

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE ENFERMERÍA

CARRERA DE TERAPIA FÍSICA

DISERTACIÓN DE GRADO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN TERAPIA FÍSICA

CALIDAD DE LA ATENCIÓN OTORGADA POR LOS PACIENTES
GERIÁTRICOS AL ÁREA DE FISIOTERAPIA DE DOS CENTROS DE
CUIDADO AL ADULTO MAYOR EN EL PERIODO FEBRERO-
MARZO DEL 2020.

Elaborado por: Johan Patricio Mazón Paladines & Mauricio Alexander
Pillajo Quitiaquez

Quito, junio del 2020

RESUMEN

Objetivo: Determinar la percepción de los pacientes geriátricos en términos de calidad de la atención del área de fisioterapia en dos centros de cuidado al adulto mayor en el periodo febrero-marzo del 2020. **Materiales y método:** Estudio observacional-descriptivo. La muestra estuvo conformada por 30 usuarios, se les aplicó el cuestionario: SERVQUAL. **Resultados:** La percepción de calidad de la atención del área de fisioterapia del centro de cuidado 1 (público) fue de 5.1, así mismo del centro de cuidado 2 (privado) fue de 5,7, es decir, que los pacientes de los dos centros están en total acuerdo con la atención recibida, así mismo, al asociar el sexo de los usuarios con los dominios evaluados se determinó que no existió una asociación significativa entre esta variable. **Conclusiones:** Al finalizar este estudio se concluyó que los usuarios están en total acuerdo con la atención recibida por parte del área de fisioterapia de dos centros de cuidado al adulto mayor.

Palabras clave: Calidad de atención, SERVQUAL, Fisioterapia, Adulto Mayor

ABSTRACT

Objective: To determine the perception of geriatric patients in terms of quality of care in the physiotherapy area in two care centers for the elderly in the period February-March 2020.

Materials and method: Observational-descriptive study. The sample was made up of 30 users, the questionnaire was applied: SERVQUAL. **Results:** The perception of quality of care in the physiotherapy area of the 1 (public) care center was 5.1, while the 2 (private) care center was 5.7, that is, the patients in the two centers are in total agreement with the care received, Likewise, by associating the sex of users with the domains evaluated, it was determined that there was no significant association between this variable. **Conclusions:** At the end of this study, it was concluded that the users are in total agreement with the care received by the physiotherapy area of two care centers for the elderly.

Keywords: Quality of care, SERVQUAL, Physiotherapy, Elderly

DEDICATORIA

A mis padres por apoyarme en este sueño que estoy cumpliendo.

A mis hermanos por ser mi ejemplo y guía en el camino de la vida.

A mi abuelo Segundo que a pesar de no estar conmigo, es un ángel que me protegé y me bendice desde el cielo.

Alexander Pillajo

A mis padres por haberme forjado como la persona que soy en la actualidad; muchos de mis logros se los debo a ustedes entre los que se incluye este. Me formaron con reglas y con algunas libertades, pero al final de cuentas, me motivaron constantemente para alcanzar mis anhelos.

A mis hermanos por ser mi mano derecha, por brindarme su tiempo, su hombro para descansar y su desinteresada ayuda. Por los buenos momentos en los que convivimos.

A mis ángeles de la guarda que tienen trabajo extra al protegerme en la vida.

Johan Mazón P.

AGRADECIMIENTO

Agradezco sobre todo a Dios porque siempre ha sido un pilar importante en mi vida, me ha guiado en muchas etapas de mi vida y esta no ha sido la excepción, me ayudado a cumplir el sueño de ser un profesional y me ha enseñado que con esfuerzo, sacrificio y perseverancia los sueños se cumplen.

A mis padres, por esforzarse cada día para darnos todo y poder contar con lo necesario para mí y mis hermanos, son lo más valioso que tengo en mi vida, ellos me han enseñado que con esfuerzo y constancia se puede cumplir muchas metas, han estado siempre en mis triunfos y caídas y a pesar de eso nunca han dejado de creer en mí, nunca ha faltado unas palabras de amor para mí, por todo esto, estoy inmensamente agradecido los amo Rebeca y Héctor.

A mis hermanos, porque siempre han sido un ejemplo a seguir, hemos compartido muchos momentos en familia, me han dado muchos consejos que me ayudado para triunfar en la vida, comparto este logro con ellos y me siento muy agradecido porque, a pesar de la distancia con algunos de mis hermanos, hemos estado unidos en todos los momentos difíciles que hemos pasado.

A mi abuelito, un deseo que tenía es que estuviera con vida y poder compartir con él mis logros, estoy muy agradecido por todas las enseñanzas y consejos que me lo diste, aunque hace 9 años no estas con nosotros, me acompañas y me proteges desde el cielo, espero que estés muy orgulloso de tu nieto, siempre te llevare en mi corazón abuelito SEGUNDO.

A mis amigos, que han formado parte de mi vida universitaria, mis tres amigas que les considero como mis hermanas pequeñas, Josselyn, Pamela, Selena, a mi amigo, compita, mi llave Johan con el cual iniciamos un sueño y hoy lo estamos cumpliendo, todos ellos han formado parte de mi vida, hemos pasado momentos tristes y también alegres que siempre quedaran guardados en mi corazón, muy agradecido con todos mis colegas de profesión, los muy fisios.

