_referrer=onlinelibrary.wiley.com&purchase_site_license=LICENSE_DENIED
- González, J.L., Gotor, P., Martín, A., Alarcón M.T., Mauleón, J.L., Gil, E., et al. (2011). Eficiencia de las unidades geriátricas de agudos en los hospitales españoles. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 46, (4), 193-199.
- González, J.I., Pallardo, B., Bárcenas, A., Alarcón, M.T. y Hernández, S. (2009). Eficiencia de las unidades geriátricas de agudos en los hospitales españoles. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*.44, (4), 205-208.
- González, T., M. C. y Peralta, F. (2005).El movimiento hacia la autodeterminación personal: antecedentes y estado actual. *Revista Española de Pedagogía*. (231), 275-288. Obtenido de <http://redined.mecd.gob.es/xmlui/bitstream/handle/11162/45423/01520103000225.pdf?sequence=1>
- Gracia, E., Herrero, J. y Musitú, G. (2000). *Evaluación de recursos y estresores psicosociales en la comunidad*. Madrid: Síntesis, S.A.
- Gutiérrez, B.C., Jiménez, R.C., Corregidor, S.A.I. (2012). El equipo interdisciplinar. *Tratado de Geriatria para residentes*. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Obtenido de <http://www.segg.es/tratadogeriatria/main.html>
- Herrera, J.M. (2012). *Manual práctico para la gestión de organizaciones proveedoras de Servicios Sociales*. La Laguna: Drago.

- Khan, R.L. y Antonucci, T. (1980). "Convoys over the life course: attachment, roles and social support", *Life-span Development and behavior*, P.B Baltes y O. Brim (Comps.). 3, 253-286. Obtenido de http://www.researchgate.net/publication/259253271_Convoys_Over_the_Life_Course_Attachment_Roles_and_Social_Support
- Koontz, H. y Weirich, H. (2004). *Administración. Una perspectiva global*. México: McGraw-Hill.
- López, F., A. (2010). Autonomía Personal y Dependencia. *Revista Afondo*. Indd1 (1), 56-61. Obtenido de <http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/rap1.pdf>
- López, A., J.M., Suárez, F., M., Baztán, J., J., Areosa, A., López, E. y Avellana, J., A. (2005). Efectividad y eficiencia de la atención especializada al paciente mayor. Revisión sistemática. Memoria científica PI05/90212. Obtenido de <http://www.semeg.es/docs/docum/efectividadatencionespecializada.pdf>
- Martín, M. (edit.) (2007). *Trabajos Social en Gerontología*. Madrid: Síntesis.
- Martos, M., Pozo, C. y Alonso, E. (2010). *Enfermedades crónicas y adherencia terapéutica. Relevancia del apoyo social*. Almería. Universidad de Almería.
- Miura, L.N., Di Piero, A.R. y Homer, L.D. (2009). Effects of a geriatrician-led hip fracture program: improvements in clinical and economic outcomes. *Journal of the American Geriatrics Society*.57, (1), 159-167.
- Pereñíguez, M.D. (2012). Trabajo Social e Investigación. La Práctica Basada en la Evidencia. *TSMU Revista de Trabajo Social de Murcia* (17), 22-25. Obtenido de http://cgtrabajosocial.com/app/webroot/files/murcia/files/colegio/tsmu/TSMU_17_27dic%5Bcompleta%5D.pdf
- Primo, F., Martínez, C. y Castro, J.L. (2001). Las actividades de la Vida diaria y el paciente Psicogeriatrico. *Revista Informaciones Psiquiátricas*. (164-165), 107-117. Obtenido de http://www.revistahospitalarias.org/info_2001/02_164_04.htm
- Ribera, C., J.M. y Cruz J., A. J. (2002). *Geriatría en Atención Primaria*. Madrid. Aula Médica.

- Sistema de Gestión de Calidad según ISO 9001:2000 (2005). Etapas del Sistema de Gestión de Calidad. Obtenido de <http://www.fomento.gob.es/NR/ronlyres/23C12F31-2179-47C0-AA6B-9165529B74DA/112631/ISO90012000.pdf>
- Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (2007). Guía de buena práctica clínica en Geriátría. Madrid: Elsevier. Obtenido de http://www.segg.es/sites/default/files/page/guia_fractura_cadera.pdf
- Torres, P., Ballesteros, E., y Sánchez, P.D. (2008). “Programas e intervenciones de apoyo a los cuidadores informales en España”. Rincón científico, Gerokomos 19 (1): 9-15. Obtenido de <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v19n1/rincon1.pdf>
- Zerilli, A. (1990). *Fundamentos de Organización y Dirección General*. Bilbao: Deusto S.A.

ANEXOS

Anexo 1: Coordinación de Agentes Sociales y Valoración Sociofamiliar

| | | |
|--|--|--|
|  <p>Servicio Casero de la Salud HOSPITAL UNIVERSITARIO NTRA. SRA. DE CANDELARIA</p> | SERVICIO DE ATENCION AL USUARIO MACROPROCESO: VALORACIÓN, ESTUDIO Y RESOLUCIÓN DE DEMANDAS SOCIALES |  <p>HOSPITAL UNIVERSITARIO NTRA. SRA. DE CANDELARIA</p> |
| | HT_ COORDINACIÓN CON AGENTES SOCIALES | Fecha: 04/12/07 Rev: 00 |

1. OBJETO

El objeto de la presente Hoja Técnica es garantizar la correcta coordinación con los agentes sociales que intervienen en la resolución de una demanda gestionada por la Unidad de Trabajo Social (UTS) del Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria (HUNSC).

