

Información Importante

La Universidad Santo Tomás, informa que el(los) autor(es) ha(n) autorizado a usuarios internos y externos de la institución a consultar el contenido de este documento a través del catálogo en línea, página web y Repositorio Institucional del CRAI-USTA, así como en las redes sociales y demás sitios web de información del país y del exterior con las cuales tenga convenio la Universidad.

Se permite la consulta a los usuarios interesados en el contenido de este documento, para todos los usos que tengan **finalidad académica**, siempre y cuando mediante la correspondiente cita bibliográfica se le dé crédito al trabajo de grado y a su autor, nunca para usos comerciales.

De conformidad con lo establecido en el Artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, la Universidad Santo Tomás informa que “los derechos morales sobre documento son propiedad de los autores, los cuales son irrenunciables, imprescriptibles, inembargables e inalienables.”

**Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación, CRAI-USTA
Universidad Santo Tomás, Bucaramanga**

Percepción del trato humanizado de pacientes adultos mayores atendidos en la Universidad Santo Tomás

Geraldine Cetina Díaz, Carolina Delgado Meneses, Estefany Trespalacios Olivero e Inés Juliana Vega Barbosa

Trabajo de grado para optar al título odontólogo

**Directora
María Eugenia Sáenz Torres
Magister en Odontología**

**Universidad Santo Tomás, Bucaramanga
División de Ciencias de la Salud
Facultad de Odontología
2020**

Tabla de contenido

1. Introducción	9
1.1. Planteamiento del problema.....	9
1.2. Justificación	10
2. Marco Teórico.....	11
2.1. Humanización	11
2.1.1. Humanización desde el ámbito del derecho.....	12
2.1.2. Medición de la humanización	13
2.2. Atención odontológica por parte de los estudiantes	14
2.3. Adulto mayor	15
2.4. Calidad de vida	16
2.5. Cambios del adulto mayor	16
2.5.1. Características de los cambios en el adulto mayor.:	17
2.6. Envejecimiento saludable y calidad de vida	17
2.7. Atención al adulto mayor.....	18
2.7.1. Pautas para una correcta atención humana en adultos mayores.	18
1.2. Enfermedades orales crónicas más comunes en adultos mayores	19
2.8.1. Xerostomía.....	20
2.8.2. Cáncer bucal.....	20
2.8.3. Enfermedad periodontal.....	20
2.8.4. Caries dental.....	20
1.3. Patologías frecuentes del adulto mayor	20
2.9.1. Artritis y artrosis.	21
2.9.2. Diabetes.....	21
2.9.3. Desnutrición.....	21
2.9.4. Alzheimer.....	21
2.9.5. Parkinson.....	21
2.9.6. Problemas auditivos y visuales	21
2.9.7. Hipertensión arterial.....	21
2.9.8. Hiperplasia de próstata.....	21
2.9.9. Osteoporosis.....	21

2.9.10 Accidente cerebro vascular	22
3. Objetivos	23
3.1. Objetivo general	23
3.2. Objetivos específicos	23
4. Método	23
4.1. Tipo de estudio	23
4.2. Selección y descripción de los participantes	23
4.2.1. Universo y población	24
4.2.2. Muestra y tipo de muestreo	24
4.3. Criterios de selección	24
4.3.1. Criterios de inclusión	24
4.3.2. Criterios de exclusión	24
4.4. Variables	24
4.4.1. Variable dependiente	24
4.4.2. Variables independientes	24
4.5. Instrumento	24
4.6. Procedimiento	25
4.6.1. Informe de la Prueba piloto	26
4.7. Implicaciones éticas	26
4.8. Plan de análisis estadístico	27
4.8.1. Plan análisis univariado	27
4.8.2. Plan de análisis bivariado	27
5. Resultados	27
5.1. Análisis bivariado entre variables sociodemográficas y la puntuación	32
6. Discusión	33
7. Conclusiones	35
8. Recomendaciones	36
9. Referencias bibliográficas	37
Apéndices	40
Apéndice A. Cálculo de muestra.	40
Apéndice B. operacionalización de variables.	41
Apéndice C. Instrumento.	48

Apéndice D. Consentimiento Informado.	51
Apéndice E. Análisis Estadístico.	53
Apéndice F. Protocolo De Contacto Telefónico.	54

Lista de tablas

Tabla 1. <i>Características sociodemográficas de los participantes en el estudio.</i>	28
Tabla 2. <i>Preguntas relacionadas con la percepción del trato humanizado.</i>	29
Tabla 3. <i>Puntaje de la percepción humanizada y variables sociodemográficas.</i>	32

Resumen

Introducción: La humanización es la condición esencial que garantiza los servicios de atención y protección específica dados a los usuarios de los servicios de salud, a través del respeto, la dignidad y condición humana de sus creencias, costumbres, credo, raza y todo aquello que hace al ser humano único e irrepetible. El profesional de la salud debe brindar un servicio humanizado al adulto mayor con un criterio ético considerando que en la actualidad este tema ha cobrado más relevancia tanto en el ámbito nacional como en el internacional **Objetivos:** Medir la percepción de comportamiento humanizado, en la clínica de adulto mayor de la facultad de odontología de la Universidad Santo Tomás. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio de tipo observacional descriptivo de corte transversal. La población estaba constituida por 118 personas mayores de 65 años atendidas en las clínicas de pregrado de la Universidad Santo Tomás de Bucaramanga durante el segundo periodo académico del 2019. A causa de la situación actual ocasionada por la pandemia, la recolección de los datos se realizó aplicando una encuesta vía telefónica. Se tomó el cuestionario validado y autodiligenciable “Validez y Confiabilidad de un instrumento para medir la percepción de atención humanizada en odontología”. Los datos se digitaron en Excel generando un único archivo que fue exportado al programa Stata 14.0 para su correspondiente procesamiento y análisis. Para el análisis bivariado se relacionaron las variables de interés frente al puntaje total obtenido en el cuestionario. **Resultados:** 94 de los 118 participantes reportaron que los estudiantes siempre los miran a los ojos cuando les hablan. El 73,7% considera que el estudiante siempre da las indicaciones de autocuidado de manera oportuna. El 88,1% respondieron que siempre les hacen sentir bien atendidos en las clínicas del adulto mayor de la Universidad Santo Tomas. El 77,9% de la muestra manifiesta que siempre el profesional en formación los escucha atentamente. Finalmente, el 94,9% de los participantes de la investigación refieren que siempre les respetan sus decisiones. **Conclusión:** Los pacientes atendidos en las clínicas del adulto mayor de la Universidad Santo Tomas, perciben la atención como humanizada y de calidad. Desde la perspectiva de los pacientes existen tres variables sociodemográficas que afectan de manera significativa la percepción humanizada del ejercicio clínico prestado en las clínicas del adulto mayor de la Universidad Santo Tomas, como lo son la edad, ocupación y el nivel de escolaridad. Para comprender la percepción de los pacientes frente a la atención prestada en las clínicas odontológicas de la Universidad Santo Tomas, hacen falta estudios que aborden estas vivencias, bajo un paradigma fenomenológico propio de la metodología cualitativa.

Palabras clave: Envejecimiento, humanización de la atención, personal de odontología, salud, autocuidado.

Abstract

Introduction: Humanization is the essential condition that guarantees the specific care and protection services given to users of health services, through respect, dignity and human condition of their beliefs, customs, creed, race and everything that makes the human being unique and unrepeatable. The health professional must provide a humanized service to the elderly with an ethical criterion considering that at present this issue has become more relevant both nationally and internationally. **Objectives:** To measure the perception of humanized behavior in the adult clinic Major of the Faculty of Dentistry of the Santo Tomás University. **Materials and methods:** A descriptive, cross-sectional observational study was carried out. The population consisted of 118 people over 65 years of age treated at the undergraduate clinics of the Santo Tomás de Bucaramanga University during the second academic period of 2019. Due to the current situation caused by the pandemic, data collection was carried out applying a survey by telephone. The validated self-filling questionnaire “Validity and Reliability of an instrument to measure the perception of humanized care in dentistry” was taken. The data was entered in Excel generating a single file that was exported to the Stata 14.0 program for its corresponding processing and analysis. **Results:** 94 of the 118 participants reported that students always look them in the eye when they speak to them. 73.7% consider that the student always gives the indications of self-care in a timely manner. 88.1% responded that they always feel well cared for in the elderly clinics of the Santo Tomas University. 77.9% of the sample stated that the professional always listened to them carefully. Finally, 94.9% of the research participants report that they always respect their decisions. **Conclusions:** The patients cared for in the elderly clinics of the Santo Tomas University perceive the care as humanized and of quality. From the patients' perspective, there are three sociodemographic variables that significantly affect the humanized perception of the clinical practice provided in the elderly clinics of the Santo Tomas University, such as age, occupation, and level of education. To understand the perception of patients regarding the care provided in the dental clinics of the Santo Tomas University, studies are needed that address these experiences, under a phenomenological paradigm typical of qualitative methodology.

Keywords: Aging, humanization of assistance, dental staff, health, self-care.

1. Introducción

La Declaración de Ginebra como el actual pilar ético que guía la conducta ética de los profesionales de la salud contempla la humanización del servicio como un compromiso inquebrantable, en el manifiesto una profesional jura “Dedicar su vida al servicio de la humanidad” y “Cuidar su propia salud, bienestar y capacidades para prestar atención médica del más alto nivel” (1).

La formación ética de los profesionales en el área de la salud es parte fundamental para una atención integral que eduque a los pacientes en el cuidado de su salud, reestablezca su confort y alivie sus dolencias, para lograr acercarse a lo que la OMS define como salud “El estado completo de bienestar físico y social de una persona”. Sin embargo, para el odontólogo en formación, la atención a pacientes adultos mayores supone retos específicos para cumplir con lo que Donabedian en su artículo clásico “Evaluating the Quality of Medical Care” define como calidad absoluta, individualizada y social (1,2).

La calidad de los servicios de salud se traduce en éxito de la atención primaria y asistencial. Es por esto que el sistema obligatorio de garantía de calidad en salud (SOGCS), consta de las siguientes características: accesibilidad, pertinencia, seguridad, continuidad y oportunidad, los cuales no deben ser omitidos (2).

La humanización es la condición esencial que garantiza que los servicios de atención y protección específica dados a los usuarios de los servicios de salud se den partiendo del respeto, la dignidad y condición humana de sus creencias, costumbres, credo, raza y todo aquello que hace al ser humano único e irrepetible (3).

El propósito de esta investigación es determinar la percepción de atención humanizada en la clínica del adulto mayor de la facultad de odontología de la Universidad Santo Tomás, para hacerlo se realizó por medio del instrumento diseñado y validado por López y Cols, que en un abordaje cuantitativo y transversal, determina la percepción del paciente en relación al cuidado humanizado (4).

En el marco teórico se consideran características referentes a la atención odontológica humanizada del adulto mayor, la importancia de la calidad de vida y como se ve afectada la misma ante el ciclo vital; se hace énfasis en aspectos como: las principales afecciones que presenta este grupo poblacional, cómo debe ser su abordaje desde la psicología, y cómo sus expectativas pueden influenciar su percepción ante la calidad de los servicios de salud (5).

Finalmente, se presentan los resultados obtenidos; los mismos se discuten frente a los resultados presentados en investigaciones similares que en torno al tema se han realizado previamente y se presentan conclusiones y recomendaciones.

1.1 Planteamiento del problema

El profesional de la salud debe brindar un servicio humanizado al adulto mayor con un criterio ético considerando que en la actualidad este tema ha cobrado más relevancia tanto en el ámbito nacional como en el internacional (6).

Se puede decir entonces que ofrecer un buen servicio es un asunto de principio ético dirigido por el comportamiento del profesional y/o personal de apoyo durante la consulta. De hecho, la Organización Mundial de la Salud (OMS) determina que las instituciones de salud tienen como finalidad ofrecer un servicio con alta calidad y por consiguiente agradable para el paciente (2).

Según el Ministerio de Salud y Protección Social instaurado en el territorio nacional, el odontólogo debe cumplir con un perfil y competencias, en las cuales se puede observar su dominio de la ética y humanismo para cuidar la dignidad del paciente y sus derechos. El profesional debe actuar con autodeterminación cumpliendo las normas que rigen su profesión, para ejercer su trabajo buscando el beneficio y la satisfacción del paciente, a su vez encontrando la mejor opción de su tratamiento teniendo en cuenta el aspecto sociocultural y económico, logrando una comunicación asertiva con el paciente de acuerdo con las características de la población (7).

Priorizar la atención y satisfacer las necesidades individuales de los pacientes, es una política interna de los centros de salud que está tomando cada vez más fuerza, la consulta odontológica no es ajena a estos cambios, la atención centrada en el paciente ayuda a hacer eficiente la consulta en términos de tiempo. Ofrecer una atención en salud con calidad humana la cual además de ser un pilar de la calidad, es una cualidad amparada por la ley (8)(1).

Por consiguiente, es de suma importancia que la atención al adulto mayor se enfoque en mantener la salud oral, entendiendo esta como la salud del sistema estomatognático y su relación con los demás sistemas que conforman el cuerpo un inadecuado control odontológico puede desencadenar problemas que causen un detrimento de la salud general (9)(2). De lo anterior subyace el siguiente interrogante: desde la perspectiva del paciente, ¿Cómo perciben los adultos mayores atendidos en las clínicas de la universidad Santo Tomás el trato recibido durante la atención odontológica?