A mis maestros, por ser un pilar fundamental en la culminación de mi etapa universitaria, por la gran ayuda que me han dado, estoy inmensamente agradecido por las enseñanzas y consejos que me compartieron, un millón gracias profes, se les agradece de corazón por todo el apoyo.

Alexander Pillajo

A mis padres Satán y Paty, por el amor, la dedicación y la paciencia con la que cada día se preocupaban por mi avance y desarrollo de mis anhelos, es simplemente único y esto se refleja en la vida de un hijo. Gracias padres por ser los principales promotores de mis sueños, gracias a ustedes por cada día confiar y creer en mí. Siempre me inculcaron que el amor a la familia es lo primero y que para ser feliz no se necesitan ceros y por esos consejos que me dieron es que yo subí peldaños, hoy les agradezco y les pido perdón por todo, por que nunca me negaron un abrazo cuando yo estaba en el lodo.

Esto se lo dedico a la única mujer en mi vida por lo tanto la dueña de ella, este logro es para ti Mamá, eres la reina de mi vida, eres mi primer amor, quisiera ser chiquito otra vez para dormir en tus brazos y sentir que nada en este mundo me podrá hacer daño, lo nuestro será mas fuerte que cualquier unión, mujer tan noble, pero a la vez tan dura como un roble demasiado amable y para cualquiera adorable mami.

A mi mejor amigo el más sincero, tú eres tan único Papá la vida te golpea fuerte pero nunca te cansas, tu me enseñaste que nada es imposible y que todo aquel que se me acerca no será mi amigo y que pocas serán las mujeres que me darán su abrigo, siento que te veo en las mañanas cuando me miro al espejo pensando en todo lo que te debo agradecer.

¡¡PADRES!! Les debo la vida y los llevo en lo mas profundo

A mis hermanos y a mi clan los cuales me enseñaron lo que en verdad significa la lealtad, que hace bastante tiempo ya están luchando por todo en lo que creen, que siempre seguiremos con el mismo Flow de esquina pasando por lo que muchos no se imaginan. Después de todo podemos decir que estamos PIOLA.

En esta y en la otra, siempre con ustedes!!

A mis amigos los cuales volvieron amena la vida universitaria entre risas, enojos y alcohol, a mis niñas Pame y Joss que con su carisma y dramas han logrado llegar a formar parte de mí, a mi brother Alex que siempre nos mantuvimos guerreándola siendo constantes y que siempre supimos mantenernos reales para cumplir esta meta, a mi ratona Lucero que con su drama, alegría y amor siempre se mantuvo a mi lado aun sabiendo lo difícil que es tener un amigo como yo, nuestra carne se hace vieja pero hay niños bajo nuestra piel y así pensar que esta amiga es la mujer de mi vida.

A mis maestros les agradezco inmensamente por compartir sus conocimientos, experiencias y consejos los cuales han sido esenciales para forjarme profesionalmente.

Johan Mazón P.

ÍNDICE DE CONTENIDO

RESUMEN.....	II
ABSTRACT.....	III
DEDICATORIA.....	IV
AGRADECIMIENTO.....	V
ÍNDICE DE CONTENIDO.....	VII
LISTA DE TABLAS.....	X
LISTA DE GRÁFICOS.....	XI
LISTA DE ANEXOS.....	XII
INTRODUCCION.....	1
Capítulo I: ASPECTOS BASICOS DE LA INVESTIGACION.....	2
1.1. Planteamiento del Problema.....	2
1.2 Justificación.....	3
1.3. Objetivos.....	4
1.3.1. Objetivo General.....	4
1.3.2. Objetivos Específicos.....	4
1.4. Metodología.....	4
1.4.1. Tipo de Estudio.....	4
1.4.2. Población y Muestra.....	5
1.4.3. Criterios de Inclusión.....	5
1.4.4. Criterios de Exclusión.....	5
1.4.5. Fuente, Técnicas e Instrumentos.....	5
1.4.5.1. Fuentes.....	5
1.4.5.1.1. Primarias.....	5
1.4.5.1.2. Secundarias.....	5
1.4.5.2. Técnicas e Instrumentos.....	5
1.4.6. Plan de Análisis de la Información.....	6
Capítulo II: MARCO TEÓRICO.....	6
2.1. Salud.....	6
2.2. Calidad.....	6
2.2.1. Definición de Calidad.....	6
2.2.2. Calidad en el Servicio.....	6
2.2.3. Calidad de Atención en Salud.....	7