2. ALCANCE

El alcance de esta Hoja Técnica son todos aquellos casos donde la intervención social requiera de coordinación con agentes sociales externos al HUNSC.

3. RESPONSABILIDAD

Es responsabilidad del Trabajador Social del HUNSC garantizar la correcta coordinación con agentes sociales de los casos que así lo requieran, en base al principio de confidencialidad.

4. METODOLOGÍA

Se considerarán agentes sociales los organismos que trabajen en pos de un beneficio social, con un objetivo común que conlleve alcanzar el bienestar social, tales como los Centros de Salud, Ayuntamientos, Cabildos, ONG's (Caritas, Cruz Roja...), Asociaciones de pacientes (Alzheimer, Lucha contra el Cáncer, Hemofilia, Corazón y Vida, Fibrosis Quística, Enfermedades Renales, Discapitados...) que entre otras cosas ofrecen servicios de: información, orientación, gestión, tramitación, derivación, apoyo psico-social, organización de recursos, prestaciones ...etc.

La metodología a seguir desde la UTS del HUNSC cuando se detecta la necesidad de contactar con un Agente Social es la siguiente:

- Inicialmente se informará al usuario o a la familia responsable de los trámites que la UTS iniciará con los agentes sociales.
- Con el fin de garantizar un trato directo y una conexión adecuada que facilite el desarrollo de la intervención social, la UTS tratará de contactar con el/la trabajador/a social si existe en la institución, organismo o, en su caso, con el técnico responsable.
- Esta conexión directa facilitará la comunicación entre el agente social y la UTS del Hospital, permitiendo en todos los casos informar de la situación actual del usuario (problemática existente, necesidades, demandas...).

- Tras estos contactos directos se recopilará la información aportada, las posibilidades de obtención de recursos, los requisitos para acceder a los mismos....
- Una vez se detecte una posible solución se recopilará documentación necesaria para facilitar el acceso a los recursos, y en caso, si procede, tramitación y dinamización de los mismos.
- En último término, si procede, se derivará para seguimiento.

1. OBJETO

El objeto de la presente Hoja Técnica es identificar los aspectos que la Unidad de Trabajo Social (UTS) del Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria (HUNSC) debe tener en cuenta para realizar una correcta valoración sociofamiliar de un paciente hospitalizado, y específicamente, de un menor o de una persona mayor.

2. ALCANCE

El alcance de esta Hoja Técnica comprende a todo el personal, sanitario o no, del que podamos obtener información para realizar la correcta Valoración Social del menor o de la persona mayor.

3. RESPONSABILIDAD

Es responsabilidad de la UTS del HUNSC garantizar una correcta valoración sociofamiliar del paciente hospitalizado que requiera de sus servicios.

4. METODOLOGÍA

Para realizar una valoración social eficaz hay que considerar una serie de aspectos, para que, teniendo en cuenta el nivel desde el que se realiza la valoración, quede adecuadamente identificado el área familiar y el propio individuo, el área de apoyo social y su entorno, la situación de salud y el problema o demanda existente.

Perfil de los pacientes objeto de la Unidad de Trabajo Social:

- Vive solo
- Escasez de recursos económicos
- Familia desestructurada
- Dependiente para las actividades básicas de la vida diaria

Información que se gestiona para el paciente:

- Precisa una orientación socio-sanitaria
- Precisa información y gestión sobre alojamiento (Información: pensiones, hoteles, etc., Gestión: pisos tutelados por la Cruz Roja)
- Orientan sobre los trámites que debe realizar el paciente o el familiar para el traslado al domicilio o a la península.

- Dar información para intentar garantizar una óptima alta hospitalaria y que el retorno al domicilio sea lo menos traumático posible.

La Valoración social será fundamental para un correcto diagnóstico. Dependiendo de cada actuación específica y de los recursos de los que se disponga en cada momento la **Unidad de Trabajo Social** documentará o no la valoración social.

1. Valoración Sociofamiliar del paciente hospitalizado por la UTS del HUNSC

Deberá incluir al menos alguno de los siguientes aspectos:

Área familiar / convivencial/ personal

- Antecedentes sociofamiliares.
- Estructura familiar. Descripción de la familia, vínculos, convivencia y relaciones.
- Organización de los cuidados de la Persona Mayor. Existencia de otras personas dependientes. Identificación de cuidador/a
- Pérdidas

Área de Red Social de Apoyo y entorno

- Identificar los recursos tanto formales como informales (material, informativo, emocional) para atender a la Persona Mayor
 - Recursos familiares para afrontar los cuidados.
 - Recursos formales para el cuidado.
- Recursos económicos de la familia.
- Condiciones y adaptación de la vivienda.
- Entorno físico. Zona, barrio...Aislamiento geográfico.
- Participación social: amigos, Ocio y Tiempo libre, etc.

Situación de salud

- Identificar situación de salud del cuidador/a y aceptación de su rol pueden dificultar su alta hospitalaria
- Identificar si los problemas de salud pueden precisar incapacidad legal.
- Valorar si el problema de salud está vinculado a problemas de violencia familiar (negligencia, maltrato físico o psicológico, etc.).

El problema/ demanda

- Estudio de la demanda tanto implícita como explícita.
- Naturaleza de los problemas presentados

- Identificación de los recursos a activar para la intervención social.