1.2 Justificación

La atención odontológica en el adulto mayor es un desafío, que inicia con disponer de una infraestructura sólida para la atención, avanza con la aplicación del conocimiento científico en situaciones particulares de las personas intervenidas y finaliza con el cumplimiento de las convenciones éticas, sociales y afectivas, pilar fundamental en el proceso de lograr calidad en atención primaria. El proceso natural del envejecimiento arrastra consigo cambios físicos y psicológicos que afectan la tasa de éxito de ciertas intervenciones, es por eso que mejorar la calidad para fidelizar y concientizar pacientes debe ser una meta de cualquier centro que entrene profesionales en el área de la salud (5,10).

El ejercicio de la odontología ha cambiado desde sus inicios hasta la actualidad, la tecnificación en la gestión del servicio de salud ha distanciado al profesional en odontología u estomatólogo en

formación de su paciente, por esto el Sistema General de Seguridad Social en Salud plantea la humanización como uno de los pilares que rigen la calidad en servicios de salud, sin embargo la atención a pacientes adultos mayores supone un aprendizaje no solo técnico o teórico, sino un aprendizaje en la interpersonalidad, que valdría la pena evaluar desde la percepción de los pacientes, en busca de eslabones débiles sobre los cuales la formación integral impartida en las aulas y entorno de la Universidad Santo Tomás puede ser más incisiva (3).

Gracias a esto se podría consolidar una línea de investigación enfocada en la promoción de la atención humanizada en el paciente adulto mayor que desemboque en el desarrollo de estrategia en pro de implementar el respeto y la tolerancia en el ambiente en el cual los pacientes deberían ser protagonistas y se comprometan con el cuidado de su cavidad oral, la cual potenciará positivamente su salud en general y la sobrevida de cualquier tratamiento.

La divulgación de los resultados de la presente investigación podría aportar a los estudiantes, docentes, administrativos, y personal de servicios generales herramientas para lograr que el ambiente en el cual transcurren las clínicas del adulto mayor sea feliz, agradable y la atención sea de calidad (9).

2. Marco Teórico

2.1 Humanización

En términos generales humanizar es definido por la Real Academia Española como hacer a alguien o algo humano, familiar y afable. Por lo anterior, es importante que el trato humanizado se incorpore en las instituciones de salud. Bermejo señala que “Humanizar es todo lo que se realiza para promover y proteger la salud, curar las enfermedades, garantizar un ambiente que favorezca una vida sana y armoniosa a nivel físico, emotivo, social y espiritual.” Se puede decir entonces que ofrecer un buen servicio es un asunto de principio ético dirigido por nuestro comportamiento durante la consulta (3).

De acuerdo con Andino, el maltrato, la falta de oportunidad en la atención y la falta de respeto, son a menudo denunciados por los pacientes; sus derechos son violados e ignorados, y aspectos como la indiferencia y la insolidaridad afectan aún más su estado de salud (11).

Sin embargo, las decisiones de los profesionales de la salud, la ética formal actúa como componente esencial, y suele orientar el análisis y la reflexión; aspectos como los tratamientos, las recomendaciones y los procedimientos que se hallan implicado, conllevan una base ética y a la vez una consecuencia, por lo que es permanente enfrentar conflictos de valores y una elección moral puede afectar el bienestar de sus pacientes (11).

Cuando un individuo llega a una institución prestadora del servicio de salud es porque requiere atención, por esta razón espera obtener un servicio humanizado. En términos generales humanizar expresa el anhelo de que sea bueno, proteja la dignidad, sensibilice la condición humana, debido a que ser humanos no es lo mismo que vivir y comportarse humanamente. De manera análoga los

empleados de la salud deben contar con esta cualidad primordial y básica como lo es la humanización, de esta manera en la interacción con el paciente poder lograr un beneficio individual y colectivo. La atención humaniza exige que el profesional reorganice sus métodos de atención y tenga una posición que conserve el bienestar del paciente de igual forma conseguirá ofrecer un trabajo seguro y apropiado. Así mismo necesita de unas condiciones mínimas en el ambiente laboral y en el sistema de salud complementando una sobresaliente atención (3).

La atención humanizada no simplemente es un proceso de estructuras y mecanismos sino una compleja interacción científica y afectiva que involucra al paciente en su integralidad, contemplando los derechos fundamentales y respeto para la praxis asistencial (12).

2.1.1 Humanización desde el ámbito del derecho. Partiendo de la definición de salud según la Organización Mundial de la Salud y la Corte Constitucional Colombiana, salud es el bienestar máximo puesto que abarca el mantenimiento para evitar y prevenir enfermedades, como el acto del restablecimiento para redimir la calidad de vida del individuo (7,13).

Desde la perspectiva del derecho se podrá hablar de humanización de la atención en salud para el adulto mayor, cuando se asegura que las necesidades del individuo estarán en lo posible cubiertas por estas políticas de calidad, respetando los principios de las buenas prácticas clínicas y se reforzara la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad (14).

La salud del individuo otorgada por una atención oportuna y humanizada asegura de una u otra forma derechos primordiales con por ejemplo el derecho a la integridad personal y a la vida. Por ende, el derecho a la atención en salud tendrá una condición fundamental, donde el adulto mayor pueda sufrir una afección importante en su vida o su integridad personal (12).

Dentro de las normas que rigen el sistema de salud en Colombia se encuentran las siguientes leyes que hacen énfasis en la óptima atención en salud dirigida al adulto mayor:

Ley 1438 de 2011 "por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones". República de Colombia - Gobierno nacional; 19 de enero de 2011; Bogotá D.C (16).

La Ley 100 de 1993, actualizada el 23 de septiembre de 2019 en su ARTÍCULO 1 declara que: El sistema de seguridad social integral tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten. También el sistema comprende las obligaciones del Estado y la sociedad, las instituciones y los recursos destinados a garantizar la cobertura de las prestaciones de carácter económico, de salud y servicios complementarios, materia de esta Ley, u otras que se incorporen normativamente en el futuro (17).

Estas leyes están dirigidas a promover el mejoramiento de la atención en salud a nivel general y para toda la población, mientras la Ley 1251 de 2008 y la Ley 1850 de 2017 está dirigida específicamente a los derechos del adulto mayor.

Tiene como objeto proteger, promover, restablecer y defender los derechos de los adultos mayores, orientar políticas que tengan en cuenta el proceso de envejecimiento, planes y programas por parte del Estado, la sociedad civil y la familia y regular el funcionamiento de las instituciones que prestan servicios de atención y desarrollo integral de las personas en su vejez (18).

Por otra parte, la odontología en su ejercicio profesional cuenta con diversas organizaciones gremiales de las cuales hacen parte, El Tribunal Nacional de Ética Odontológica el cual es una Entidad creada por la Ley 35 de marzo 8 de 1989 y reglamentada por el Decreto 491 de 1990, con autoridad para conocer de los procesos disciplinarios éticos profesionales que se presenten por razón del ejercicio de la odontología en Colombia. La Federación Odontológica Colombiana y el Colegio Colombiano de Odontólogos, los cuales están regidos por las leyes de la República de Colombia con el fin de actualizar y mejorar el ejercicio de la profesión (20).

El ejercicio de la profesión odontológica en Colombia se fundamenta en disposiciones éticas, sociales, morales y humanistas, de esta forma aporta desde diferentes ámbitos a la construcción de la salud pública mediante la participación profesional y ciudadana en gestión de las políticas públicas del país para garantizar una atención basada en derechos humanos (7,9).

La Atención Primaria en Salud es la que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, El tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad, a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios De acuerdo a la Ley 1438 de 2011; Así mismo en su ARTÍCULO 1° tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país (15,16).

2.1.2 Medición de la humanización. El concepto de humanización se define como un conjunto de competencias personales que permiten desarrollar la actividad profesional en el campo de la salud, respetando y velando por la dignidad y el respeto del ser humano. La atención humanizada es un enfoque para una construcción combinada de la salud, donde el profesional puede respetar a las personas y ser sensible a sus necesidades, al tiempo que les proporciona herramientas para mejorar su salud de manera integral, basada en la intersubjetividad y la reciprocidad (12).

La escuela del *Caring* refiere que el cuidado se inicia cuando el profesional de salud se introduce en el campo fenomenológico de la persona en cuanto a su situación de salud se unen aspectos filosóficos manifiestos. López y Cols desarrollan su instrumento basados en instrumentos como la escala PCHE “Percepción de cuidado humanizado en enfermería” versión 3, el cual contempla una relación bidireccional de confianza, coherencia, empatía, y comunicación afectiva, entre el paciente y su cuidador además de la promoción de la enseñanza-aprendizaje transpersonal, ofreciendo oportunidades para el crecimiento personal. La adaptación de la escala PCHE al entorno odontológico asistencial permite conocer la visión de que tan humanizada es la consulta del odontólogo en formación, para hacer ajustes en pro de la calidad del servicio asistencial (21).

Mediante la revisión de la literatura, las observaciones y sugerencias de los expertos López y Cols organizaron el constructo de atención humanizada en odontología que comprende la condición o evento identificable en las experiencias del usuario que recibe los cuidados brindados por el profesional de la salud. Una vez finalizado este proceso, el instrumento "Validez y confiabilidad de un instrumento para medir la percepción de atención humanizada en odontología" resultante contó con 28 ítems, clasificados en 3 categorías. Posteriormente fue sometido a una prueba por expertos conformados por siete profesionales de diferentes especialidades con el objetivo de calificar los criterios como la claridad, precisión, comprensión relevancia y pertinencia. Seguidamente una prueba piloto con una muestra de 26 pacientes atendidos en las tres sedes de una institución odontológica en el área metropolitana del Valle de Aburrá (Antioquia) (4).

2.2 Atención odontológica por parte de los estudiantes

La atención con enfoque humano a los estudiantes, aunque en términos generales comparte las premisas del servicio al adulto mayor, tiene algunas facilidades basadas en una menor fragilidad física del paciente, requiere un mayor enfoque en generar la confianza del mismo para que facilite los procedimientos. Esta es factible mediante una comunicación directa ejerciendo un tono de familiaridad y confianza que relaje al atendido, sin rebasar las líneas establecidas por el respeto y el profesionalismo (22).

La atención humanizada implica una asistencia integral, tener la capacidad de ver al paciente como un conjunto biológico, sociológico y cultural. Por esto la formación del profesional debe incluir dentro del currículo de su carrera un componente ético, teniendo en cuenta que aún en la mayoría de las universidades el tiempo que es dedicado a la formación y estudio de este componente es mínimo. Por este motivo hay profesionales con escasa capacidad y preparación para tomar decisiones humanas y éticas de importancia en el contexto social (23).

Al pasar el tiempo la sociedad, la tecnología y la ciencia se encuentran en un constante avance y cambio, por parte de los pacientes el hecho de tener la tecnología a su alcance hace que estos tengan un mayor conocimiento o se encuentren más informados de los tratamientos, enfermedades y entre otras cosas de la profesión, por lo que hace que el trato hacia ellos varíe o cambie dependiendo del tipo de paciente o perfil que este pueda presentar, precisamente es en la universidad donde el estudiante puede adquirir todos los conocimientos para poder conocer y distinguir todo este tipo de patrones y modelos de conducta para así poderlos manejar en la vida como profesional odontólogo (5,24).

El factor humano, es vital para el desempeño de un profesional de la odontología, ya que siempre serán personas las que tendrá a su disposición en el consultorio y de una manera u otra ser una persona con conciencia humana facilitará establecer un contacto apropiado con los pacientes (21).

El diálogo inicial es una carta de presentación que rompe la barrera del temor y brinda al atendido la tranquilidad que logre transmitir como profesional, el odontólogo. Este proceso se fortalece con las indicaciones que el profesional va haciendo durante el proceso de atención, ya

que el atendido se encuentra inhibido para hablar, pero sus sentidos están muy atentos a todo lo que ocurre en el consultorio (9).

Un profesional de la materia puede interpretar la comodidad y confianza del atendido en base a su lenguaje corporal, el nivel de atención y con este fundamento, tratar de reforzar el mensaje correcto que se vea traducido en una mejor actitud del paciente (25).

En conclusión, el servicio odontológico es una actitud integral que, como cualquier otra profesión, además del servicio específico, integra una comunicación asertiva y con propósito; El profesional debe tener conciencia que crece humanamente a medida que está dispuesto a recibir y brindar capacidades humanas en el intercambio diario de su consultorio. Este crecimiento contempla incluso aprender de las actitudes erradas tanto del paciente como propias como una indicación de la voluntad de crecer como profesional que no desconoce que, por encima de todo, sigue siendo humano (9,22).

2.3 Adulto mayor

Se puede definir como adulto mayor al individuo que se encuentra en la edad de los 65 años en adelante, durante esta etapa el ser humano presenta una secuencia de alteraciones fisiológicas con el transcurrir de los años, estas reducen la capacidad de adecuación de su organismo ante las circunstancias perjudiciales de su entorno. Por ende, se considera al adulto mayor como el individuo que trae consigo un deterioro somático el cual no le permite tolerar una afección mediante la adaptación empleando sus órganos y sistemas (26).

El envejecimiento primario es una fase inevitable de deterioro, el cual se genera en el individuo al pasar los años, sin importar lo que realice para mitigar estas afecciones. Por otra parte, el envejecimiento secundario es el producto del padecimiento de una enfermedad, por lo general son eludibles dentro de las acciones del individuo, también influyen en este proceso factores externos como la clase social, su desarrollo en la niñez y la longevidad heredada. Factores internos como la práctica de actividad física, la alimentación saludable, el consumo de alcohol, mecanismos de defensa y la estabilidad emocional (27).