2.2.4.	Características de la Calidad del Servicio	7
2.2.5.	La Calidad como Indicador de Excelencia de los Servicios	7
2.2.6.	Estándares de Calidad	8
2.2.6.1.	Familia, comunidad y redes sociales.....	8
2.2.6.2.	Procesos socio-educativos.....	9
2.2.6.3.	Salud, alimentación y nutrición.....	10
2.2.6.4.	Talento humano	12
2.2.6.5.	Ambientes seguros y protectores	15
2.2.6.6.	Administración y gestión.....	17
2.2.7.	Método de Evaluación de la Calidad.....	18
2.3	Percepción y Expectativas.....	18
2.3.1	Percepción	18
2.3.2	Expectativas	19
2.3.3	Expectativa vs percepción.....	19
2.4.	Satisfacción	19
2.4.1.	Definición de Satisfacción.....	19
2.4.2.	Elementos de la Satisfacción	20
2.5.	Persona Adulto Mayor.....	21
2.5.1.	Definición de Persona Adulto Mayor	21
2.5.2.	Situación de la Población Adulto Mayor	21
2.5.2.1.	Demografía	21
2.5.2.2.	Perfil Epidemiológico.....	22
2.5.2.3.	Condiciones Sociales del Adulto Mayor	23
2.5.2.4.	Envejecimiento, Funcionalidad y Autonomía	25
2.5.3.	Grandes Síndromes Geriátricos	25
2.5.4.	Norma Técnica de Población Adulta Mayor.....	26
2.5.4.1.	Política Pública para la Población Adulta Mayor	26
2.5.5.	Modalidades de Atención en Centros del Adulto Mayor	26
2.5.5.1.	Centro Gerontológico Residencial	27
2.5.5.2.	Centros Gerontológicos de Atención Diurna.....	27
2.5.5.3.	Tipos de Prestadores de Servicio.....	28
2.6.	Cuidador	28
2.6.1.	Definición de Cuidador	28
2.6.2.	Tipos de Cuidadores.....	28
2.6.2.1.	Cuidador Formal Profesional.....	28
2.6.2.2.	Cuidador Formal No Profesional	29

2.6.2.3.	Cuidador Informal.....	29
2.6.2.4.	Cuidador Principal Primario.....	29
2.7.	Fisioterapia Geriátrica.....	30
2.7.1.	Función del Fisioterapeuta	31
2.8.	Instrumento.....	32
2.8.1.	Escala SERVQUAL	32
2.8.1.1.	Dimensiones de SERVQUAL.....	32
2.9.	Hipótesis.....	33
2.10.	Operacionalización de Variables	34
Capítulo III: ANÁLISIS DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN		35
3.1.	Caracterización Demográfica de la Muestra	35
3.2.	Comparación de la Calidad de Atención del Área de Fisioterapia de Ambos Centros	36
3.3.	Correlación de la Variable Demográfica (Sexo)	41
3.4.	Discusión.....	46
CONCLUSIONES.....		49
RECOMENDACIONES		50
REFERENCIAS		51
ANEXOS.....		56

LISTA DE TABLAS

Tabla 1: Operacionalización de Variables	34
Tabla 2: Promedio de Edad de la Muestra según el Sexo y el Centro de Cuidado	35
Tabla 3: Promedio de la Calidad de la Atención Global y por Dominios en Relación a cada Centro de Cuidado	36
Tabla 4: Resultados t Student en Relación al Promedio de Calidad Global y por Dominios	36
Tabla 5: Calidad de la Atención por Dimensiones en cada Centro de Cuidado	37
Tabla 6: Asociación Estadística entre Género y Dimensiones	41

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Promedio de Edad ente Sexo Masculino y Femenino	35
Gráfico 2: Calidad de Atención entre los Centros de Cuidado en Relación a Bienes Tangibles.....	38
Gráfico 3: Calidad de Atención entre los Centros de Cuidado en Relación a la Confiabilidad	38
Gráfico 4: Calidad de Atención entre los Centros de Cuidado en Relación a la Responsabilidad.....	39
Gráfico 5: Calidad de Atención entre los Centros de Cuidado en Relación a la Seguridad.....	40
Gráfico 6: Calidad de Atención entre los Centros de Cuidado en Relación a la Empatía.....	40
Gráfico 7: Asociación entre Género y Bienes Tangibles.....	42
Gráfico 8: Asociación entre Género y Confiabilidad	42
Gráfico 9: Asociación entre Género y Responsabilidad	43
Gráfico 10: Asociación entre Género y Seguridad	44
Gráfico 11: Asociación entre Género y Empatía	45

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1: Cuestionario SERVQUAL.....	56
Anexo 2: Consentimiento Informado	58

INTRODUCCION

El tema de esta investigación fue la calidad de la atención otorgada por los pacientes geriátricos al área de fisioterapia de dos centros de cuidado al adulto mayor en el periodo febrero-marzo del 2020, se realizó para conocer si la población adulta mayor está en total acuerdo o desacuerdo en relación a la calidad de la atención de fisioterapia de los dos centros de cuidado al adulto mayor; ya que cuando la movilidad y función de una persona se ven afectados por el envejecimiento, el fisioterapeuta es el profesional preparado para brindar una intervención integral del paciente.

El estudio fue observacional-descriptivo con una muestra conformada por 30 usuarios, se aplicó el cuestionario: SERVQUAL, las limitaciones que hubo fueron que algunos participantes presentaron dificultad para responder ciertas preguntas debido a la falta de comprensión de las mismas, lo que podría interferir en la calificación otorgada así mismo los factores emocionales y físicos que atraviesa la persona al momento de realizar el cuestionario.

El presente trabajo se ha desarrollado en 3 capítulos los cuales postulan ser de importancia para la gestión de calidad a través del análisis del servicio brindado a los pacientes.

En el capítulo 1 se aprecia el problema que contiene el estudio y a su vez como este se justifica y también se presentan los objetivos a desarrollar. En el capítulo 2 se describe todo el marco teórico en el cual se aborda los conceptos de todas las variables que componen una correcta gestión de calidad, por último se aprecia en el capítulo 3 el marco metodológico en el cual se detalla la investigación estableciendo el método científico para el estudio con la utilización de la encuesta SERVQUAL, la que será aplicada a los pacientes de los centros de cuidado, lo que permitirá la recolección de los datos para evaluar las variables propuestas y posteriormente a su análisis, y finalmente se detalla las conclusiones como también las recomendaciones.