Valoración Sociofamiliar del Menor por Trabajador/a Social de Salud, deberá incluir al menos alguno de los siguientes aspectos:

Área familiar / individual

- Antecedentes sociofamiliares.
- Estructura familiar. Descripción de la familia, vínculos y convivencia.
- Relaciones. Situación de las relaciones identificando apoyos, conflictos, alianzas, etc.
- Cambios en la familia. Identificación del ciclo vital de la familia, cambios o crisis que se han producido. Pérdidas
- Organización de los cuidados del menor/es. Existencia de otros cuidadores.
- Identificación de os factores protectores.

Área del Apoyo Social y entorno

- Recursos familiares para afrontar situaciones de estrés o cambios vitales. Exploración de cómo se han abordado estos cambios.
- Recursos económicos de la familia. Situación laboral y ocupacional de los padres.
- Condiciones de la vivienda.
- Entorno físico. Zona, barrio...
- Participación social: integración del menor en la Zona, Ocio y Tiempo libre, etc.

Situación de salud

- Identificar si los problemas de salud le dificultan la integración social (escolar, de ocio, familiar)
- Identificar posibles situaciones de discapacidad o minusvalía por problemas de salud.
- Valorar si el problema de salud está vinculado a problemas de violencia familiar.

El problema/ demanda

- Estudio de la demanda tanto implícita como explícita.
- Naturaleza de los problemas presentados



HT_ VALORACIÓN SOCIOFAMILIAR

- Identificar los recursos de la familia tanto formales como informales (material, informativo, emocional) para solucionar lo planteado.
- Identificación de los recursos a activar para la intervención social.

Situación de salud

- Identificar si los problemas de salud le dificultan la integración social (escolar, de ocio, familiar)
- Identificar posibles situaciones de discapacidad o minusvalía por problemas de salud.
- Valorar si el problema de salud está vinculado a problemas de violencia familiar.

El problema/ demanda

- Estudio de la demanda tanto implícita como explícita.
- Naturaleza de los problemas presentados
- Identificar los recursos de la familia tanto formales como informales (material, informativo, emocional) para solucionar lo planteado.
- Identificación de los recursos a activar para la intervención social.

2. Valoración Sociofamiliar de la Persona Mayor por Trabajador/a Social de Salud

Deberá incluir al menos alguno de los siguientes aspectos:

Área familiar / individual

- Antecedentes sociofamiliares.
- Estructura familiar. Descripción de la familia, vínculos y convivencia.
- Relaciones. Situación de las relaciones identificando apoyos, conflictos, alianzas, etc.
- Cambios en la familia. Identificación del ciclo vital de la familia, cambios o crisis que se han producido. Pérdidas
- Organización de los cuidados del menor/es. Existencia de otros cuidadores.
- Identificación de los factores protectores.



HT_ VALORACIÓN SOCIOFAMILIAR

Área del Apoyo Social y entorno

- Recursos familiares para afrontar situaciones de estrés o cambios vitales. Exploración de cómo se han abordado estos cambios.
- Recursos económicos de la familia. Situación laboral y ocupacional de los padres.
- Condiciones de la vivienda.
- Entorno físico. Zona, barrio...
- Participación social: integración del menor en la Zona, Ocio y Tiempo libre, etc.