Según los expertos en el envejecimiento los adultos mayores se pueden clasificar en tres grupos, adulto mayor-joven el cual está entre los 65 y 74 años de edad, caracterizado por la conservación de su estado activo y dinámico, entretanto el adulto mayor-viejo entre los 75 y 84 años de edad puede presentar fragilidad en comparación con el grupo anterior. Por último, se encuentra el adulto mayor de edad avanzada de los 85 años en adelante, más propenso a sufrir enfermedades que dificultan las labores cotidianas (27).

Actualmente los adultos mayores se pueden clasificar según su edad funcional óptima física y socialmente. Por ende, la Organización Mundial de la Salud (OMS) introduce el término de envejecimiento activo, el cual procura la promoción de la salud, de esta manera mejorar notablemente la calidad de vida de los individuos al transcurrir los años (28).

2.4 Calidad de vida

La calidad de vida es un concepto amplio que abarca varios ámbitos, por consiguiente, es variable y modificable dependiendo de diferentes aspectos a los que el individuo este expuesto, siendo estas circunstancias las que incluyen factores psicológicos, culturales, físicos, socioeconómicos y el grado de satisfacción que dicha persona experimenta a lo largo de su vida (27).

Los etilos de vida saludable su desarrollo y fomento en la población adulta mejora las condiciones y esperanza de vida. Entre los determinantes más importantes de la calidad de vida en el adulto mayor se resalta el vínculo familiar, social, el funcionamiento de su organismo, acceso a los servicios de salud y los recursos económicos de los cuales disponga (23).

El concepto de calidad de vida es necesariamente interdisciplinario puesto que se expresa en diferentes circunstancias como el género, la edad, la posición social e incluso el lugar de residencia del individuo, ya sea en su propio domicilio o en una institución encargada de su cuidado, la cual es una de las dimensiones más importantes para determinar el nivel de calidad de vida que presenta el adulto mayor (23).

Por consiguiente, es de suponer que las investigaciones sobre la calidad de vida han tenido mayor incidencia en la tercera edad, dado que estos individuos atraviesan a lo largo de esta etapa una gran variedad de deterioro en los constituyentes vitales, afectando de forma negativa su calidad de vida. Por este motivo en el país se implementan políticas sociales encaminadas a la atención de la tercera edad para cubrir en lo posible los agravantes que presente el adulto mayor en su estado de salud (26).

Con lo anterior se reitera que la calidad de vida no debe ser entendida como un estado, sino que por el contrario se manifiesta como un fenómeno social complejo y un desarrollo activo, que puede condicionar el grado de satisfacción de esta población dependiendo del estado de salud, habilidades funcionales, acceso a servicios de salud y las oportunidades de aprendizaje y culturales (28).

2.5 Cambios del adulto mayor

El envejecimiento es el desenlace de un proceso extenso y continuo a lo largo del ciclo de la vida; en el cual se presentan diversos cambios relacionados con su rol en el entorno, sus capacidades e interacciones entre otras (29).

Para discutir la causalidad del envejecimiento es pertinente hacer énfasis en los actos que lo anteceden, teniendo en cuenta su asociación biológica con la degeneración celular y ausencia progresiva de regeneración de esta. Por ende, es sustancial tomar en cuenta los factores externos e internos que juegan un papel importante en la determinación de una mejor calidad de vida o la posibilidad de una muerte prematura (29).

En una vista general se pueden considerar algunos aspectos importantes tales como; eludir el consumo de alcohol y cigarrillo para conservar una salud ecuánime basada en el aporte de nutrientes proporcionales que contrapesen las modificaciones celulares que se presentan en esta etapa. La práctica regular de actividad física, el empleo constante de habilidades cognitivas y el cumplimiento de los tratamientos durante alguna enfermedad, actúan en pro del cuidado de la salud en el adulto mayor (9,28).

2.5.1 Características de los cambios en el adulto mayor. En esta etapa de la vida el adulto mayor está sujeto a cambios en diversas dimensiones tales como:

Físicas: se puede decir que es el aspecto que más sobresale e inquieta al ser humano, puesto que determina la independencia y funcionalidad del individuo. Las alteraciones a nivel físico están relacionadas con el deterioro en las estructuras del cuerpo humano, por ejemplo, los ojos, el oído, el olfato, el gusto, el tacto, el sistema inmunológico y dificultades musculoesqueléticas entre otras, las cuales traen consigo implicaciones en el día a día y en las relaciones personales (29).

Psicológicos: dentro de esta dimensión encontramos un menoscabo importante en la pérdida de memoria la cual puede estar o no asociada directamente con la enfermedad del Alzheimer puesto que en este punto es normal el deterioro del funcionamiento cognoscitivo, el cambio en la personalidad y las expresiones afectivas (30).

Sociales: las personas de la tercera edad pueden presentar una variación en sus roles, puesto que la función en su entorno se modifica, estimulando la participación en grupos de similar edad (31).

Laborales: En esta etapa sobresale el cambio drástico de trabajador a pensionado, donde el individuo dirige su tiempo y puede encaminarlo a mejorar diversos aspectos de su vida, puesto que al realizar actividades beneficiosas para su salud prolonga el estado de bienestar (29).

2.6 Envejecimiento saludable y calidad de vida

El envejecimiento debido a los diversos cambios que trae consigo es difícil establecer concretamente el estado de salud del individuo puesto que se asocia ligeramente con la edad de una persona en años, esto quiere decir que se puede apreciar dentro de un grupo etario diversas condiciones de vitalidad o deterioro. Lo cual está principalmente influenciado por el entorno que lo rodea (31).

Con el transcurrir de los años los cambios fisiológicos son ineludibles y pueden incrementar el riesgo de padecer enfermedades crónicas, sin embargo la existencia de diversas afecciones puede tener una connotación poco relevante en el impacto de la calidad de vida de una persona, puesto que es posible sobrellevar una enfermedad que no implique efectos graves en el individuo, por ende para evaluar las necesidades en salud del adulto mayor es necesario tener en cuenta no solo la enfermedad, sino también como la misma influenciara su entorno y trascenderá en su funcionamiento (4).

2.7 Atención al adulto mayor

Cuando se habla de una atención de calidad, se refiere al hecho de prestar servicios que cumpla con los requisitos de ser oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente. Al prestar un servicio como lo es la atención al paciente se busca mejorar las condiciones orales que él pueda tener, y así satisfacer sus necesidades siempre en función de brindarle las mejores condiciones (29,32).

Para lograr ofrecer una atención odontológica humanizada, es necesario que haya un respeto paciente – odontólogo, para así establecer una buena relación con el paciente y lograr así entablar una buena comunicación que permita conocer cuáles son sus necesidades y resolverlas con amabilidad, diligencia y prontitud (3).

2.7.1 Pautas para una correcta atención humana en adultos mayores.

La comunicación eficaz médico-paciente es una función clínica central en la construcción de una relación terapéutica médico-paciente, que es el corazón y el arte de la medicina. Esto es importante para brindar atención médica de alta calidad. Gran parte de la insatisfacción del paciente y muchas quejas se deben a la ruptura de la relación médico-paciente, por tanto, se plantean 10 pautas para mejorar esta aproximación:

El lenguaje corporal correcto y mantener el contacto visual también es importante, porque esto llama su atención y ayuda a los pacientes a descifrar las señales faciales.

Ejercitar la paciencia: los proveedores de atención deben tener paciencia al tratar a las personas mayores. A veces, los profesionales tratantes tienen que repetir los puntos de conversación varias veces antes de que el paciente comprenda completamente el mensaje. Si comunicarse requiere demasiada repetición, los odontólogos deben reducir la velocidad y hablar con más claridad hasta que el cliente pueda entender.

Respeto adecuado: los profesionales tratantes deben recordar que los adultos mayores pueden tener opiniones diferentes sobre temas contemporáneos. Es importante reconocer las variadas experiencias que ofrecen las personas mayores. Este reconocimiento puede ayudar a salvar las brechas generacionales durante la comunicación.

Escucha activa: al tratar a personas mayores, es importante escuchar activamente sus palabras y recordar que ambas partes pueden tener dificultades para expresarse ideas entre sí. Los proveedores de atención también deben utilizar el lenguaje corporal, como asentimientos afirmativos, para acusar recibo de las comunicaciones sin interrumpir al cliente.

Relacionamiento asertivo: para construir una buena relación con los pacientes, las organizaciones de salud deben asegurarse de que todo el personal cree interacciones positivas. Expresar los nombres preferidos de los clientes varias veces crea un aire de familiaridad

y sienta las bases para que los pacientes participen en la planificación del bienestar. La relación sólida también deja a los pacientes con una impresión general positiva de la organización.

Sinceridad: durante las visitas, los proveedores salud deben hacer preguntas adecuadas sobre las condiciones de vida y los círculos sociales de los clientes. Es fundamental que el personal de salud comprenda el papel que juegan la cultura y las creencias de un cliente en el tratamiento. Esta comprensión facilita la toma de decisiones compartida. Además de la alfabetización cultural, es importante evitar suposiciones discriminatorias al ofrecer recomendaciones.

Reconocer los desafíos sensoriales: las distracciones, como el acompañamiento de los cuidadores, las deficiencias cognitivas o la pérdida auditiva, pueden dificultar la comunicación. Casi un tercio de las personas mayores de 65 años tienen problemas de audición y una cuarta parte de las personas mayores de 75 años informan problemas de visión. Las dolencias afectan a cada paciente de manera diferente y en diversos grados. Es importante que los proveedores de atención mantengan estas condiciones en contexto.

Comodidad: la comodidad física es importante tanto para los pacientes como para sus familiares. Aliviar el malestar físico reduce las distracciones durante el tratamiento. Mantener la comodidad para los pacientes mayores puede resultar difícil, especialmente para aquellos con múltiples enfermedades. Los proveedores de atención pueden garantizar la comodidad del paciente con gestos simples, como ofrecer una manta o un suéter a los clientes fríos.

Lenguaje sencillo: a medida que los pacientes envejecen, su fisiología cambia considerablemente. Los clientes mayores pueden comenzar a perder la audición, la vista o la memoria a corto o largo plazo, y esto cambia la forma en que absorben y procesan la información. El uso de un lenguaje sencillo facilita que los adultos mayores comprendan nuevos conceptos.

Empatía: La empatía sincera crea una buena relación. Los pacientes deben sentir que los proveedores de atención médica comprenden e identifican sus preocupaciones. Para comunicar este sentimiento, los miembros del personal pueden relatar cómo se sentirían en circunstancias similares al comunicar información no deseada. Esta comunicación honesta y abierta muestra que los proveedores de atención reconocen las dificultades del cliente y se preocupan genuinamente por las circunstancias del paciente.

Las fallas en la comunicación pueden producir resultados contraproducentes o hacer que el tratamiento falle por completo. Los proveedores de atención tratarán a los pacientes mayores con más frecuencia ya que más personas viven mucho más allá de los 65 años. Al tratar a cada persona mayor como un individuo, los proveedores de atención pueden disolver los estereotipos de edad y producir resultados positivos (5).

1.2 Enfermedades orales crónicas más comunes en adultos mayores

La sucesión del envejecimiento es un proceso irreversible, acumulativo y degenerativo, que no solo incluye la parte corporal sino también el daño bucal y del aparato masticatorio que con

normalidad conlleva la vejez. Cerca del 30% de la población mundial es representada por el adulto mayor, siendo este un reto social, ya que los gerontes son los mayores consumidores de medicamentos y servicios de salud (5).

Una de las mayores demandas geriátricas involucra la atención estomatológica esto se debe a la prevalencia e incidencia de las patologías bucales del paciente adulto mayor.

Tomando en consideración lo anterior “los cambios propios del envejecimiento en la cavidad oral” podemos decir que las enfermedades más frecuentes en la boca de las personas de la tercera edad son:

2.8.1 Xerostomía. Es una percepción subjetiva de sequedad bucal (boca seca) esta es derivada por una disminución en la secreción de la saliva y afecta entre el 29 y el 57% de la población de ancianos. También aparecen otras manifestaciones como el ardor, trastornos del gusto y dificultades para la deglución y el habla (33).

2.8.2 Cáncer bucal. Las lesiones suelen comenzar como manchas de color blanco o rojo, que progresan a la ulceración y eventualmente, se transforman en una masa endofítica o exofítica. Cualquier persona con lesiones con estas características que persistan por más de dos semanas de evolución debe ser referida a una consulta especializada (33).

2.8.3 Enfermedad periodontal. En el paciente geriátrico se puede hablar de la normalidad o recurrencia de una ligera pérdida de la inserción periodontal y del hueso alveolar, pero esto no conlleva a una pérdida crítica del soporte periodontal. En los gerontes que presentan enfermedad periodontal, tienden a ocurrir cambios moleculares en las células periodontales que aceleran la pérdida de hueso. Estas afectaciones pueden estar asociados con:

- Alteraciones en la diferenciación y proliferación de los osteoblastos y osteoclastos.
- Un incremento de la respuesta de las células periodontales a la microflora bucal y al estrés mecánico que conducen a la secreción de citoquinas que están involucradas en la reabsorción ósea.
- Las alteraciones endocrinas propias del anciano (33).

2.8.4 Caries dental. En la actualidad las caries dentales se hacen más frecuentes en las poblaciones de adultos mayores, esto se debe al mantenimiento de su propia dentadura durante más tiempo, la prevalencia de caries se incrementa (33).