Capítulo I: ASPECTOS BASICOS DE LA INVESTIGACION

1.1. Planteamiento del Problema

La calidad está determinada por las percepciones y expectativas de los usuarios de un servicio o producto, en un momento dado y en una determinada sociedad. La percepción de calidad no es solo en los procesos, sino también en los servicios. La población requiere en este sentido, las nuevas orientaciones axiológicas, sustentadas en el derecho de la persona mayor en recibir servicios adecuados a sus necesidades, están presentes en las normas y la legislación referida a la evaluación de la calidad (Gascón & Redondo, 2014).

Algunas de las causas o factores que intervienen en la calidad de la atención a los pacientes geriátricos son: el tiempo de espera relativamente grande por parte del servicio del centro, percepción de la calidad científica - técnica y algunos aspectos de infraestructura del centro (Parra et al., 2012).

A nivel mundial se están creando iniciativas en beneficio del adulto mayor, que fomentan en estándares de calidad en estos centros, ya que el cumplimiento de determinadas normas o estándares y la obtención de certificados de calidad permiten a las organizaciones dar confianza a los mercados o acceder a determinados sectores de actividad (Leyba & Paniagua, 2018).

La población ha comenzado a tomar conciencia de las dificultades que hay en el envejecimiento y la obligación de dar respuesta a las consecuencias provocadas de ello. Asegurar el servicio de calidad en este modelo de institución es un nuevo reto (Leyba & Paniagua, 2018).

En un estudio realizado en República Dominicana en el año 2018 sobre la evaluación de la calidad de los servicios al adulto mayor en un centro de ese país, dicho estudio se elaboró con el soporte de técnicas y herramientas de investigación, partiendo de un marco teórico que relaciona el problema estudiado, el envejecimiento, el marco regulatorio, las instituciones de atención al adulto mayor y la calidad de los servicios prestados; Se utilizó de la misma manera el modelo Servqual que mide y relaciona la percepción del cliente y las expectativas relacionadas de la calidad del servicio, el resultado final fue un total de 4,60/5 que equivale a 92% del rango de total acuerdo con la atención recibida esto significa que la calidad de atención que brinda este centro es alta. (Leyba & Paniagua, 2018).

En base a esto, surge el interés de conocer si la población adulta mayor está en total acuerdo o desacuerdo en relación a la calidad de la atención del área de fisioterapia de dos centros de cuidado al adulto mayor, ya que esta población en los últimos años ha venido en crecimiento, a nivel mundial la pirámide poblacional se ha invertido, debido a los cambios alimenticios, a los avances científicos, etc. (World Health Organization, 2001), sumando a esto los cambios degenerativos fisiológicos en el adulto, comprometen cada vez su capacidad funcional, añadiendo la aparición de enfermedades crónicas como la diabetes, hipertensión arterial, artrosis y osteoporosis, etc. (Aguado, 2014); por consiguiente, la fisioterapia aparece como una opción para proporcionar bienestar y mejorar la calidad de vida del adulto mayor, debido al impacto de la intervención fisioterapéutica es necesario conocer si este servicio está cumpliendo o no con las expectativas que las personas tienen mediante la percepción que un usuario tiene frente a la atención que recibe en una institución y así obtener indicadores que permitan su mejoramiento.

1.2 Justificación

El tema desarrollado fue escogido por su viabilidad y también por la posibilidad de contar con los recursos necesarios para dar inicio a esta investigación, este estudio se enfoca en establecer si el adulto mayor está en total acuerdo o desacuerdo con la calidad de la atención del área de fisioterapia de dos centros de cuidado al adulto mayor, ya que cuando la movilidad y función de una persona se ven afectados por el envejecimiento, el fisioterapeuta es el profesional preparado para otorgar una atención integral del paciente enfocado a la persona como un todo.

A medida que la fisioterapia avanza en diversos campos de conocimiento, las intervenciones se transforman en una estrategia fundamental para neutralizar y contrarrestar las diversas problemáticas con relación al envejecimiento, a su vez la sociedad ha tomado conciencia sobre la persona adulta mayor que en estos tiempos se ha visto en abandono, este grupo de la sociedad en el país es vulnerable y está expuesto a muchos riesgos y dificultades, algunos de esos, es el no contar con algún familiar o grupo familiar quien proteja y brinde una residencia de manera permanente, que presente alguna discapacidad física o mental, además de no contar con los recursos necesarios para solventar sus necesidades que en esta etapa de la vida son muy escasos, con algunas de estas adversidades el adulto mayor se ha visto en la necesidad de asistir a centros gerontológicos de atención diurna y en ocasiones a centros gerontológicos residenciales, estos centros brindan algunos servicios de salud, en este caso nos enfocamos en el área de rehabilitación física. En esta investigación los beneficiarios son los pacientes adultos mayores y los fisioterapeutas ya que, de acuerdo a los resultados obtenidos, los centros

de cuidado al adulto mayor y sus trabajadores tendrán pautas que les ayudará a identificar las deficiencias que presentan el área de fisioterapia, a su vez establecer procesos de mejoramiento de acuerdo a las necesidades que requiere el adulto mayor.