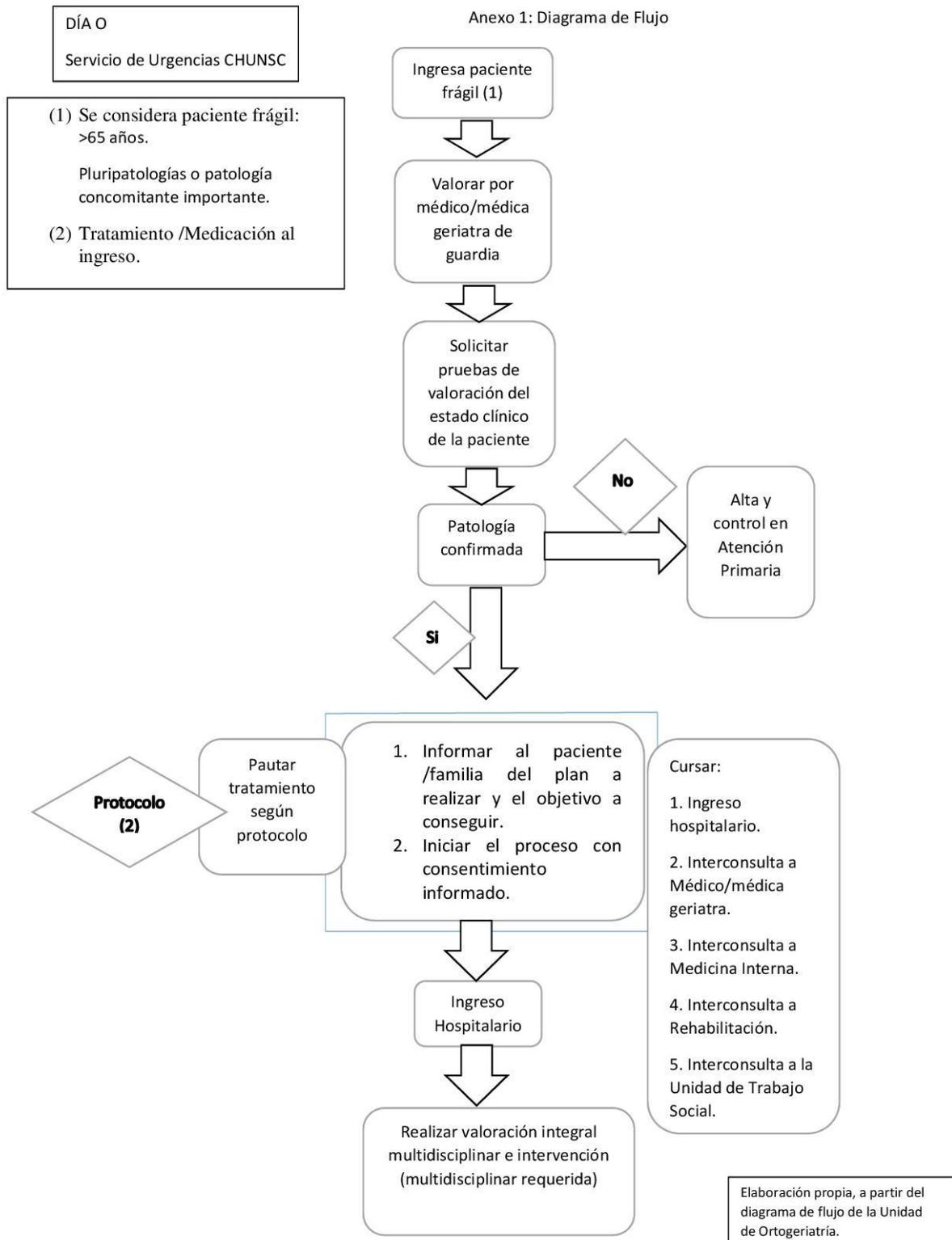
Situación de salud

- Identificar si los problemas de salud le dificultan la integración social (escolar, de ocio, familiar)
- Identificar posibles situaciones de discapacidad o minusvalía por problemas de salud.
- Valorar si el problema de salud está vinculado a problemas de violencia familiar.

El problema/ demanda

- Estudio de la demanda tanto implícita como explícita.
- Naturaleza de los problemas presentados
- Identificar los recursos de la familia tanto formales como informales (material, informativo, emocional) para solucionar lo planteado.
- Identificación de los recursos a activar para la intervención social.

Anexo 2: Diagrama de flujo



Anexo 3: Tabla de datos

2.1. Perfil básico del usuario/a de la Unidad de Geriatría

Tabla n° 3: Tabla edades según sexo:

| Perfil sociodemográfico según edad | Hombre | | Mujer | | Total | |
|------------------------------------|--------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | n | % col | n | % col | n | % col |
| [75-80] | 2 | 14% | 4 | 14% | 6 | 14% |
| [81-85] | 7 | 50% | 7 | 25% | 14 | 33% |
| [86-90] | 3 | 21% | 9 | 32% | 12 | 29% |
| [91-95] | 2 | 14% | 3 | 11% | 5 | 12% |
| [96-100] | | 0% | 5 | 18% | 5 | 12% |
| Total general | 14 | 100% | 28 | 100% | 42 | 100% |

Tabla n° 4: Media de edad:

| | Media de edad |
|---------------|---------------|
| Sexo | |
| Hombre | 85 |
| Mujer | 88 |
| Total general | 87 |

Tabla n°5: Frecuencias unidad de convivencia

| Unidad de convivencia | n | % col |
|-----------------------|----|-------|
| Cónyuge | 5 | 12% |
| Cónyuge/hijos/as | 4 | 10% |
| Hijos/as | 13 | 31% |
| Otros | 10 | 24% |
| Sólo/a | 10 | 24% |
| Total general | 42 | 100% |

Tabla n°6: Tabla tipos de apoyo informal:

| Tipos de apoyo informal | n | % col |
|-------------------------|----|-------|
| Escaso | 10 | 24% |
| No | 17 | 40% |
| Si | 15 | 36% |
| Total general | 42 | 100% |

Tabla n°7: Tabla tipos de Apoyos formales previos:

| Tipos de apoyos formales | n | % col |
|--------------------------|----|-------|
| No | 32 | 76% |
| Si | 10 | 24% |
| Total general | 42 | 100% |

Tabla n°8: Tabla tipos de apoyo formales tramitados:

| Tipos de apoyo formales tramitados | n | % col |
|------------------------------------|----|-------|
| No | 14 | 33% |
| Si | 28 | 67% |
| Total general | 42 | 100% |

Tabla n°9: Tabla altas hospitalarias:

| Altas hospitalarias | n | % col |
|------------------------|----|-------|
| Centro socio sanitario | 17 | 40% |
| Domicilio | 13 | 31% |
| Exitus | 9 | 21% |
| Otro hospital | 3 | 7% |
| Total general | 42 | 100% |

Tabla nº10: Tabla días de hospitalización agrupados en intervalos:

| Días de hospitalización | n | % col |
|-------------------------|----|-------|
| a. 0-10 Días | 16 | 38% |
| b. 11-15 Días | 6 | 14% |
| c. 16-20 Días | 3 | 7% |
| d. 21-25 Días | 4 | 10% |
| e. 26-30 Días | 4 | 10% |
| f. Más de 31 días | 9 | 21% |
| Total general | 42 | 100% |