1.3 Patologías frecuentes del adulto mayor

En general la vejez poblacional esta conducida por el aumento de enfermedades crónicas (EC) y sus posibles efectos. También los síndromes geriátricos (SG), como caídas, maltratos, y los déficits neurosensoriales, son realmente prevalentes, multifactoriales y relacionados a el deterioro de la calidad de vida. Reconociendo la necesidad de que haya políticas adecuadas y específicas de salud para el adulto mayor (34).

2.9.1 Artritis y artrosis. La artritis es una inflamación en las articulaciones mediada por citoquinas que suele provocar hinchazón articular, mientras la artrosis suele ser una consecuencia que cursa con destrucción tisular a nivel de los condroblastos condrocitos y colágeno que forma el cartílago, su principal síntoma es, dificultad y dolor en el movimiento (34).

2.9.2 Diabetes. Los malos hábitos alimenticios la edad y la inactividad física, son los catalizadores que desencadenan en el cuerpo fallas a nivel de la producción o el uso de la insulina para reducir los niveles séricos de glucosa en sangre. Los pacientes con estos desordenes metabólicos pueden presentar otro tipo de alteraciones tanto sistémicas como locales que pueden producir la muerte, un control por parte del especialista y el tratamiento adecuado, puede disminuir el riesgo de complicaciones asociadas a esta patología (34).

2.9.3 Desnutrición. La pérdida del apetito, en pacientes adultos mayores y la baja ingesta de proteínas y vitaminas disminuyen, pudiendo llegar a provocarles desnutrición. Es de suma importancia crear hábitos alimenticios adecuados teniendo en cuenta la talla el peso y el gasto energético de cada individuo gerontológico (34).

2.9.4 Alzheimer. La pérdida progresiva de la memoria y sus habilidades cognitivas en las personas adultas mayores se deben al cuadro degenerativo al que se enfrentan las células nerviosas, las cuales se debilitan y causan una atrofia parcial de algunas zonas del cerebro (33).

2.9.5 Parkinson. Es una enfermedad neurodegenerativa producida por la pérdida progresiva de neuronas en la sustancia negra cerebral. Generalmente, se reconoce por un trastorno del movimiento, también provoca alternaciones cognitivas, emocionales y funcionales (34).

2.9.6 Problemas auditivos y visuales. La pérdida de claridad en las percepciones sensoriales como el oído y la visión son características normales en el grupo etario mayor a los 65 años, causando un aumento en accidentes, pérdida de coordinación y equilibrio en las personas de edades avanzadas (34).

2.9.7 Hipertensión arterial. Las mediciones de la presión arterial sistólica y diastólica, aunque usualmente aumentadas en personas adultas, es un signo a tener en cuenta pues la hipertensión arterial podría provocar problemas sistémicos serios. La adopción de hábitos de vida saludables y el control de la presión arterial es crucial en una edad avanzada (34).

2.9.8 Hiperplasia de próstata. Es una de las enfermedades más comunes entre los hombres de la tercera edad. Se debe a un crecimiento excesivo de la próstata, lo que provoca problemas para orinar, en los casos más graves infecciones y cálculos renales (34).

2.9.9 Osteoporosis. La disminución de la cantidad de minerales en los huesos conlleva a sufrir fracturas con mayor facilidad. Esta enfermedad es más común en mujeres tras la menopausia debido a las carencias hormonales (34).

2.9.10 Accidente cerebro vascular. Es una enfermedad cardiovascular que aparece cuando uno de los vasos sanguíneos que irriga el cerebro se obstruyen o se rompe. Este evento provoca usualmente parálisis de forma total o parcial, pérdida de facultades motoras y del habla e incluso el fallecimiento de la persona (35).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud la multimorbilidad consiste en la presentación de más de una enfermedad crónica al mismo tiempo; entre las principales enfermedades están las cardiovasculares, las respiratorias crónicas, el cáncer y la diabetes, así ocasionando la mayor carga de morbilidad y mortalidad. Para el año 2012 ciertas enfermedades fueron responsables del 68% de las muertes ocurridas en el mundo (36). El predominio de multimorbilidad se incrementa en personas mayores, en mujeres y en aquel tipo de población que presenta un bajo nivel socioeconómico (35).

En Colombia, durante los últimos años, la mortalidad por enfermedades crónicas ha representado más del 25% en gran parte de los departamentos de preponderancia urbana y mayor número de población. Específicamente en Cali, para el año 1995, la primera causa de muerte en mujeres fueron las enfermedades cardiovasculares y la quinta fue la diabetes. Estos trastornos para los cuales aún no se conoce una propuesta definitiva que soluciones dichas enfermedades y el logro terapéutico consiste en tratamientos analgésicos para sobrellevar a la persona en un estado funcional, mediante el consumo continuo y prolongado de fármacos, se les conoce como enfermedades crónicas ciertas enfermedades, son las que hoy día causan la mayoría de muertes y de discapacidades mundiales, ya que cerca del 46% de la población mundial tiene alguna enfermedad crónica y aproximadamente, 60% de los 58 millones de muertes anuales son causadas por enfermedades crónicas (22,36).

La frecuencia de las enfermedades crónicas en el adulto mayor es uno de los causantes que más alerta a los diferentes profesionales de la salud, esto debido a que la sociedad actual enfrenta continuamente el desarrollo de enfermedades que en un gran porcentaje son causantes de muertes y de discapacidades mundiales, esto debido a que cerca del 46% de la población mundial tiene alguna enfermedad crónica y, aproximadamente, 60% de las muertes anuales son causadas por las mismas. Por lo tanto, es la adultez mayor una etapa de desarrollo en la que el ser humano presenta más condiciones para desarrollar dichas enfermedades, principalmente, por las variables y los diferentes cambios físicos, psicológicos, y por la disminución de algunas habilidades. Dicho esto, el presente estudio buscaba describir la frecuencia de la enfermedad crónica en adultos mayores de Cali y relacionar su presencia con el estado civil (22,36).

Las enfermedades crónicas más comunes son la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, el cáncer, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la osteoartritis, la artritis reumatoidea, las enfermedades cardiovasculares, como las cardiopatías isquémicas, la dislipidemia y las enfermedades cerebrovasculares. La repercusión de las enfermedades crónicas en el estado funcional es altamente elevada en los pacientes de edad avanzada, ya que hay deficiencias en los órganos del cuerpo, la estructura ósea y la masa muscular; también reduciéndose el funcionamiento de los órganos sensoriales. Por lo tanto, son más comunes las fallas de la memoria, la actividad intelectual se vuelve más lenta y disminuye la capacidad de atención, de razonamiento lógico y de cálculo en algunos adultos mayores; estas situaciones, sumadas a las enfermedades crónicas, hacen

que el adulto mayor sea incapaz de desarrollar plenamente su autonomía y se incrementa la relación de dependencia con el medio (5).

Se observa que la hipertensión, la diabetes y la osteoporosis son las enfermedades más frecuentes en la población de edad avanzada, aunque el mayor porcentaje de esta población se encuentra sin ningún tipo de enfermedad. Asimismo, se observó que los adultos mayores casados y viudos presentaban más enfermedades en comparación con los que se encontraban solteros, separados o en unión libre (30).

3. Objetivos

3.1 Objetivo general

Medir la percepción de comportamiento humanizado, en la clínica de adulto mayor de la facultad de odontología de la Universidad Santo Tomás.

3.2 Objetivos específicos

Comprender los factores que afectan desde la perspectiva del paciente la calidad en la atención odontológica humanizada en las clínicas del adulto mayor de la Universidad Santo Tomás.

Analizar la relación entre factores sociodemográficos y la percepción de calidad en atención en salud.

Identificar conductas que afecten de manera positiva o negativa la percepción del adulto mayor hacia la atención odontológica en las clínicas de la Universidad Santo Tomás.

4. Método

4.1 Tipo de estudio

Estudio de tipo observacional descriptivo de corte transversal, en donde los investigadores observaron y describieron lo que ocurrió durante el desarrollo de la investigación (37).

4.2. Selección y descripción de los participantes

4.2.1. Universo y población. El universo correspondió a los adultos mayores. La población estaba constituida por 188 personas mayores de 65 años atendidas en las clínicas de pregrado de la Universidad Santo Tomás de Bucaramanga durante 2019.

4.2.2. Muestra y tipo de muestreo. Se realizó un cálculo de tamaño de muestra con el software de acceso libre OPENEPI teniendo en cuenta la población de 188 personas, un intervalo de confianza del 95% y un margen de error aceptable de 5%, una frecuencia hipotética del 80% y un efecto de diseño de 1 basados en el esquema de muestreo utilizado por López y Cols (4). (Apéndice A).

Con los datos anteriores, en una población de 188 sujetos objeto de estudio se calculó que una muestra representativa debió ser de 107 adultos mayores más un 10% de posible no respuesta que añaden a la muestra 13 participantes para una muestra total de 118 adultos mayores de 65 años (4,38).

4.3 Criterios de selección

4.3.1. Criterios de inclusión

- Pacientes que habían sido atendidos en las clínicas del adulto mayor de la Universidad Santo Tomás.
- Pacientes con historia clínica activa a la fecha de realizar la selección de participantes por el grupo investigador.

4.3.2. Criterios de exclusión

- Pacientes que no se encuentren en el área metropolitana.
- Personas analfabetas.
- Personas con discapacidad cognitiva y auditiva.

4.4. Variables

4.4.1. Variable dependiente. Se consideró como variable dependiente los 28 ítems del cuestionario, PCHE 3ª versión, el cual fue validado por López y Cols quienes organizaron el constructo de percepción del cuidado humanizado que comprende las experiencias del usuario que recibe los cuidados brindados por el profesional de odontología (4). (Apéndice B).

4.4.2. Variables independientes. Se consideró como variables independientes sexo, edad, nivel educativo, lugar de residencia, ocupación, estado civil, vínculo familiar con el estudiante tratante, estrato socioeconómico y pago del tratamiento (Apéndice B).

4.5 Instrumento

Se tomó el cuestionario autodiligenciable "PCHE 3ª versión ajustada" desarrollado por Lopez y Cols que permitió (tras una adaptación al contexto de la investigación) identificar la percepción de los usuarios respecto al carácter humanizado del cuidado brindado por el odontólogo en formación pacientes mayores de 65 años que asistieron a las clínicas del adulto mayor de la Universidad Santo Tomás (4).

El instrumento constaba de 5 variables sociodemográficas relevantes para la caracterización de la población objeto de estudio, además de 28 ítems tomados del instrumento diseñado y validado por López y Cols en 2019, que consta de tres categorías. Para la aplicación se agregó al conjunto de categorías una escala sumativa de estilo Likert con 4 puntos, en la cual nunca = 1, algunas veces = 2, casi siempre = 3, y siempre = 4. (Apéndice C).

4.6 Procedimiento

El anteproyecto fue sometido a evaluación por comité de investigaciones de la Facultad de Odontología. Con el formato de evaluación y aprobación del mismo, se procedió a enviar a la coordinación de las clínicas odontológicas.

Mediante solicitud escrita a través del correo electrónico institucional, se obtuvo el permiso para tener acceso a los datos de contacto (número telefónico personal) de los pacientes adultos mayores que habían asistido a las clínicas odontológicas en el último año.

Con la información antes mencionada, se dispuso de una base de datos de potenciales participantes. Mediante la generación de números aleatorios en Microsoft Excel se seleccionaron las personas a contactar. Los investigadores procedieron a realizar el contacto telefónico aplicando el protocolo de llamada diseñado para tal fin (Apéndice F). Las llamadas fueron realizadas en horario laboral (8 am a 11 am y de 2 pm a 5 pm) por las cuatro investigadoras del proyecto quienes se encargaron de hacer una breve presentación del proyecto y dieron las instrucciones para responder las preguntas del instrumento. De ser necesario, se repitieron las indicaciones en caso de que el participante así lo manifestara.

El consentimiento informado fue verbal: la investigadora a cargo de la llamada le indicó al participante que se trataba de un proyecto de investigación y que era completamente voluntario responder a las preguntas telefónicas que se le realizaron. De igual manera se informó del tratamiento anónimo de los datos. En caso de que el participante deseara responder a la encuesta pero en otro momento, en común acuerdo con la investigadora agendó una nueva fecha y hora de contacto.

La información se digitó por duplicado en Microsoft Excel. Los dos archivos se validaron para detectar posibles errores de digitación, y en caso de que se presentaran, se recurrió al instrumento original para las respectivas correcciones. Finalmente, se generó un único archivo que fue exportado al programa Stata 14.0 para su correspondiente procesamiento y análisis.

4.6.1 Informe de la Prueba piloto. Como respuesta de contingencia ante la pandemia del Covid-19, se realizó en forma de encuesta por vía telefónica la aplicación del instrumento, obteniendo un consentimiento informado de tipo verbal. Los pacientes que se contactaron eran el 10% de la muestra, 18 pacientes de los cuales 9 mujeres y 9 hombres en los promedios edad de 65 a 94 años con residencia en estrato de 1 al 5 respondieron de manera adecuada con un tiempo de duración de 9 a 15 minutos.

Las encuestas se aplicaron del 15 al 16 de mayo del año 2020 en los horarios de 8 am a 11 am y de 2 pm a 5 pm y fueron realizadas por las cuatro integrantes del anteproyecto.

Se aplicó el instrumento a 18 participantes, posteriormente se recopiló la información la cual fue digitada y duplicada en Excel, al contrastar las bases de datos no se encontraron diferencias entre los dos informes. Se observó que para los participantes las preguntas eran comprensibles, donde la mayoría respondían con sí y no, por ende, el investigador repetía las múltiples opciones de respuesta para que el participante eligiera una. Luego de realizar las encuestas se estableció que es importante incorporar las variables sociodemográficas: nivel de escolaridad, lugar de residencia, estado civil, consanguinidad y pago total del tratamiento odontológico.