Los conceptos encontrados y desarrollados en este estudio al igual que los nuevos conocimientos del mismo tendrán como propósito servir como fuente de información para los futuros estudios e investigaciones que se realicen relacionados a la calidad percibida en los servicios de salud de los centros geriátricos.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo General

Determinar la percepción de los pacientes geriátricos en términos de calidad de la atención del área de fisioterapia en dos centros de cuidado al adulto mayor en el periodo febrero-marzo del 2020.

1.3.2. Objetivos Específicos

- Categorizar a la población con la media de edad de los dos centros de cuidado al adulto mayor.
- Establecer la percepción de calidad de la atención por dominios y global mediante la escala SERVQUAL.
- Comparar entre los dos centros la percepción de calidad de la atención mediante la escala aplicada a los pacientes geriátricos.
- Asociar el género con cada uno de los dominios de la escala SERVQUAL aplicada.

1.4. Metodología

1.4.1. Tipo de Estudio

Estudio observacional ya que es un tipo de estudio concreto que se define por tener un carácter estadístico-demográfico, descriptivo ya que es un tipo de metodología aplicada que se enfoca en explicar o describir un tema aplicado a su estudio y de corte transversal ya que se realiza en un determinado periodo de tiempo y a su vez de enfoque cualitativo ya que se obtiene la calidad asistencial brindada por el servicio de salud de dos centros especializados en el cuidado al adulto mayor, mediante la aplicación de una encuesta de tipo transversal para poder determinar el nivel de calidad en la atención .

1.4.2. Población y Muestra

La población del presente estudio está conformada por 107 pacientes geriátricos de centros del adulto mayor, de los cuales se seleccionó un total de 30 pacientes para la muestra, los pacientes geriátricos que se utilizaron para la muestra fueron los que cumplieron con los criterios de inclusión del estudio.

1.4.3. Criterios de Inclusión

- Pacientes geriátricos que se encuentran en los centros del adulto mayor.
- Pacientes geriátricos que no presente alguna enfermedad significativa la cual le impida realizar la encuesta.
- Pacientes geriátricos que se encuentre en un rango de edad de 75 a 85 años.
- Pacientes geriátricos que acepten participar en el estudio y que firmen el consentimiento informado.

1.4.4. Criterios de Exclusión

- Pacientes geriátricos con antecedentes psiquiátricos.
- Pacientes geriátricos con problemas de lenguaje.
- Pacientes geriátricos que sean totalmente dependiente de su cuidador.

1.4.5. Fuente, Técnicas e Instrumentos

1.4.5.1. Fuentes

1.4.5.1.1. Primarias

La información se obtuvo aplicando una encuesta a los usuarios que participaron en la investigación.

1.4.5.1.2. Secundarias

La información se obtendrá por medio de libros, artículos científicos, revistas indexadas, sitios web.

1.4.5.2. Técnicas e Instrumentos

1.4.5.2.1. Técnicas

Mediante la aplicación del cuestionario.

1.4.5.2.2. Instrumento

Cuestionario SERVQUAL

1.4.6. Plan de Análisis de la Información

Para la recolección de los datos y la información se empleará el modelo SERVQUAL que se lo utiliza en las percepciones de los usuarios sobre el desempeño realizado por el servicio, en nuestro caso el de los cuidadores de los centros, y en base a los resultados de las encuestas se interpretará los mismos utilizando la plataforma estadística SPSS.

Capítulo II: MARCO TEÓRICO

2.1. Salud

Una definición acertada de lo que corresponde a salud según la OMS, 2020 “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedades o lesiones”.

2.2. Calidad

2.2.1. Definición de Calidad

La definición de calidad se expresa en tres conceptos que son importantes: el primero, hace referencia a que la calidad es conjunto de funciones, características o comportamientos de un servicio, el segundo se considera un bien o un servicio con calidad cuando logra cumplir con las expectativas del usuario, el cual es satisfacer las necesidades del usuario; y en este sentido, quienes no lo logran, no se consideran de calidad y el tercero es que la calidad es un concepto subjetivo, ya que lo que para una individuo es de excelente calidad, para otra inclusive puede ser considerado como de pésima calidad (Rodríguez, 2016).

2.2.2. Calidad en el Servicio

Definido el termino calidad se procede a revisar las diferentes definiciones de la calidad del servicio.

Según lo nombrado por Moreno, Peris & González (2010), la calidad es la respuesta definitiva a las expectativas de los consumidores o usuarios que dependerá en gran medida a la percepción de los clientes acerca del producto o servicio en referencia.

Alonso & Povedo (2010), mencionan que la calidad es una metodología sistemática, coherente y participativa, cuyo propósito es perfeccionar los procesos para mejorar las aptitudes y atributos de los productos o servicios, para maximizar la satisfacción de las necesidades y expectativas de los consumidores y usuarios.

2.2.3. Calidad de Atención en Salud

En el transcurrir de los años el significado de calidad enfocado a los servicios de salud ha estado relacionado en varios aspectos como la calidad técnica o intrínseca además de otorgar actos de calidad y que por consiguiente esto sea percibido por el paciente; las prestaciones de servicios relacionados en salud se realizan en cuatro aspectos que son: equidad, efectividad, eficacia y eficiencia (Barrios, 2014).