2.2. Relación bivariable**Tabla nº11: Tabla unidad de convivencia según edad:**

| Unidad de convivencia | [75-80] | | [81-85] | | [86-90] | | [91-95] | | [96-100] | | Total | |
|-----------------------|---------|-------|---------|-------|---------|-------|---------|-------|----------|-------|-------|-------|
| | n | % col | N | % col | n | % col |
| Cónyuge | 1 | 17% | 2 | 14% | 2 | 17% | 0 | 0% | | 0% | 5 | 12% |
| Cónyuge/hijos/as | 0 | 0% | 1 | 7% | 2 | 17% | 0 | 0% | 1 | 20% | 4 | 10% |
| Hijos/as | 0 | 0% | 4 | 29% | 3 | 25% | 4 | 80% | 2 | 40% | 13 | 31% |
| Otros | 2 | 33% | 2 | 14% | 4 | 33% | 1 | 20% | 1 | 20% | 10 | 24% |
| Sólo/a | 3 | 50% | 5 | 36% | 1 | 8% | 0 | 0% | 1 | 20% | 10 | 24% |
| Total general | 6 | 100% | 14 | 100% | 12 | 100% | 5 | 100% | 5 | 100% | 42 | 100% |

Tabla nº 12: Tabla apoyos informales según edad:

| Apoyos informales | [75-80] | | [81-85] | | [86-90] | | [91-95] | | [96-100] | | Total | |
|-------------------|---------|-------|---------|-------|---------|-------|---------|-------|----------|-------|-------|-------|
| | n | % col | n | % col | n | % col |
| Escaso | 3 | 50% | 2 | 14% | 3 | 25% | 1 | 20% | 1 | 20% | 10 | 24% |
| No | 2 | 33% | 6 | 43% | 5 | 42% | 2 | 40% | 2 | 40% | 17 | 40% |
| Si | 1 | 17% | 6 | 43% | 4 | 33% | 2 | 40% | 2 | 40% | 15 | 36% |
| Total general | 6 | 100% | 14 | 100% | 12 | 100% | 5 | 100% | 5 | 100% | 42 | 100% |

Tabla nº13: Tabla Apoyos formales previos según edad:

| Apoyos formales previos | [75-80] | | [81-85] | | [86-90] | | [91-95] | | [96-100] | | Total | |
|-------------------------|---------|-------|---------|-------|---------|-------|---------|-------|----------|-------|-------|-------|
| | n | % col | n | % col | n | % col |
| No | 4 | 67% | 13 | 93% | 8 | 67% | 3 | 60% | 4 | 80% | 32 | 76% |
| Si | 2 | 33% | 1 | 7% | 4 | 33% | 2 | 40% | 1 | 20% | 10 | 24% |
| Total general | 6 | 100% | 14 | 100% | 12 | 100% | 5 | 100% | 5 | 100% | 42 | 100% |

Tabla nº14: Tabla apoyos formales tramitados según edad:

| Apoyos formales tramitados | [75-80] | | [81-85] | | [86-90] | | [91-95] | | [96-100] | | Total | |
|----------------------------|---------|-------|---------|-------|---------|-------|---------|-------|----------|-------|-------|-------|
| | n | % col | n | % col | n | % col |
| No | 2 | 33% | 5 | 36% | 3 | 25% | 3 | 60% | 1 | 20% | 14 | 33% |
| Si | 4 | 67% | 9 | 64% | 9 | 75% | 2 | 40% | 4 | 80% | 28 | 67% |
| Total general | 6 | 100% | 14 | 100% | 12 | 100% | 5 | 100% | 5 | 100% | 42 | 100% |

Tabla nº15: Tabla hospitalización según edad:

| Hospitalización según edad | [75-80] | | [81-85] | | [86-90] | | [91-95] | | [96-100] | | Total | |
|----------------------------|---------|-------|---------|-------|---------|-------|---------|-------|----------|-------|-------|-------|
| | n | % col | n | % col | n | % col |
| a. 0-10 Días | 3 | 50% | 5 | 36% | 6 | 50% | 1 | 20% | 1 | 20% | 16 | 38% |
| b. 11-15 Días | 1 | 17% | 0 | 0% | 2 | 17% | 2 | 40% | 1 | 20% | 6 | 14% |
| c. 16-20 Días | 1 | 17% | 0 | 0% | 0 | 0% | 1 | 20% | 1 | 20% | 3 | 7% |
| d. 21-25 Días | 0 | 0% | 3 | 21% | 1 | 8% | 0 | 0% | 0 | 0% | 4 | 10% |
| e. 26-30 Días | 0 | 0% | 2 | 14% | 0 | 0% | 0 | 0% | 2 | 40% | 4 | 10% |
| f. Más de 31 días | 1 | 17% | 4 | 29% | 3 | 25% | 1 | 20% | 0 | 0% | 9 | 21% |
| Total general | 6 | 100% | 14 | 100% | 12 | 100% | 5 | 100% | 5 | 100% | 42 | 100% |

Tabla n°16: Tabla altas según edad:

| Altas según edad | [75-80] | | [81-85] | | [86-90] | | [91-95] | | [96-100] | | Total | |
|------------------------|---------|-------|---------|-------|---------|-------|---------|-------|----------|-------|-------|-------|
| | n | % col | n | % col | n | % col |
| Centro socio sanitario | 2 | 33% | 7 | 50% | 3 | 25% | 1 | 20% | 4 | 80% | 17 | 40% |
| Domicilio | 2 | 33% | 4 | 29% | 4 | 33% | 2 | 40% | 1 | 20% | 13 | 31% |
| Exitus | 1 | 17% | 2 | 14% | 4 | 33% | 2 | 40% | 0 | 0% | 9 | 21% |
| Otro hospital | 1 | 17% | 1 | 7% | 1 | 8% | 0 | 0% | 0 | 0% | 3 | 7% |
| Total general | 6 | 100% | 14 | 100% | 12 | 100% | 5 | 100% | 5 | 100% | 42 | 100% |