4.7 Implicaciones éticas

Este proyecto de investigación se acogió a lo establecido en la resolución 008430 de 1993; en donde fueron establecidos los criterios para efectuar investigaciones sobre seres humanos. De acuerdo con el artículo 11, esta investigación se clasificó como “una investigación de riesgo mínimo” debido a que no se requirió ninguna intervención biológica, fisiológica, psicológica o social.

También se acogió a los principios establecidos en la Declaración de Helsinki. Se garantizó la autonomía por medio del consentimiento informado (Apéndice D), en el cual se presentó, explico y se resolvió las dudas en el momento del proceso investigativo que permitió la comprensión de:

- La justificación y los objetivos de la investigación.
- Los procedimientos y el propósito de estos.
- La garantía de recibir respuesta y la aclaración de las dudas que se puedan presentar en cualquier momento del proceso.
- La libertad de desvincularse del estudio, sin que esto le genere perjuicio alguno.
- La divulgación de los resultados de la investigación.
- La protección a la privacidad y garantizar la confidencialidad de la información aportada.

El principio de justicia se garantizó porque se aplicó el instrumento sin discriminación y así se generaron las mismas oportunidades a todos los participantes.

En cuanto al principio de beneficencia, este se garantizó porque gracias a la realización de este estudio se mejoró la calidad de la atención a los pacientes.

No se sometió a ningún paciente a actividades o ejercicios que le generaran algún tipo de malestar físico o emocional, respetando así el principio de no maleficencia.

Se mantuvo la confidencialidad de cada una de las personas que hicieron parte como sujetos de investigación, asignando un código a cada paciente para su identificación y anonimato.

Adicionalmente, la investigación se sometió al Comité de Ética de la Universidad Santo Tomás previa protocolización de consentimientos informados.

4.8 Plan de análisis estadístico

4.8.1 Plan análisis univariado. Para el análisis univariado se calculó medidas de resumen según la naturaleza de las variables, para las cualitativas frecuencias absolutas y proporciones; para las cuantitativas medidas de tendencia central (media y mediana) y dispersión (desviación estándar y rango inter-cuartil).

4.8.2 Plan de análisis bivariado. Se relacionaron las variables sociodemográficas, con el puntaje obtenido en el cuestionario, para ello se aplicaron las siguientes pruebas: Correlación de Pearson/ Correlación de Spearman (puntaje y variable edad), t de Student/ U de Mann Whitney (puntaje del cuestionario y variable sexo), Anova/ ruskal Wallis (puntaje y variable estrato socioeconómico; puntaje del cuestionario y ocupación; puntaje del cuestionario y pago del tratamiento; puntaje del cuestionario y consanguinidad). Para todo el análisis se consideró un nivel de significancia de alfa (α)=0,05 (Apéndice E).

5. Resultados

En el estudio participaron 118 personas 80 mujeres (67,8%) y 38 hombres (32,2%) que asistieron a las clínicas del adulto mayor de la Universidad Santo Tomás durante el periodo académico del 2019, la mediana de la edad de las personas que integraron la muestra fue de 68,5 años, con una edad mínima y máxima de 65 y 90 años respectivamente. Entre las personas a las cuales se les aplicó el instrumento se encontró que el 48,3% se dedicaba a labores domésticas, además el 37,2% refiere ser parte activa de la fuerza laboral ya sea de manera dependiente o independiente y finalmente el 14,4% refiere una condición de desempleo.

Por otra parte, se evidenció que el 57,6% de los sujetos objeto de estudio no tenían relación de consanguinidad con los estudiantes que los estaban tratando, sin embargo, se reporta que el 53,3% de los estudiantes encargados de la atención de las personas que compusieron la muestra de esta investigación, asumieron la totalidad de los costos de la atención clínica (Tabla 1).

Tabla 1. *Características sociodemográficas de los participantes en el estudio.*

Variable	n(%)	IC95%
Edad	68,5* (66-79) **	65-90 [¶]
Sexo		
Femenino	80(67,80)	58,57-76,10
Masculino	38(32,20)	23,90-41,43
Estrato socioeconómico		
Estrato 1	26(22,03)	14, 93-30,59
Estrato 2	32(27,12)	19,35-36,08
Estrato 3	36(30,51)	22,37-39,66
Estrato 4	19(16,10)	9,98-24,00
Estrato 5	4(3,39)	0,93-8,45
Estrato 6	1(0,85)	0,02-4,63
Ocupación		
Labores del hogar	57(48,31)	39,01-57,69
Trabajador dependiente	12(10,17)	5,37-17,09
Trabajador independiente	32(27,12)	19,35-36,08
Desempleado	17(14,41)	8,62-22,06
Estado civil		
Soltero/a	16(13,56)	7,95-21,08
Viudo /a	18(15,25)	9,30-23,03
Separado/a	13(11,02)	6,00-18,10
Casado/a /Unión libre	71(60,17)	50,75-69,07
Nivel de escolaridad		
Sin escolaridad	6(5,08)	1,89-10,74
Primaria	50(42,37)	33,33-51,81
Secundaria	53(44,92)	35,75-54,34
Universitario	9(7,63)	3,55-13,99
Posgrado	0	-
Consanguinidad		
Si	50(42,37)	33,33-51,81
No	68(57,63)	48,19-66,67
Pago del tratamiento		
Estudiante	63(53,39)	43,98-62,63
Paciente	28(23,73)	16,38-31,52
Entre el paciente y el estudiante	27(22,88)	15,65-31,52

*Mediana **Rango intercuartílico [¶]Límite inferior y superior

En cuanto a los resultados obtenidos tras la aplicación del instrumento, 94 de los 118 participantes reportan que el estudiante siempre los mira a los ojos cuando les habla. Ante la pregunta ¿Le explican previamente los procedimientos? El 80,5% de los encuestados respondieron que siempre. El 73,7% de los encuestados, considera que el estudiante a cargo de su caso siempre da las indicaciones de autocuidado de manera oportuna. Ante la pregunta ¿Le manifiestan que están pendientes de usted? los 84 participantes de la muestra, respondió que el estudiante tratante siempre manifiesta ese interés. El 69,4% de la muestra reporta que el profesional en formación siempre se preocupa por su estado de ánimo. El 88,1% personas que constituyeron la muestra respondieron que siempre les hacen sentir bien atendidos en las clínicas del adulto mayor de la Universidad Santo Tomás. El 77,9% de la muestra manifiesta

que siempre el profesional en formación los escucha atentamente. Finalmente, el 94,9% de los participantes de la investigación refieren que siempre les respetan sus decisiones. (Tabla 2).

Tabla 2. Preguntas relacionadas con la percepción del trato humanizado.

Variables	n(%)	IC95%
Le miran a los ojos cuando le hablan.		
Nunca	4(3,39)	0,93-8,45
Algunas veces	5(4,24)	1,39-9,61
Casi siempre	15(12,71)	7,29-20,10
Siempre	94(79,66)	71,27-86,51
Le generan confianza cuando le atienden.		
Nunca	0	-
Algunas veces	0	-
Casi siempre	17(14,41)	8,62-22,06
Siempre	101(85,59)	76,94-91,38
Le explican previamente los procedimientos.		
Nunca	0	-
Algunas veces	7(5,93)	2,42-11,84
Casi siempre	16(13,56)	8,00-21,08
Siempre	95(80,51)	72,20-87,22
Le indican su nombre antes de realizarle los procedimientos.		
Nunca	0	-
Algunas veces	2(1,69)	0,21-6,00
Casi siempre	19(16,10)	10,00-24,00
Siempre	97(82,20)	74,09-84,63
Le dan indicaciones sobre su autocuidado –los cuidados que usted debe seguir- de manera oportuna.		
Nunca	2(1,69)	0,21-6,00
Algunas veces	6(5,08)	1,89-10,74
Casi siempre	23(19,49)	12,78-27,80
Siempre	87(73,73)	64,83-81,40
Le llaman por su nombre.		
Nunca	0	-
Algunas veces	3(2,54)	0,53-7,25
Casi siempre	11(9,32)	4,75-16,07
Siempre	104(88,14)	80,90-93,36
Le manifiestan que están pendientes de usted.		
Nunca	0	-
Algunas veces	5(4,24)	1,39-9,61
Casi siempre	29(24,58)	17,12-33,35
Siempre	84(71,19)	62,13-79,15
Identifican sus necesidades de tipo físico, psicológico y espiritual.		
Nunca	1(0,85)	0,02-4,63
Algunas veces	18(15,25)	9,30-23,03
Casi siempre	27(22,88)	15,65-31,52

Tabla 2. (Continuación)

Siempre	72(61,02)	51,61-51,86
Le preguntan y se preocupan por su estado de ánimo.		
Nunca	2(1,69)	0,21-6,00
Algunas veces	5(4,24)	1,39-9,61
Casi siempre	29(24,58)	17,19-33,35
Siempre	82(69,49)	60,34-77,63
Le ayudan a manejar su dolor.		
Nunca	7(5,93)	2,42-11,84
Algunas veces	9(7,63)	3,55-13,99
Casi siempre	29(24,58)	17,12-33,35
Siempre	73(61,86)	52,47-70,65
Le indican que cuando requiera algo usted les puede llamar.		
Nunca	0	-
Algunas veces	4(3,39)	0,93-8,45
Casi siempre	15(12,71)	7,29-20,10
Siempre	99(83,90)	76,00-90,02
Le hacen sentirse como una persona.		
Nunca	1(0,85)	0,02-4,63
Algunas veces	2(1,69)	0,21-6,00
Casi siempre	15(12,71)	7,29-20,10
Siempre	100(84,75)	76,97-90,70
Le tratan con amabilidad.		
Nunca	0	-
Algunas veces	0	-
Casi siempre	22(18,64)	12,07-26,86
Siempre	96(81,36)	73,14-87,93
Le muestran interés por brindarle comodidad durante su atención.		
Nunca	0	-
Algunas veces	0	-
Casi siempre	23(19,49)	12,78-27,80
Siempre	95(80,51)	72,20-87,22
Le dedican tiempo para aclararle sus inquietudes.		
Nunca	4(3,39)	0,93-8,45
Algunas veces	2(1,69)	0,21-6,00
Casi siempre	22(18,64)	12,07-26,86
Siempre	90(76,27)	67,56-83,62
Le hacen sentirse bien atendido cuando dialogan con usted.		
Nunca	0	-
Algunas veces	3(2,54)	0,53-7,25
Casi siempre	11(9,32)	4,75-16,07
Siempre	104(88,14)	80,90-93,36
El personal de odontología le hace sentirse tranquilo(a) cuando está con usted.		
Nunca	0	-

Tabla 2. (Continuación)

Algunas veces	5(4,24)	1,39-9,61
Casi siempre	19(16,10)	9,98-24,00
Siempre	94 (79,66)	71,27-86,51
Le facilitan el diálogo.		
Nunca	0	-
Algunas veces	2 (1,69)	0,21-6,00
Casi siempre	18(15,25)	9,30-23,03
Siempre	98(83,05)	75,04-83,33
Le responden con seguridad y claridad a sus preguntas.		
Nunca	0	-
Algunas veces	7(5,93)	2,42-11,84
Casi siempre	16(13,56)	7,95-21,08
Siempre	95(80,51)	72,20-82,22
Le dedican el tiempo requerido para su atención.		
Nunca	0	-
Algunas veces	4(3,39)	0,93-8,45
Casi siempre	18(15,25)	9,30-23,03
Siempre	96(81,36)	73,14-87,93
Le respetan su intimidad.		
Nunca	0	-
Algunas veces	0	-
Casi siempre	7(5,93)	2,42-11,84
Siempre	111(94,07)	88,16-97,58
Le demuestran respeto por sus creencias y valores.		
Nunca	0	-
Algunas veces	3(2,54)	0,53-7,25
Casi siempre	14(11,86)	6,64-19,10
Siempre	101(85,59)	77,94-91,38
Le proporcionan información suficiente y oportuna para que pueda tomar decisiones sobre su situación de salud.		
Nunca	0	-
Algunas veces	8(6,78)	2,97-12,92
Casi siempre	22(18,64)	12,07-26,86
Siempre	88(74,58)	65,74-82,14
Le permiten expresar sus sentimientos sobre la enfermedad y tratamiento.		
Nunca	0	-
Algunas veces	3(2,54)	0,53-7,25
Casi siempre	19(16,10)	9,98-24,0
Siempre	96(81,36)	73,14-87,93
Le escuchan atentamente.		
Nunca	0	-
Algunas veces	12(10,17)	5,37-17,09
Casi siempre	14(11,86)	6,64-19,10

Tabla 2. (Continuación)

Siempre	92(77,97)	69,41-85,07
Le brindan un cuidado cálido y delicado.		
Nunca	0	-
Algunas veces	0	-
Casi siempre	15(12,71)	7,29-20,10
Siempre	103(87,29)	79,90-92,71
Le demuestran que son responsables con su atención.		
Nunca	0	-
Algunas veces	1(0,85)	0,02-4,63
Casi siempre	15(12,71)	7,29-20,10
Siempre	102(86,44)	78,92-92,05
Le respetan sus decisiones.		
Nunca	0	-
Algunas veces	0	-
Casi siempre	6(5,08)	1,89-10,74
Siempre	112(94,92)	89,26-98,11

5.1 Análisis bivariado entre variables sociodemográficas y la puntuación

El puntaje mínimo que se podía obtener en el cuestionario eran 28 puntos para el caso de un participante que respondiera nunca en todas las respuestas y el puntaje máximo corresponde a 112 para el caso de un participante que respondiera siempre en todas las preguntas realizadas. La mediana del puntaje obtenido fue de 105,5 (RIC 103-108). Se encontró una significancia estadística con el puntaje obtenido en el instrumento frente a la edad y la ocupación de los participantes con valores de p de 0,002 y 0,004 respectivamente. Por otro lado, al correlacionar las variables nivel de escolaridad y puntaje total del instrumento, bajo el estadístico Kruskal wallis, se encontró significancia estadística (valor de p de 0,0048) (Tabla 3).