El termino calidad no es sinónimo de algún lujo o variedad, por el contrario, debe ser igual en todos los niveles de la atención, en segundo lugar, es todo un proceso que necesita que haya un mejoramiento constante y en tercer lugar no necesariamente depende de un conjunto de individuos, sino que relaciona a toda la organización (Barrios, 2014).

Según Barrios (2014), la calidad significa dar una respuesta efectiva a los problemas o situaciones sanitarias que inciden sobre una población y sus individuos e implica la satisfacción de los pacientes, la familia y la comunidad para con estos servicios.

Otra forma de calidad en los servicios de salud es dar ejecución a las normas técnicas que incorporan infraestructura, equipos, materiales, medicamentos, talento humano con conocimientos y destrezas para brindar el servicio; incluido, de las necesidades requeridas del cliente que implica la entrega amable y respetuosa (Rodríguez, 2016).

2.2.4. Características de la Calidad del Servicio

Las características de la calidad de servicio se refieren a la fiabilidad, pronta capacidad de respuesta, cortesía, amabilidad, credibilidad, seguridad, comunicación, comprensión para con las necesidades del paciente (Heizer & Render, 2007).

2.2.5. La Calidad como Indicador de Excelencia de los Servicios

Indispensablemente hay que comprender la importancia de satisfacer las necesidades y expectativas de las personas es necesario especificar que cada persona o grupos de personas miran la calidad de los servicios del cuidado de salud de distante forma (Siegrist & Richard, 2012).

Según Guerra, Roque & Meizoso (2015), las mediciones e indicadores permiten al usuario poseer la información para poder elegir y aumentar el grado de satisfacción. Este desempeño en calidad se afirma en:

- **Medición de resultados:** Al realizar la medición de resultados se puede tener una mejor visión para mejorar los procedimientos, revisando algunos indicadores claves sean esta mortalidad, morbilidad, natalidad, entre otros. Es erróneo el señalar algún indicador si a este no se lo revisa constantemente para proceder y actuar.
- **Mediciones de procesos:** Esto se relaciona a la culminación de los protocolos.
- **Mediciones de satisfacción de los pacientes y sus familias:** Al realizar la medición mediante estos indicadores de cuán satisfechos están los usuarios con los procedimientos del personal, el trato y el resultado final de los procedimientos.

2.2.6. Estándares de Calidad

Los estándares de calidad están definidos en función de los ámbitos establecidos para la población adulta mayor:

- Familia, comunidad y redes sociales.
- Procesos socio – educativos.
- Salud preventiva, alimentación y nutrición.
- Talento humano.
- Ambientes seguros y protectores.
- Administración y gestión

2.2.6.1. Familia, comunidad y redes sociales

Estándar: Integración familiar y comunitaria

Son actividades que promueven el afecto, los cuidados especializados, la intervención proactiva de la familia, la cooperación en programas sociales, en actividades de mantenimiento de las unidades de atención, como mecanismos que aseguran la participación familiar y comunitaria y así reducir el abandono de las personas adultas mayores (Ministerio de Inclusión Económica y Social, 2014).

Estándar: Espacios formativos para la comunidad

Dentro de las temáticas para el proceso de formación están las siguientes:

- Intervención y promoción del envejecimiento positivo y ciudadanía activa
- Intervención del adulto mayor
- Derechos y deberes del adulto mayor
- Fortalecimiento de vínculos afectivos
- Protocolos de cuidado para adultos mayores
- Prevención y detección del deterioro cognitivo y físico
- Alimentación e hidratación

Los talleres con familias y/o comunidad deben realizarse por lo menos una vez al mes, se empleará instrumentos de registro, seguimiento y evaluación.

Estándar: Recuperación de conocimientos y saberes

Para alcanzar, se realizará actividades que otorguen a los adultos mayores hablar de sus experiencias e historias de vida, respetando su vestimenta, alimentación, maneras de comunicación, impulsando su creatividad, mediante la escritura de sus memorias, narraciones, poesía, música, etc. Los espacios deben fomentar el respeto a sus creencias, acorde a sus gustos e intereses (Ministerio de Inclusión Económica y Social, 2014).

Estándar: Pacto de convivencia y acuerdos sobre el cuidado

Son los compromisos y derechos que se pactan con los familiares de los usuarios, personal a cargo y comunidad asociada a los centros de atención gerontológicos. Los acuerdos se realizan en base a principios de inclusión, equidad y respeto. Deben ser acordados y firmados; cada año se debe elaborar un acto para evaluar y restaurar los compromisos (Ministerio de Inclusión Económica y Social, 2014).

2.2.6.2. Procesos socio-educativos

Es el conjunto de hechos, interacciones y cambios que se realizan en el desarrollo de enseñanza – aprendizaje, en el diario vivir y/o espacios creados para ello (Ministerio de Inclusión Económica y Social, 2014).

Estándar: Proyecto socio-educativo

Tendrán lineamientos y orientaciones que responden al objetivo de fomentar el envejecimiento positivo y activo del adulto mayor, se elabora un plan pedagógico con indicadores que faculten medir los logros y aprendizajes de los adultos mayores y sus familias. Se elaborarán registros mensuales de las actividades realizadas (Ministerio de Inclusión Económica y Social, 2014).