Tabla n°17: Tabla apoyo informal según convivencia:

| Apoyo informal según convivencia | Escaso | | No | | Si | | Total | |
|----------------------------------|--------|-------|----|-------|----|-------|-------|-------|
| | n | % col | n | % col | n | % col | N | % col |
| Cónyuge | 3 | 60% | 0 | 0% | 2 | 40% | 5 | 100% |
| Cónyuge/hijos/as | 0 | 0% | 0 | 0% | 4 | 100% | 4 | 100% |
| Hijos/as | 3 | 23% | 1 | 8% | 9 | 69% | 13 | 100% |
| Otros | 2 | 20% | 8 | 80% | 0 | 0% | 10 | 100% |
| Sólo/a | 2 | 20% | 8 | 80% | 0 | 0% | 10 | 100% |
| Total general | 10 | 24% | 17 | 40% | 15 | 36% | 42 | 100% |

Tabla n°18: Tabla apoyos formales tramitados según convivencia:

| Apoyos tramitados convivencia | Cónyuge | | Cónyuge/hijos/as | | Hijos/as | | Otros | | Sólo/a | | Total | |
|-------------------------------|---------|-------|------------------|-------|----------|-------|-------|-------|--------|-------|-------|-------|
| | n | % col | n | % col | n | % col | n | % col | n | % col | n | % col |
| No | 1 | 20% | 2 | 50% | 4 | 31% | 4 | 40% | 3 | 30% | 14 | 33% |
| Si | 4 | 80% | 2 | 50% | 9 | 69% | 6 | 60% | 7 | 70% | 28 | 67% |
| Total general | 5 | 100% | 4 | 100% | 13 | 100% | 10 | 100% | 10 | 100% | 42 | 100% |

Tabla n°19: Tabla Apoyos formales tramitados según convivencia:

| Apoyos formales según convivencia | Cónyuge | | Cónyuge/Hijos/as | | Hijos/as | | otros | | Sólo/a | | Total | |
|-----------------------------------|---------|-------|------------------|-------|----------|-------|-------|-------|--------|-------|-------|-------|
| | n | % col | n | % col | n | % col | n | % col | n | % col | n | % col |
| No | 5 | 100% | 3 | 75% | 10 | 77% | 6 | 60% | 8 | 80% | 32 | 76% |
| Si | | 0% | 1 | 25% | 3 | 23% | 4 | 40% | 2 | 20% | 10 | 24% |
| Total general | 5 | 100% | 4 | 100% | 13 | 100% | 10 | 100% | 10 | 100% | 42 | 100% |

Tabla n°20: Tabla altas según convivencia:

| Altas según convivencia | Cónyuge | | Cónyuge/hijos/as | | Hijos/as | | Otros | | Sólo/a | | Total | |
|-------------------------|---------|-------|------------------|-------|----------|-------|-------|-------|--------|-------|-------|-------|
| | n | % col | n | % col | n | % col | n | % col | n | % col | n | % col |
| Centro socio sanitario | 1 | 20% | 3 | 75% | 5 | 38% | 3 | 30% | 5 | 50% | 17 | 40% |
| Domicilio | 1 | 20% | 0 | 0% | 7 | 54% | 2 | 20% | 3 | 30% | 13 | 31% |
| Exitus | 2 | 40% | 1 | 25% | 1 | 8% | 3 | 30% | 2 | 20% | 9 | 21% |
| Otro hospital | 1 | 20% | 0 | 0% | 0 | 0% | 2 | 20% | 0 | 0% | 3 | 7% |
| Total general | 5 | 100% | 4 | 100% | 13 | 100% | 10 | 100% | 10 | 100% | 42 | 100% |

Tabla n°21: Tabla sexo según convivencia:

| Sexo convivencia | según | n | | % col | | N | % col |
|------------------|-------|--------|-------|--------|-------|----|-------|
| | | Hombre | Mujer | Hombre | Mujer | | |
| Cónyuge | | 2 | 3 | 14% | 11% | 5 | 12% |
| Cónyuge/hijos/as | | 2 | 2 | 14% | 7% | 4 | 10% |
| Hijos/as | | 4 | 9 | 29% | 32% | 13 | 31% |
| Otros | | 3 | 7 | 21% | 25% | 10 | 24% |
| Sólo/a | | 3 | 7 | 21% | 25% | 10 | 24% |
| Total general | | 14 | 28 | 100% | 100% | 42 | 100% |

Tabla n°22: Tabla sexo según apoyo informal:

| Sexo según apoyo informal | n | | % col | | n | % col |
|---------------------------|--------|-------|--------|-------|----|-------|
| | Hombre | Mujer | Hombre | Mujer | | |
| Escaso | 4 | 6 | 29% | 21% | 10 | 24% |
| No | 5 | 12 | 36% | 43% | 17 | 40% |
| Si | 5 | 10 | 36% | 36% | 15 | 36% |
| Total general | 14 | 28 | 100% | 100% | 42 | 100% |

Tabla n°23: Tabla sexo según apoyo formal previo:

| Sexo según apoyo formal previo | n | | % col | | N | % col |
|--------------------------------|--------|-------|--------|-------|----|-------|
| | Hombre | Mujer | Hombre | Mujer | | |
| No | 12 | 20 | 86% | 71% | 32 | 76% |
| Si | 2 | 8 | 14% | 29% | 10 | 24% |
| Total general | 14 | 28 | 100% | 100% | 42 | 100% |