Tabla 3. Puntaje de la percepción humanizada y variables sociodemográficas.

Variable	Puntaje Mediana (RIC)	Valor p
Edad	105(104-106)	0,002*
Sexo		
Femenino	106(103-109)	0,06
Masculino	104(102-107)	
Estrato socioeconómico		
Estrato 1	104(100-107)	0,34
Estrato 2	105(103-107)	
Estrato 3	106(103-111)	
Estrato 4	104(101-108)	

Tabla 3. (Continuación)

Tabla 5. (Continuación)		
Estrato 5	104(97-109)	
Estrato 6	111(111-111)	
Ocupación		
Labores del hogar	106(104-110)	0,004*
Trabajador dependiente	105(99-109)	
Trabajador independiente	104(102-107)	
Desempleado	103(100-106)	
Estudiante	-	
Estado civil		
Soltero/a	106(102-109)	0,84
Viudo /a	106(103-108)	
Separado/a	105(103-111)	
Casado/a /Unión libre	105(102-108)	
Nivel de escolaridad		
Sin escolaridad	109(104-112)	0,0048*
Primaria	107(104-110)	
Secundaria	104(101-107)	
Universitario	105(102-108)	
Posgrado	-	
Consanguinidad		
Si	105(103-109)	0,59
No	105(102-108)	
Pago del tratamiento		
Estudiante	104(101-107)	0,06
Paciente	106(104-111)	
Entre el paciente y el estudiante	106(104-108)	

*Valores de p menores o iguales a 0,05 se consideran de significancia estadística.

6. Discusión

Por medio de este estudio se logró medir la percepción de los usuarios sobre el comportamiento humanizado, en la atención de los estudiantes en la clínica de adulto mayor de la facultad de odontología de la Universidad Santo Tomás, donde se encontró que la mediana del puntaje obtenido en el instrumento fue de 105,5 lo que significa que los pacientes tratados en las clínicas del adulto mayor de la Universidad Santo Tomas perciben la atención que reciben de los estudiantes como altamente humanizada.

Como lo plantea Correa en el 2016 una de las mayores preocupaciones que afrontan los profesionales, gestores y usuarios de los sistemas de salud, es la humanización de los servicios, tal y como se evidencia en las diferentes normativas y documentos. Es por esto que políticas nacionales e internacionales, incorporan la humanización del servicio como uno de los pilares de

la calidad en el Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS (3). Así mismo, para el Ministerio de Salud y Protección social es un objetivo de política pública la humanización de la atención, dinámica que se encuentra en construcción actualmente en Colombia (39).

Una investigación realizada por Gonzales y colaboradores en 2015 encontró que el 84,7% de los pacientes hospitalizados participantes en el estudio consideran que en la IPS Centro Policlínico del Olaya siempre se perciben comportamientos de cuidado humanizado de enfermería, lo que se corrobora en la presente investigación (21).

En 2012 Daza y Cols tras analizar los resultados de los dos tipos de encuestas, encontraron que existe relación desde la perspectiva de los usuarios de los servicios y el talento humano en salud, donde, según los autores un ambiente amable, atención eficiente y un trato digno, son atributos de calidad, lo cual es similar a los resultados encontrados en el presente estudio (40).

El estudio conducido por Ramos y colaboradores en 2016 encontró que el 67% de los pacientes encuestados perciben como una cualidad de su cuidado la humanización. Estos hallazgos son consistentes con varios estudios realizados en contextos sudamericanos que han informado resultados similares (41). Por ejemplo, los de Herrera y cols. (2016) donde determinó que la atención clínica del contexto evaluado presentaba una atención humanización del (59%) (42).

Por otro lado, en Cartagena Colombia el estudio de Romero y cols. (2016) determinaron que más del 55% de los pacientes atendidos en la locación de recolección de datos donde se desarrolló su investigación percibían como excelente la atención en términos de humanización, los resultados del presente trabajo dan cuenta de una percepción de trato humanizado muy superior comparado con estas cifras donde más del 90% de los encuestados perciben como humanizada la consulta que se realiza en la universidad (43).

Los datos recopilados en esta investigación avalan que el componente “humano” del cual debe estar dotado el talento humano en salud, está presente como parte del perfil del estudiante y del profesional en odontología tomasino y mediante la revisión a la literatura se encontró que dicho componente humano se presenta en otras áreas de la atención primaria como la enfermería, consulta externa y urgencias (44).

Diferentes estudios se han desarrollado con el fin de determinar el nivel de humanización y cuál es el componente clave en el desarrollo de la profesión, que el talento humano en salud ejerce. Mediante un estudio cuantitativo, Gutiérrez y cols (2017) en su investigación “*Relación de la inteligencia emocional y la calidad de vida profesional con la consecución de objetivos laborales en el distrito de atención primaria Costa del Sol*” conducida en España. Mostraron que todos los componentes de la inteligencia emocional se correlacionaron positivamente con la humanización de profesionales, con un gran tamaño de efecto en todos los casos. La formación del profesional Tomasino, basada en el desarrollo de estas inteligencias múltiples para el ser y el hacer, muestran que los estudiantes, futuros profesionales en el área de la odontología han desarrollado una inteligencia emocional que contribuye al realizar una atención clínica con un fuerte componente humano, como se evidencio en el desarrollo de este proyecto (45).

La humanización entendida desde la perspectiva de los participantes del estudio de Lafaurie y cols se entiende como un atributo de atención o como posición frente al ser humano que lo reconoce como un todo, se asocia a aspectos como enfrentar su fragmentación; Consiste en un ejercicio planificado orientado a integrar o rearticular lo disperso, a través de una mirada profesional holística o de un cuidado multiprofesional e intersectorial: "Considerar al ser humano desde un sentido global, viendo al paciente más allá de lo físico, espiritual, sentimental". Continuando con lo anterior, la humanización también se relacionó con conceptos como calidad de vida o bienestar, resultados que apoyan la presente investigación que demuestra desde los planteamientos de acreditación del trato humano en salud, mencionados por el ministerio de salud, donde se dice que para asegurar el logro de la calidad y humanización de la atención integral en salud, es necesario generar procesos para el desarrollo de capacidades orientados a la garantía del derecho a la salud, lo cual puede favorecerse con el cumplimiento de estándares superiores de calidad de la atención. El desarrollo de estas capacidades es inherente al sistema de gestión de calidad propio de cada organización y, por supuesto, a lo establecido a través del SGSSS (6) (44).

Dentro de otros hallazgos, este trabajo encontró que el 53,39% de los participantes afirma que es el estudiante el que cubre el costo total del tratamiento realizado. Este resultado es consistente con lo reportado por Cortés y colaboradores quienes, en un estudio realizado sobre percepción de los costos en el proceso de enseñanza, los estudiantes de odontología manifiestan que en el 66,5% de los casos son ellos mismos quienes cubren la totalidad del valor del tratamiento realizado (46).

Como limitaciones al proceso investigativo que se desarrolló, cabe anotar que el aplicar cuestionarios extensos vía telefónica en personas adultas mayores, hace que el equipo investigador deba repetir varias veces las preguntas y el encuestado agotado pudiera responder de forma poco objetiva. Lo anterior pudiera comportarse como un sesgo de información y por esto se sugiere tomar estos resultados con cautela.

Adicionalmente, la muestra está limitada a pacientes atendidos en las clínicas del adulto mayor de la Universidad Santo Tomás, por lo que deben considerarse sus características sociodemográficas al momento de querer extrapolar los hallazgos presentados a las personas que asisten a otras clínicas de la Universidad.

Una fortaleza del presente estudio es que permitió conocer un aspecto fundamental en la atención odontológica poco explorada en las clínicas del adulto mayor de la Universidad Santo Tomás.

Además, se pudo acceder a la base de datos que actualmente maneja la institución, lo que permitió identificar los potenciales participantes y contactarlos vía telefónica para aplicar las encuestas online durante el tiempo de la pandemia por Covid-19 en el que se tenía restricciones para el acceso directo con los pacientes.

7. Conclusiones

Tras la realización de este estudio la recopilación de la información y su posterior análisis se puede concluir que los pacientes atendidos en las clínicas del adulto mayor de la Universidad Santo Tomás perciben la atención como humanizada y de calidad.

Tres variables sociodemográficas afectan de manera significativa la percepción humanizada del ejercicio clínico prestado en las clínicas del adulto mayor de la Universidad Santo Tomás, como lo son la edad, donde a menor edad mejor calificación dan a la calidad de la atención en términos de humanización, así mismo la ocupación y el nivel de escolaridad donde las personas que reportan dedicarse a las labores del hogar y que reportan menor grado de escolaridad, perciben la consulta como más humanizada.

Más del 90% de los sujetos objeto de estudio, percibieron como humanizada la consulta que se lleva a cabo en las clínicas del adulto mayor de la Universidad Santo Tomás.

Los resultados del presente estudio permitieron identificar la importancia de una atención odontológica humanizada ya que en la medida en que el odontólogo comprenda más a sus pacientes, más positivos serán los resultados de los tratamientos. Por otra parte una buena relación interpersonal odontólogo-paciente es fundamental para que este grupo poblacional pueda asumir su responsabilidad en cuanto a los cuidados de su salud bucal.

8. Recomendaciones

Investigaciones encaminadas a hacer dos o más mediciones en tiempo, podrían ser herramientas útiles al capturar mejor la esencia de si la atención es humanizada desde la perspectiva del paciente.

La socialización de los derechos y deberes de los pacientes debería hacerse parte de la rutina por lo cual futuras investigaciones deberían centrarse en el diseño de folletos educativos para los pacientes sobre estos tópicos. Así las personas que buscan mejorar su salud oral en las Clínicas de la Universidad Santo Tomás conocerán mejor cuales deben ser sus compromisos con el tratamiento y exijan la calidad en los servicios de salud que están buscando no solo desde los términos de la atención humana.

Se recomienda para próximas investigaciones ahondar en lo que es humanización en la consulta odontológica, desarrollando y validando instrumentos que se forjen desde el contexto propio de la clínica.

Para comprender la percepción de los pacientes frente a la atención prestada en las clínicas odontológicas de la Universidad Santo Tomás, hacen falta estudios que aborden estas vivencias, bajo metodología cualitativa.

9. Referencias bibliográficas

- (1) Rueda L, Gubert IC, Duro EA, Cudeiro P, Sotomayor MA, Estupiñan EMB, et al. Humanization: A Conceptual and Attitudinal Problem. *Rev iberoamericana de bioética* 2018;8(8):1.
- (2) Allen-Duck A, Robinson JC, Stewart MW. Healthcare Quality: A Concept Analysis. *Nurs Forum*. 2017;52(4):377-386.
- (3) Correa ML. La humanización de la atención en los servicios de salud: un asunto de cuidado. *Rev Cuid*. 2016;7(1):1227-1231.
- (4) López C, Gómez AC. Validez y confiabilidad de un instrumento para medir percepción de atención humanizada en odontología. *Acta Odont Col*. 2019;9(1):71-83.
- (5) Clarke DM. Growing old and getting sick: Maintaining a positive spirit at the end of life. *Aus. J. Rural Health*. 2007;15(3):148-154.
- (6) Cardozo C, Rodríguez E, Lolas F, Quezada A. Ética, Bioética, ley: conceptos básicos. En: Cardoso C, Rodriguez E, Lolas F, Quezada A. *Ética y Odontología. Una Introducción*. 2nd ed. Chile: Universidad de Chile, centro disciplinario de estudios en Bioética; 2006.
- (7) Orozco M, Medina M, Montoya M. Humanización un desafío en instituciones públicas del departamento de Córdoba, Colombia. *Rev. Avances en salud*. 2019;3(1):15-24.
- (8) Agnihotri S, Cui L, Delasay M, Rajan B. The value of mHealth for managing chronic conditions. *Health care management science*. 2020;23(2):185-202.
- (9) Razak PA, Richard KMJ, Thankachan RP, Hafiz KA, Kumar KN, Sameer KM. Geriatric oral health: a review article. *Journal of international oral health*. 2014;6(6):110-116.
- (10) Gil-Montoya J, Ferreira AL, Barrios R, Gonzalez-Moles MA, Bravo M. Oral health in the elderly patient and its impact on general well-being: a nonsystematic review. *Clin Interv Aging*. 2015;10:461-467.
- (11) Andino CA. Bioética y humanización de los servicios asistenciales en salud . *Revista Colombiana de Bioética*. 2015;10(1):38-63.
- (12) Pérez MC, Herera I, Molero MDM, Oropesa NF, Ayuso D, Gázquez JJ. The Development and Validation of the Healthcare Professional Humanization Scale (HUMAS) for Nursing. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2019;16(20):3999.
- (13) Raja S, Shah R, Hamad J, Van M, Kupersmidt A, Kruthoff M. Patients' Perceptions of Dehumanization of Patients in Dental School Settings: Implications for Clinic Management and Curriculum Planning. *Journal of dental education*. 2015;79(10):1201-1207.
- (14) Parodi D, Medina A. Expectativas y percepciones de calidad de servicio en pacientes de atención dental en un municipio de Chile. *Rev. Méd. Risaralda*. 2018;24(2):115-118.
- (15) Rodríguez A, Serna M, Gaviria A, Correa L, Dávila C, Burgos G, et al. *Guía del usuario paso a paso sobre el acceso a los servicios de salud* . Colombia: Grupo de atención al ciudadano Ministerio de salud y protección social; 2016.
- (16) Resolución, 1438 de 2011. Por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones. Congreso de Colombia. 2019 del 2011(1-7).
- (17) Ley 100 de 1993, Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. 1993; 41.
- (18) Ley 1251 de 2008, Por la cual se dictan normas tendientes a procurar la protección, promoción y defensa de los derechos de los adultos mayores, Congreso de la República 2008.