Estándar: Promoción y práctica del auto-cuidado

Los centros de atención gerontológicos elaboraran acciones con los adultos mayores fomentando prácticas de cuidado, autocuidado y cuidado a cuidadores, a su hogar y la comunidad (Ministerio de Inclusión Económica y Social, 2014).

Estándar: Orientaciones para la prevención del deterioro cognitivo y físico

Los centros de atención gerontológicos necesariamente incluyen acciones diarias actividades que evitan el desgaste físico y cognitivo y promuevan la autonomía de las personas adultas mayores, para lo cual se crea programas e instrumentos (Ministerio de Inclusión Económica y Social, 2014).

Estándar: Alfabetización para adultos mayores

Los centros de atención gerontológicos organizan con las Direcciones Distritales de Educación y el coordinador de MIES, para la elaboración de clases de alfabetización para adultos. A todos los adultos mayores se le aplicara una evaluación por consiguiente se vincularán a los programas de alfabetización (Ministerio de Inclusión Económica y Social, 2014).

Estándar: Monitoreo y seguimiento del proceso socio-educativo

Los centros de atención gerontológicos tienen instrumentos de registro, seguimiento y medición tanto del aspecto físico, mental y emocional del adulto mayor. Para ello, se elaboran programas e instrumentos para el seguimiento de las actividades realizadas con las personas adultas mayores, la evaluación de las metas alcanzadas y la información sobre las mejoras tanto individuales como grupales (Ministerio de Inclusión Económica y Social, 2014).

2.2.6.3. Salud, alimentación y nutrición

Estándar: Actividades de promoción y prevención en salud, alimentación y nutrición

Los centros de atención, en sus modalidades, realizan actividades dirigidas a fomentar hábitos saludables y prevención de enfermedades mediante tipos de alimentación, hidratación e higiene dependiendo los requerimientos nutricionales, particularidades culturales, étnicas y hábitos del adulto mayor (Ministerio de Inclusión Económica y Social, 2014).

Estándar: Organización de procesos en alimentos

Los centros residenciales y diurnos registran y ejecutan un plan de excelentes prácticas de higiene para los diferentes procesos: adquisición, transporte, depósito, elaboración y entrega de alimentos de una forma directa por parte del servicio de alimentación o cuando se hace un acuerdo con terceros. El personal encargado de brindar la alimentación al adulto mayor en los centros gerontológicos es necesario que cumplan con los diferentes estándares de seguridad alimentaria e higiene decretados por el MSP (Ministerio de Inclusión Económica y Social, 2014).

Estándar: Elaboración de menús

Los centros residenciales y diurnos aseguran la alimentación de las personas, realizarán y cumplirán con una derivación y ciclo de menús conforme a las recomendaciones de consumo de calorías y nutrientes dadas por el MSP siempre buscando el beneficio del adulto mayor (Ministerio de Inclusión Económica y Social, 2014).

Estándar: Preparación de alimentos

Los centros residenciales y diurnos nombran a una persona que cuente con el conocimiento necesario para que sea responsable de la alimentación al adulto mayor además que cumpla con lo establecido en cuanto a tiempos y horarios. Los alimentos ofrecidos deben cumplir con las cantidades, texturas, porciones, equipos de alimentos conforme a la higiene y manipulación de alimentos nombradas por el MSP y la OMS (Ministerio de Inclusión Económica y Social, 2014).

Estándar: Requerimientos nutricionales en centros residenciales

Los centros residenciales brindan, por medio del servicio de alimentación, el 100 % de los requerimientos diarios de calorías, nutrientes y agua, dependiendo el requerimiento nutricional del adulto mayor, determinadas por la MSP y la OMS (Ministerio de Inclusión Económica y Social, 2014).

Estándar: Requerimientos nutricionales en centros diurnos

Los centros de atención de modalidad diurna otorgan, por medio del servicio de alimentación hasta el 70%, se ofrece diarios de calorías, nutrientes y agua, dependiendo el requerimiento nutricional establecidas por el MSP, la OMS tomando en cuenta el tiempo en el usuario está el centro (Ministerio de Inclusión Económica y Social, 2014).

Estándar: Horarios de alimentación

El centro gerontológico residencial determina el horario de cinco tiempos de alimentación conforme a las actividades diarias programadas (desayuno, aperitivo de la mañana, almuerzo, aperitivo de la tarde, merienda), tomando en cuenta que debe haber 2 horas de diferencia entre comidas.

El centro gerontológico diurno determina el horario de 2 tiempos de alimentación conforme a las actividades diarias programadas (aperitivo de la mañana, almuerzo) tomando en cuenta que debe haber 2 horas de diferencia entre comidas (Ministerio de Inclusión Económica y Social, 2014).

Estándar: Medicamentos

Los centros residenciales y diurnos cuentan con un medio para la distribución de medicamentos y únicamente el personal médico es el encargado de suministrar a los usuarios de los centros (Ministerio de Inclusión Económica y Social, 2014).

Estándar: Planes de saneamiento

Los centros gerontológicos de modalidad residencial y diurna además de las áreas alternativas de recreación, interacción y reunión, realizarán un programa de saneamiento dirigido a asegurar condiciones higiénico-sanitarias conforme a lo siguiente:

- Saneamiento y desinfección de lugares, mobiliario y equipo.
- Uso de desechos
- Suministro de agua potable
- Control de plagas

2.2.6.4. Talento humano

Estándar: Características del talento humano para centros gerontológicos residenciales y diurnos

Estará formado por las siguientes personas:

- Un/a coordinador/a con título de tercer nivel en áreas de administración, áreas sociales, de salud o afines; con experiencia de por lo menos 3 años en administración o que haya trabajado con personas adultas mayores. Esta persona estará a cargo de la administración del centro: programar y organizar las actividades del servicio y vincular acciones con la comunidad y los centros gerontológicos en su área de cobertura.