Tabla n°24: Tabla sexo según apoyo formal tramitado:

| Sexo según Apoyo formal tramitado | n | | % col | | N | % col |
|-----------------------------------|--------|-------|--------|-------|----|-------|
| | Hombre | Mujer | Hombre | Mujer | | |
| No | 5 | 9 | 36% | 32% | 14 | 33% |
| Si | 9 | 19 | 64% | 68% | 28 | 67% |
| Total general | 14 | 28 | 100% | 100% | 42 | 100% |

Tabla n°25: Tabla sexo según altas:

| Sexo según edad | n | | % col | | N | % col |
|------------------|--------|-------|--------|-------|----|-------|
| | Hombre | Mujer | Hombre | Mujer | | |
| Centro sanitario | 5 | 12 | 36% | 43% | 17 | 40% |
| Domicilio | 6 | 7 | 43% | 25% | 13 | 31% |
| Exitus | 3 | 6 | 21% | 21% | 9 | 21% |
| Otro hospital | 0 | 3 | 0% | 11% | 3 | 7% |
| Total general | 14 | 28 | 100% | 100% | 42 | 100% |

2.3. Análisis longitudinal de los resultados previos a la Unidad de Geriátrica (año 2013), con los resultados tras la implantación de la Unidad de Geriátrica (año2014):

Tabla n°26: Tabla días de Hospitalización. Comparación 2013-2014:

| Días de hospitalización | 2013 | | 2014 | | Total | |
|-------------------------|------|-------|------|-------|-------|-------|
| | n | % col | n | % col | n | % col |
| a. 0-10 Días | 3 | 20% | 16 | 38% | 19 | 33% |
| b. 11-15 Días | 2 | 13% | 6 | 14% | 8 | 14% |
| c. 16-20 Días | 0 | 0% | 3 | 7% | 3 | 5% |
| d. 21-25 Días | 0 | 0% | 4 | 10% | 4 | 7% |
| e. 26-30 Días | 3 | 20% | 4 | 10% | 7 | 12% |
| f. Más de 31 días | 7 | 47% | 9 | 21% | 16 | 28% |
| Total general | 15 | 100% | 42 | 100% | 57 | 100% |

Tabla n°27: Tabla altas efectuadas. Comparación 2013-2014:

| Tipos de altas | 2013 | | 2014 | | N | Total % col |
|-----------------------|------|-------|------|-------|----|----------------|
| | n | % col | n | % col | | |
| Centro Sociosanitario | 6 | 40% | 17 | 40% | 23 | 40% |
| Domicilio | 5 | 33% | 13 | 31% | 18 | 32% |
| Exitus | 4 | 27% | 9 | 21% | 13 | 23% |
| Otro hospital | 0 | 0% | 3 | 7% | 3 | 5% |
| Total general | 15 | 100% | 42 | 100% | 57 | 100% |

Tabla n°28: Tabla tipos de apoyos informal. Comparación 2013-2014:

| Apoyo informal | 2013 | | 2014 | | N | Total % col |
|----------------|------|-------|------|-------|----|----------------|
| | n | % col | n | % col | | |
| Escaso | 5 | 33% | 10 | 24% | 15 | 26% |
| No | 3 | 20% | 17 | 40% | 20 | 35% |
| Si | 7 | 47% | 15 | 36% | 22 | 39% |
| total general | 15 | 100% | 42 | 100% | 57 | 100% |

Tabla n°29: Tabla tipos de apoyos formales previos. Comparación 2013-2014:

| Apoyos formales previos | 2013 | | 2014 | | n | Total % col |
|-------------------------|------|-------|------|-------|----|----------------|
| | n | % col | n | % col | | |
| No | 13 | 87% | 32 | 76% | 45 | 79% |
| Si | 2 | 13% | 10 | 24% | 12 | 21% |
| Total general | 15 | 100% | 42 | 100% | 57 | 100% |

Tabla n°30: Tabla tipos de apoyos formales tramitados. Comparación 2013-2014:

| Apoyos formales tramitados | 2013 | | 2014 | | Total | |
|----------------------------|------|-------|------|-------|-------|------|
| | n | % col | n | % col | n | %col |
| No | 7 | 47% | 14 | 33% | 21 | 37% |
| Si | 8 | 53% | 28 | 67% | 36 | 63% |
| Total general | 15 | 100% | 42 | 100% | 57 | 100% |

Tabla n°31: Tabla unidad de convivencias. Comparación 2013-2014:

| Unidad de convivencia | 2013 | | 2014 | | Total | |
|-----------------------|------|-------|------|-------|-------|-------|
| | n | % col | n | % col | N | % col |
| Cónyuge | 3 | 20% | 5 | 12% | 8 | 14% |
| Cónyuge/hijos/as | 3 | 20% | 4 | 10% | 7 | 12% |
| Hijos/as | 2 | 13% | 13 | 31% | 15 | 26% |
| Otros | 1 | 7% | 10 | 24% | 11 | 19% |
| Sólo/a | 6 | 40% | 10 | 24% | 16 | 28% |
| Total general | 15 | 100% | 42 | 100% | 57 | 100% |

Anexo 4: Modelo de entrevista a los profesionales para obtener su percepción sobre los resultados de la Unidad de Geriatría.

Entrevista a Profesionales para conocer la opinión que tienen sobre los resultados y funcionamiento de la Unidad de Geriatría.