- (19) Ley 1850 del 2017. Por medio de la cual se establecen medidas de protección al adulto mayor en Colombia, se modifican las Leyes 1251 de 2008, 1315 de 2009, 599 de 2000 y 1276 de 2009, se penaliza el maltrato intrafamiliar por abandono y se dictan otras disposiciones. 19 de Julio del;2017(1-6).
- (20) Decreto número 0491 de 1990 . Por el cual se reglamenta la ley 35 de 1989. 1990;1-6.
- (21) González OJ. Validez y confiabilidad del instrumento “Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería PCHE 3ª versión”. Aquichan. 2015;15(3):381-392.
- (22) Ramirez R, Agred RA, Jerez AM, Chapal LY. Calidad de vida y condiciones de salud en adultos mayores no institucionalizados en Cali, Colombia. Rev salud pública. 2008;10(4):529-536.
- (23) Alizadeh L, Salehi L. Older people's perspectives on health, physical activity and nutritional behaviors. Health promotion perspectives. 2016;5(4):288-295.
- (24) Issrani R, Ammanagi R, Keluskar V. Geriatric dentistry – meet the need. Gerodontology. 2012;29(2):1-5.
- (25) Gray BH, Gusmano MK, Collins SR. AHCPR and the changing politics of health services research. Health Aff (Milwood). 2003;22(1):283-307.
- (26) Causaubon ME. Manual de cuidados generales para el adulto mayor disfuncional o dependiente. México: SC; 2014.
- (27) Varela LF. Salud y calidad de vida en el adulto mayor. Rev Peru Med Exp Salud Publica 2016;33(2):199-201.
- (28) Hartgerink JM, Cramm JM, Bakker TJ, Mackenbach JP, Nieboer AP. The importance of older patients' experiences with care delivery for their quality of life after hospitalization. BMC health services research. 2015;15(1):1-7.
- (29) Boss GR, Seegmiller JE. Age-Related physiological changes and their clinical significance. West J Med. 1981;135(6):434-440.
- (30) Esbensen BA, Hvitved I, Andersen HE, Petersen CM. Growing older in the context of needing geriatric assessment: a qualitative study. Scand J Caring Sci. 2016;30(3):489-498.
- (31) Franceschi C, Garagnani P, Morsiani C, Conte M, Santoro A, Grignolio A, et al. The Continuum of Aging and Age-Related Diseases: Common Mechanisms but Different Rates. Frontiers in medicine 2018;5:61.
- (32) Svraka E, Pecar M, Jaganjac A, Hadziomerovic AM, Kaljic E, Kovacevic A. Physical therapy in elderly suffering from degenerative diseases. Mater Sociomed. 2017;29(4):272-275.
- (33) Mejía PN, Arbeláez D, Múnera MC. Una mirada al manejo odontológico del paciente geriátrico con demencia. Rev CES odont. 2017;30(1):51-67.
- (34) Clarke LH, Korotchenko A. Aging and the Body: A Review. Can J Aging. 2011;30(3):495-510.
- (35) Jani B, Rajkumar C. Ageing and vascular ageing. Postgraduate Medical Journal. 2006;82(968):357-362.
- (36) Herrera AB. Análisis de Situación de Salud (ASIS) Colombia. Bogotá: Minsalud; 2019.
- (37) Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. 6th ed. México: McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A.; 2014.
- (38) Moimaz SA, Chaves AM, Saliba CA, Corrente JE, Adas NA. Avaliação do usuário sobre o atendimento odontológico no Sistema Único de Saúde: uma abordagem à luz da humanização. Ciência & Saúde Coletiva. 2016;21(12):3879-3887.
- (39) Jaimes CA, España DA. Actores del Sistema General de Seguridad Social en salud. Expositio. 2011(8):57-66.

- (40) Daza EM, Rodríguez JA. Análisis de la humanización en el área de urgencia y hospitalización de la empresa social del estado centro 2 ESE.Rosas-Cauca. Manizales: Universidad Católica de Manizales; 2018.
- (41) Ramos N. Percepción de cuidados humanizados en el paciente quirúrgico del Hospital Universitario de Canarias y del Hospital Nuestra Señora de la Candelaria . Tenerife: Universidad de La Laguna; 2016.
- (42) Herrera IA, Bautista LA, López MJ, Ordoñez MI, Rojas JJ, Suarez H. Percepciones de las gestantes en torno al cuidado humanizado por enfermería. *Rev Cienc y Cuid.* 2016;13(2):58-72.
- (43) Romero E, Contreras IM, Moncada A. Relación entre cuidado humanizado por enfermería con la hospitalización de pacientes. *Hacia la Promoción de la Salud.* 2016;21(1):26-36.
- (44) Lafaurie M, Perdomo A, Tocora J, González M, Barbosa R, Castelblanco M, et al. La humanización en salud: reflexiones de docentes, estudiantes y personal administrativo de una facultad de odontología. *Rev Salud Bosque.* 2018;8(2):97-105.
- (45) Gutiérrez R. La humanización de en la atención primaria. *REV CLÍN MED FAM.* 2017;10(1):29-38.
- (46) Cortes AM, Galvis J, Bernal LE, Castellanos-Domínguez YZ. Costos de la práctica clínica en el proceso de enseñanza aprendizaje de un programa de odontología: la perspectiva de los estudiantes. *ustasalud* 2019;18:1-22.

Apéndices

Apéndice A. Cálculo de muestra.

ei

— □ ×

StatCalc - Sample Size and Power

Population survey or descriptive study
For simple random sampling, leave design effect and clusters equal to 1.

Population size:	188	Confidence Level	Cluster Size	Total Sample
Expected frequency:	80	80%	67	67
Acceptable Margin of Error:	5	90%	90	90
Design effect:	1,0	95%	107	107
Clusters:	1	97%	116	116
		99%	130	130
		99.9%	148	148
		99.99%	157	157

Apéndice B. operacionalización de variables.

Variable	Definición conceptual	Definición operativa	Naturaleza, escala / función	Valores que asume
Edad	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento	Tiempo vivido en años	Cuantitativa, razón / independiente	Cualquier valor
Sexo	Condición orgánica que permite la distinción entre un hombre y una mujer	Condición orgánica que permite diferenciar el sexo masculino del femenino	Cualitativa nominal / Independiente	1= femenino 2= masculino
Estrato socioeconómico	Sitio dentro de la escala social, donde individuos comparten similares creencias, valores, actitudes, estilos y actos de vida.	Categorización estratificada del lugar donde reside	Cualitativa nominal / Independiente	1=1 2=2 3=3 4=4 5=5 6=6
Ocupación	Actividad a la que el encuestado dedica su tiempo y esto le genera ingresos	Respuesta del encuestado a la pregunta: ¿Cuál es su ocupación?	Cualitativa de razón / Independiente	1= labores del hogar 2= trabajador dependiente 3= trabajador independiente 4= desempleado 5= Estudiante
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	Respuesta del encuestado a la pregunta: ¿Legalmente cómo se constituye su contrato civil con una pareja?	Cualitativa de razón / Independiente	1= soltero 2=viudo 3= separado 4= casado / unión libre
Escolaridad	Período de tiempo que una persona asiste a la escuela para estudiar y aprender, especialmente el tiempo que dura la enseñanza obligatoria.	Respuesta del encuestado a la pregunta: ¿Cuál es el máximo título obtenido en educación formal?	Cualitativa de razón / Independiente	1=sin escolaridad 2= primaria 3= secundaria 4=universitaria 5= posgrado

Consanguinidad	Parentesco natural de una persona con otra u otras que descienden de los mismos antepasados.	Respuesta a la pregunta: ¿Es familiar del estudiante que lleva seguimiento clínico a su caso?	Cualitativa de razón / Independiente	1=si 2=no
Pago tratamiento	Retribución monetaria al préstamo de servicios u obtención de bienes en calidad de beneficiario.	Respuesta a la pregunta: ¿Quién paga el total del tratamiento odontológico	Cualitativa de razón / Independiente	1= estudiante 2= paciente 3= entre el estudiante y el paciente
Residencia	Lugar en el que la persona vive en el momento del censo, y en el que además, ha estado y tiene la intención de permanecer por algún tiempo.	Respuesta del encuestado a la pregunta: ¿En qué zona vive con respecto a la distribución del POT departamental?	Cualitativa de razón / Independiente	1= Bucaramanga y su área metropolitana 2= otros municipios 3= exterior
Sinceridad	Cualidad de obrar y expresarse con verdad, sencillez y honestidad, sin fingimientos o segundas intenciones.	Respuesta del encuestado a la pregunta: ¿Le miran a los ojos cuando le hablan?	Cualitativa ordinal	1= Nunca 2= Algunas Veces 3= Casi Siempre 4= Siempre
Confianza	Esperanza firme que una persona tiene en que algo suceda, sea o funcione de una forma determinada, o en que otra persona actúe como ella desea.	Respuesta del encuestado a la pregunta: ¿Le generan confianza lo cuidan?	Cualitativa ordinal	1= Nunca 2= Algunas Veces 3= Casi Siempre 4= Siempre
Explicación previa	Conjunto de enunciados orales con los que se aclara al paciente los procedimientos a hacer antes de.	Respuesta del encuestado a la pregunta: ¿Le explican previamente los procedimientos?	Cualitativa ordinal	1= Nunca 2= Algunas Veces 3= Casi Siempre 4= Siempre

Presentación estudiante	Dar a conocer al paciente la identificación del estudiante a cargo.	Respuesta del encuestado a la pregunta: ¿Le indican su nombre y cargo antes de realizarle los procedimientos?	Cualitativa ordinal	1= Nunca 2= Algunas Veces 3= Casi Siempre 4= Siempre
Indicaciones	Brindar información y parámetros a una persona para el cuidado y mantenimiento de la salud.	Respuesta del encuestado a la pregunta: ¿Le dan indicaciones sobre su autocuidado y los cuidados que usted debe seguir- manera oportuna?	Cualitativa ordinal	1= Nunca 2= Algunas Veces 3= Casi Siempre 4= Siempre
Nombre	Palabras con las que se designan y se distinguen a una persona.	Respuesta del encuestado a la pregunta: ¿Le llaman por su nombre?	Cualitativa ordinal	1= Nunca 2=Algunas Veces 3= Casi Siempre 4= Siempre
Seguimiento	Observación y vigilancia pormenorizada y profunda que se lleva a cabo sobre un tema o sobre una persona	Respuesta del encuestado a la pregunta: ¿Le manifiestan que están pendientes de usted?	Cualitativa ordinal	1= Nunca 2=Algunas Veces 3= Casi Siempre 4= Siempre
Necesidades	Hecho o circunstancia en que alguien o algo es necesario.	Respuesta del encuestado a la pregunta: ¿Identifican sus necesidades de tipo físico, psicológico y espiritual?	Cualitativa ordinal	1= Nunca 2=Algunas Veces 3= Casi Siempre 4= Siempre
Estado de animo	El estado de ánimo es el humor o tono sentimental, agradable o desagradable, que acompaña a una idea o situación y se mantiene por algún tiempo.	Respuesta del encuestado a la pregunta: ¿Le preguntan y se preocupan por su estado de ánimo?	Cualitativa ordinal	1= Nunca 2= Algunas Veces 3= Casi Siempre 4= Siempre
Dolor físico	Una experiencia sensorial o emocional	Respuesta del encuestado a la pregunta:	Cualitativa ordinal	1= Nunca 2= Algunas Veces 3= Casi Siempre

	desagradable, asociada a daño tisular real o potencial, o bien descrita en términos de tal daño.	¿Le ayudan a manejar su dolor físico?		4= Siempre
Requerir	Es cuando se pide a una persona determinada algo que resulte ser una ayuda	Respuesta del encuestado a la pregunta: ¿Le indican que cuando requiera algo usted les puede llamar?	Cualitativa ordinal	1= Nunca 2= Algunas Veces 3= Casi Siempre 4= Siempre
Sentimiento	Estado de ánimo o disposición emocional hacia una cosa, un hecho o una persona.	Respuesta del encuestado a la pregunta: ¿Le hacen sentirse como una persona?	Cualitativa ordinal	1= Nunca 2= Algunas Veces 3= Casi Siempre 4= Siempre
Amabilidad	Cualidad de amable, tener un trato de atención personalizada hacia el otro, es una habilidad muy importante a través de la que una persona muestra su respeto hacia otra.	Respuesta del encuestado a la pregunta: ¿Le tratan con amabilidad?	Cualitativa ordinal	1= Nunca 2= Algunas Veces 3= Casi Siempre 4= Siempre
Interés	Afinidad o tendencia de una persona hacia otro sujeto, cosa o situación.	Respuesta del encuestado a la pregunta: ¿Le muestran interés por brindarle comodidad durante su atención?	Cualitativa ordinal	1= Nunca 2= Algunas Veces 3= Casi Siempre 4= Siempre
Aclarar	Explicar lo que se dice, una idea, una actitud, una situación u otra cosa para que alguien la comprenda o	Respuesta del encuestado a la pregunta: ¿Le dedican tiempo para aclararle sus inquietudes?	Cualitativa ordinal	1= Nunca 2= Algunas Veces 3= Casi Siempre 4= Siempre

	entienda bien o correctamente.				
Atención	Acto que muestra que se está atento al bienestar o seguridad de una persona o muestra respeto, cortesía o afecto hacia alguien.	Respuesta del encuestado a la pregunta: ¿Le hacen sentirse bien atendido cuando dialogan con usted?	Cualitativa ordinal	1= Nunca 2= Algunas Veces 3= Casi Siempre 4= Siempre	
Tranquilidad	Estado de calma, serenidad o paz, que experimenta una determinada persona o individuo	Respuesta del encuestado a la pregunta: ¿El personal de odontología le hace sentirse tranquilo(a) cuando está con usted?	Cualitativa ordinal	1= Nunca 2= Algunas Veces 3= Casi Siempre 4= Siempre	
Diálogo	Intercambio de información entre dos o más personas.	Respuesta del encuestado a la pregunta: ¿Le facilitan el diálogo?	Cualitativa ordinal	1= Nunca 2= Algunas Veces 3= Casi Siempre 4= Siempre	
Seguridad	Sensación de total confianza que se tiene en algo o alguien.	Respuesta del encuestado a la pregunta: ¿Le responden con seguridad y claridad a sus preguntas?	Cualitativa ordinal	1= Nunca 2= Algunas Veces 3= Casi Siempre 4= Siempre	
Tiempo	Período determinado durante el que se realiza una acción o se desarrolla un acontecimiento.	Respuesta del encuestado a la pregunta: ¿Le dedican el tiempo requerido para su atención?	Cualitativa ordinal	1= Nunca 2= Algunas Veces 3= Casi Siempre 4= Siempre	
Intimidad	Aspecto interior o profundo de una persona, que comprende sentimientos, vida familiar o relaciones de amistad con otras personas.	Respuesta del encuestado a la pregunta: ¿Le respetan su intimidad?	Cualitativa ordinal	1= Nunca 2= Algunas Veces 3= Casi Siempre 4= Siempre	
Respeto	Consideración, acompañada de cierta sumisión,	Respuesta del encuestado a la pregunta:	Cualitativa ordinal	1= Nunca 2= Algunas Veces	

	con que se trata a una persona o una cosa por alguna cualidad, situación o circunstancia que las determina y que lleva a acatar lo que dice o establece o a no causarle ofensa o perjuicio.	¿Le demuestran respeto por sus creencias y valores?		3= Casi Siempre 4= Siempre
Información	Conjunto de conocimientos que permiten ampliar o precisar hechos verificables sobre un tema específico.	Respuesta del encuestado a la pregunta: ¿Le proporcionan información suficiente y oportuna para que pueda tomar decisiones sobre su situación de salud?	Cualitativa ordinal	1= Nunca 2= Algunas Veces 3= Casi Siempre 4= Siempre
Expresar sentimientos	Expresar aquello que nos gusta, lo que nos da miedo, decir las cosas que nos generan alegría, las que percibimos con asco, expresar nuestro agradecimiento o mostrar muestras disculpas	Respuesta del encuestado a la pregunta: ¿Le permiten expresar sus sentimientos sobre la enfermedad y tratamiento?	Cualitativa ordinal	1= Nunca 2= Algunas Veces 3= Casi Siempre 4= Siempre
Escucha	Prestar atención a lo que uno oye.	Respuesta del encuestado a la pregunta: ¿Le escuchan atentamente?	Cualitativa ordinal	1= Nunca 2= Algunas Veces 3= Casi Siempre 4= Siempre
Cuidado	Conjunto de actividades para ayudar a otro ser vivo y aumentar su bienestar.	Respuesta del encuestado a la pregunta: ¿Le brindan un cuidado cálido y delicado?	Cualitativa ordinal	1= Nunca 2= Algunas Veces 3= Casi Siempre 4= Siempre
Responsabilidad	Capacidad de cumplir obligaciones o tomar	Respuesta del encuestado a la pregunta:	Cualitativa ordinal	1= Nunca 2= Algunas Veces 3= Casi Siempre

	decisiones de forma correcta.	¿Le demuestran que son responsables con su atención?		4= Siempre
Decisiones	Determinación para actuar ante una situación que presenta varias alternativas.	Respuesta del encuestado a la pregunta: ¿Le respetan sus decisiones?	Cualitativa ordinal	1= Nunca 2= Algunas Veces 3= Casi Siempre 4= Siempre

Apéndice C. Instrumento.

Sujeto N°: _____ Edad: ____ Sexo: M__ F__ Estrato: ____

Estado civil: _____

Nivel de escolaridad: _____

Lugar donde reside: _____

¿Es familiar del estudiante que lleva seguimiento clínico a su caso?: Si _____ No _____

Ocupación	Labores del hogar	Trabajador dependiente	Trabajador independiente	Desempleado	Estudiante

El siguiente cuestionario autodiligenciable "Percepción Del Cuidado Humanizado En Pacientes" permite identificar la percepción de los usuarios respecto al carácter humanizado del cuidado brindado por el odontólogo en formación en pacientes mayores de 65 años que asisten a las clínicas del adulto mayor de la Universidad Santo Tomás, revisando aspectos del cuidado que el paciente valoriza y dignifican su condición humana, deslumbrando con ello atributos a mejorar en cuanto a la calidad y eficacia de los servicios prestados en las instituciones y promover una nueva cultura del cuidar.

El instrumento consta de 28 ítems, clasificados en 3 categorías, para responder marque con una equis (x) la casilla que corresponde a su respuesta en una escala de 1 a 4 donde la numeración equivale a: nunca = 1, algunas veces = 2, casi siempre = 3, siempre = 4.

CATEGORIA: PRIORIZAR EL SUJETO DE CUIDADO (LA PERSONA)				
	Nunca (1)	Algunas veces (2)	Casi siempre (3)	Siempre (4)
¿Le miran a los ojos cuando le hablan?				
¿Le generan confianza cuando lo cuidan?				
¿Le explican previamente los procedimientos?				
¿Le indican su nombre y cargo antes de realizarle los procedimientos?				
¿Le dan indicaciones sobre su autocuidado que usted debe seguir de manera oportuna?				
¿Le llaman por su nombre?				
¿Le manifiestan que están pendientes de usted?				

¿Identifican sus necesidades de tipo físico, psicológico y espiritual?				
¿Le preguntan y se preocupan por su estado de ánimo?				
¿Le ayudan a manejar su dolor físico?				
¿Le indican que cuando requiera algo usted les puede llamar?				

CATEGORÍA: APERTURA A LA COMUNICACIÓN PARA PROPORCIONAR EDUCACIÓN EN SALUD A LA PERSONA.				
	Nunca (1)	Algun as veces (2)	Casi siempre (3)	Siempre (4)
¿Le hacen sentirse como una persona?				
¿Le tratan con amabilidad?				
¿Le muestran interés por brindarle comodidad durante su atención?				
¿Le dedican tiempo para aclararle sus inquietudes?				
¿Le hacen sentirse bien atendido cuando dialogan con usted?				
¿El personal de odontología le hace sentirse tranquilo(a) cuando está con usted?				
¿Le facilitan el diálogo?				
¿Le responden con seguridad y claridad a sus preguntas?				
¿Le dedican el tiempo requerido para su atención?				
¿Le respetan su intimidad?				

CATEGORÍA: CUALIDADES DEL HACER DE ODONTOLOGÍA				
	Nunca (1)	Algun as veces (2)	Casi siempre (3)	Siempre (4)
¿Le demuestran respeto por sus creencias y valores?				

¿Le proporcionan información suficiente y oportuna para que pueda tomar decisiones sobre su situación de salud?				
¿Le permiten expresar sus sentimientos sobre la enfermedad y tratamiento?				
¿Le escuchan atentamente?				
¿Le brindan un cuidado cálido y delicado?				
¿Le demuestran que son responsables con su atención?				
¿Le respetan sus decisiones?				

¿Quién realiza el pago total del tratamiento?	estudiante (1)	Paciente (2)	Entre el estudiante y el paciente (3)
---	----------------	--------------	---------------------------------------

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

Apéndice D. Consentimiento Informado.**Documento de consentimiento informado a los pacientes que asisten a las clínicas odontológicas del adulto mayor**

Nombre del estudio: Percepción Del Cuidado Humanizado En Pacientes.

Investigadores principales:

CAROLINA DELGADO MENESES

GERALDIN CETINA DIAZ

ESTEFANY TRESPALACIOS OLIVEROS

INÉS JULIANA VEGA BARBOSA

Ciudad: _____. Fecha: _____ de 2020.

Yo _____, persona mayor de edad, identificada con la cédula de ciudadanía _____ de _____.

El propósito de esta investigación es ayudarlo a tomar la decisión de participar o no en una investigación odontológica. Tome el tiempo que requiera para decidirse, lea cuidadosamente este documento y hágale las preguntas que desee al personal del estudio.

Objetivos de la investigación.

Los estudiantes de pregrado de la facultad de odontología de la Universidad Santo Tomás están trabajando en el proyecto de investigación “Percepción Del Cuidado Humanizado En Pacientes”, dicha investigación tiene como objetivo Determinar desde la percepción de los pacientes, que tan humana es la atención odontológica en las clínicas del adulto mayor en la Universidad Santo Tomás.

Procedimiento de la investigación.

Para llevar a cabo el objetivo planteado anteriormente, los investigadores aplicarán en el campus universitario de Floridablanca una encuesta a los pacientes que asistan a las clínicas odontológicas del adulto mayor.

Beneficios.

La Universidad encontrará falencias en la atención humanizada de pacientes adultos mayores trabajará en aras de brindarle a usted y a futuros pacientes una atención clínica humana, científica e integral.

Riesgos.

Esta investigación odontológica no tiene riesgos para usted.

Costos.

Usted no incurrirá en ningún gasto relacionado con la investigación, todo será costado por el equipo de trabajo.

Compensaciones.

Usted al ser parte de esta investigación no tendrá ninguna compensación.

Confidencialidad de la información.

La información obtenida por medio de la encuesta se mantendrá en forma confidencial. Es posible que los resultados que se obtengan puedan ser usados en revistas y/o conferencias odontológicas, pero teniendo en cuenta que su nombre no será conocido.

Voluntariedad.

Su participación es completamente voluntaria en esta investigación. Usted tiene el derecho de elegir firmar el consentimiento informado y de retirarse de esta investigación cuando lo desee.

Preguntas.

Si durante la investigación desea hacer preguntas sobre el tema, puede contactarse con cualquiera de los investigadores principales de este estudio.

Tras la participación en la encuesta me permito manifestar que tuve la oportunidad de realizar las preguntas que consideré pertinentes y que estas fueron respondidas satisfactoriamente.

Declaración de consentimiento.

- Se me ha explicado el propósito de esta investigación odontológica, los procedimientos, los riesgos, los beneficios y los derechos que me asisten y que me puedo retirar de ella en el momento que lo desee.
 - Firmo este documento voluntariamente, sin ser forzado a hacerlo.
 - No estoy renunciando a ningún derecho que me asista.
 - Se me comunicará de toda nueva información relacionada con el estudio que surja durante el estudio.
 - Se me ha informado que tengo el derecho a reevaluar mi participación en esta investigación odontológica según mi parecer y en cualquier momento que lo desee.
 - Yo autorizo a los investigadores principales a acceder y usar los datos contenidos en mi encuesta para los propósitos de esta investigación.
 - Conozco que se protegerán mis datos personales y no serán divulgados, según la ley estatutaria 1581 de 2012 reglamentada parcialmente por el decreto nacional 1377 de 2013.
- En la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales.**

Por lo anterior, doy libremente mi consentimiento para participar en la encuesta.

Nombre, firme e identificación del encuestado o participante.

Nombre completo, firma e identificación del investigador

Testigo 1 _____

Testigo 2 _____

Apéndice E. Análisis Estadístico.

<u>Variable dependiente</u>	<u>Variable independiente</u>	<u>Escala o nivel de medición</u>	<u>Prueba estadística</u>
Puntaje del cuestionario	Edad	Continua-Continua	Correlación de Pearson/ Correlación de Spearman
Puntaje del cuestionario	Sexo	Continua-Nominal	t de Student/ U de Mann Whitney
Puntaje del cuestionario	Estrato socioeconómico	Continua-Nominal	Anova/ Kruskal Wallis
Puntaje del cuestionario	Estado civil	Continua-Nominal	Continua-Nominal
Puntaje del cuestionario	Nivel de escolaridad	Continua-Nominal	Continua-Nominal
Puntaje del cuestionario	Lugar donde reside	Continua-Nominal	Continua-Nominal
Puntaje del cuestionario	Consanguinidad	Nominal- Politémica	Anova/ Kruskal Wallis
Puntaje del cuestionario	Pago tratamiento	Nominal- Politémica	Anova/ Kruskal Wallis

Apéndice F. Protocolo De Contacto Telefónico.