Fecha de realización de la entrevista:

Profesional entrevistado:

PREGUNTAS:

1. Teniendo en cuenta su experiencia profesional, valore el grado de provecho o beneficio, que existe para los/las pacientes usuarios y beneficiarios de la Unidad de Geriatría del Hospital Universitario Nuestra Señora de La Candelaria, siendo el 0 el grado de menor utilidad, y el 5 el de mayor utilidad:

| | | | | | | |
|---------------|---|---|---|---|---|----------------|
| Poca utilidad | | | | | | Mucha utilidad |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |

A continuación, explique en líneas breves las razones que le han llevado a calificar la Unidad de Geriatría con esa puntuación en la escala anterior:

2. Evalúe el grado y calidad de consecución de los objetivos de la Unidad de Geriatría, siguiendo su criterio, siendo el 0 el grado de menor consecución, y el 5 el de mayor consecución:

| | | | | | | |
|----------------------------|---|---|---|---|---|----------------------------|
| Menor grado de consecución | | | | | | Mayor grado de consecución |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |

A continuación, explique en líneas breves las razones que le han llevado a calificar la Unidad de Geriátrica con esa puntuación en la escala anterior:

3. Explique qué actitudes, pensamientos, y sentimientos le generan su dedicación como profesional con los pacientes geriátricos.

4. ¿Qué perspectiva tenía con respecto al colectivo de Geriátrica al comienzo de su incorporación en dicho programa, y que perspectiva tiene en la actualidad?:

5. ¿Cómo el medio o contexto de trabajo le ayuda a desarrollar su trabajo como profesional?, ¿Cree que los recursos, condiciones labores, etc. que se utilizan en el programa, son los óptimos?, ¿Qué tipo de soporte sería más adecuada para afrontar mejor su trabajo?:

6. ¿Ha tenido que afrontar situaciones que le resulten difíciles en el cuidar geriátrico o que le desborden en su trabajo?, ¿Cómo ha afrontado estas dificultades?, si ha tenido problemas/ dificultades. ¿Cómo lo ha resuelto?, ¿Se siente capacitada para para realizar este trabajo?

7. ¿Qué relación mantiene con los demás profesionales?, ¿Establece relación con todos los profesionales que se dedican a estos pacientes?, ¿Cómo se desarrolla y se mantiene esta relación?:

8. Desde su visión, nos gustaría que en la tabla que a continuación se muestra, aportara aquellos aspectos a mejorar y aquellos aspectos a perseverar en la Unidad de Geriátrica para garantizar el buen funcionamiento de la misma:

| Aspectos a mejorar | Aspectos a perseverar |
|--------------------|-----------------------|
|--------------------|-----------------------|

9. Explique qué circunstancias le motivaron a trabajar en esta Unidad Geriátrica.

10. Observaciones:

.

Anexo 5: Glosario

- **Actividades de la Vida Diaria Avanzadas (AVDA):** Mide la capacidad de la persona para la participación en grupos sociales o en la práctica de algunas aficiones. Estas no son esenciales para el mantenimiento de la independencia.
- **Actividades de la Vida Diaria Básicas (AVDB):** Son las actividades mínimas que debe realizar una persona para vivir de manera independiente y autónoma, relacionándose estas con el autocuidado.
- **Actividades de la Vida Diaria Instrumental (AVDI):** Hace referencia a la capacidad de la persona para desenvolverse en la comunidad de forma independiente, incluyendo actividades complejas, como las de hacer las tareas del hogar, utilizar el transporte público y el uso del teléfono, tomar la medicación de forma responsable y el manejo del dinero, etc.
- **Autonomía:** Es la facultad que tiene la persona para el autogobierno, es decir, para decidir sobre sus propias acciones.
- **Dependencia:** Situación en la que se encuentra la persona que la padece por la falta o pérdida de la capacidad psíquica y/o física, necesitando de la ayuda de terceras personas para la realización de las actividades de la vida diaria.
- **Envejecimiento:** Sucesión de modificaciones morfológicas, fisiológicas, psicológicas y sociales de carácter irreversible, que se muestran antes de que las manifestaciones externas den al individuo aspecto de anciano.
- **Exitus:** Término latino que significa “salida”, y que se emplea en medicina para referirse al fallecimiento de un paciente, derivándose este término de *exitus letales*, que literalmente significa “salida mortal” o “salida letal”.
- **Fragilidad:** Disminución del estado de reserva fisiológica asociada con un aumento de la susceptibilidad a la incapacidad.
- **Geriatría:** Ciencia que estudia el proceso de envejecimiento dentro de criterios biológicos de normalidad (envejecimiento fisiológico y patológicos).
- **Gerontología:** Rama de la medicina que se ocupa de los aspectos clínicos, terapéuticos, preventivos y sociales en la salud y enfermedad de las personas mayores.
- **Heteronomía:** Representa la imposibilidad concreta o la incapacidad de autogobierno, es decir, se está sujeto a un poder externo o ajeno que impide el desarrollo de la voluntad y naturaleza de la persona.

- **Independencia:** Situación o condición de ser autónomo sin depender de terceras personas para realizar las actividades de la vida diaria.
- **Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD):** Prestación básica del Sistema Público de Servicios Sociales Comunitarios que, mediante una serie de atenciones preventivas, educativas, asistenciales y rehabilitadoras, tiene por objeto promover, mantener o restablecer la autonomía personal de aquellas personas que lo necesitan para poder residir en sus domicilio habitual (Fernández, De Lorenzo y Vázquez, 2012).
- **Unidad de Geriatría:** Unidad funcional que cuenta con equipos interdisciplinarios, cuyo objetivo es tratar al paciente afecto de diversas patologías.
- **Valoración geriátrica:** Herramienta esencial para realizar una valoración integral e interdisciplinar, para diagnosticar y cuantificar todos los problemas que afectan a la esfera médica, funcional, mental y social de las personas mayores.