- Un cuidador/a con experiencia en el cuidado al adulto mayor con certificado de auxiliar de enfermería, por cada 10 adultos mayores autónomas y 4 dependientes, se realizan turnos alternativos de 8 horas cada uno en los horarios residencial y vespertino; y en horario de la noche un cuidador por cada 12 personas. Es necesario tomar en cuenta la cantidad requerida de cuidadores para fines de semana, feriados y vacaciones de tal manera que no afecte la atención del centro gerontológico.
- Los centros de atención al adulto mayor modalidad residencial-privado tienen 1 profesional médico y los centros de atención al adulto mayor público y privados con convenio, necesitan tener 1 profesional médico designado por el Ministerio de Salud Pública según disponga sus normas y protocolos, con un trabajo mínimo de 3 horas semanales por cada 10 usuarios. Si el centro cuenta con más de 25 usuarios se necesita contar un profesional mínimo de 10 horas semanales.
- Una/un psicóloga/o con título de tercer nivel por cada 30 personas, que realizara un trabajo de por lo menos 20 horas de labor semanal.
- Una/un terapeuta ocupacional con título de tecnología médica, y/o psicorehabilitador, por cada 30 personas, realizara un mínimo de 20 horas de labor semanal.
- Una/un terapeuta físico titulado, por cada 30 personas que realizara un trabajo de por lo menos 20 horas de labor semanal.
- Una/un trabajador social con título de nivel superior, por cada 30 personas, que realizara un trabajo de por lo menos 20 horas de labor semanal.
- Una/un facilitadora/or para actividades manuales, artísticas, etc.
- Una/un auxiliar de limpieza del centro a tiempo completo, por cada 15 personas adultos mayores.
- Una/un cocinera/o y un auxiliar de cocina, por cada 30 personas adultos mayores.
- Una/un cuidadora/or por cada 15 adultos mayores en los centros gerontológicos modalidad diurnos.
- Un auxiliar de lavandería, por cada 15 personas adultos mayores.

Con respecto a los profesionales de psicología, trabajo social, terapeutas ocupacionales, brindan atención cada 15 días en terapias grupales, familiares y comunitarias a un total de 30 personas.

Es importante mencionar que tanto los cuidadores como el área de limpieza, cocina, lavandería, es un trabajador por cada 15 personas con horarios diferentes y tomando en

cuenta los reemplazos para fines de semana, vacaciones y feriados (Ministerio de Inclusión Económica y Social, 2014).

Estándar: Gestión del personal

Los centros del adulto mayor residenciales y diurnos se encargan de la elaboración y aplicación de programas de aprendizaje y capacitación técnica del personal, así como de la mejoría en su práctica profesional. Los programas cuentan con actividades para la recuperación emocional de los equipos técnicos. Los servicios otorgados por el MIES o tramitados mediante convenio, se asevera el profesionalismo del equipo de talento humano, por medio de procesos de selección, formación y evaluación recurrente (Ministerio de Inclusión Económica y Social, 2014).

Estándar: Características de talento humano en los espacios alternativos de revitalización, recreación, socialización y encuentro

El grupo de talento humano para estos servicios estará constituido por las siguientes personas (Ministerio de Inclusión Económica y Social, 2014):

- Una/un coordinadora/or es la encargada de tomar el registro e ingreso de las personas adultas mayores, realiza la atención y administración del servicio de atención. Cuando el MIES trabaja conjuntamente con el servicio, el coordinador del centro al adulto mayor, será el encargado de estas funciones. Los GAD y las organizaciones de la sociedad civil, son las encargadas de nombrar el coordinador para que haga estas funciones.
- Un facilitador con experiencia en dirección y trabajo de grupos, por cada 15 personas adultas mayores por reunión, con un promedio de dos reuniones diarias. El facilitador realizará interacciones entre el grupo que pueden ser del tipo: cultural, manual, físicas, tecnología, etc. Dependiendo el requerimiento de la población.

Estándar: Características de talento humano para atención domiciliaria

El grupo de talento humano para este tipo de atención estará formado por las siguientes personas (Ministerio de Inclusión Económica y Social, 2014):

- Una/un coordinadora/or con experiencia de tres años en el manejo con personas adultos mayores, técnicas grupales. Es la encargada de organizar, inspeccionar y programar las actividades de 10 promotores y ejecutar el acompañamiento, monitoreo y articulación de operaciones con otros actores locales.

- Una/un promotora/or con experiencia de un año de trabajo con equipos, métodos grupales, habilidad para trabajar en grupo; guía y educa a la familia en la atención y manejo del adulto mayor, es el encargado de programar, tramitar, coordinar la entrada del adulto mayor a los servicios y beneficios sociales. Es el encargado de impulsar las actividades de las personas adultas mayores para que se realicen dentro del entorno familiar, la comunidad y otras áreas de atención; es necesario un promotor/a por cada 40 individuos adultos mayores en sectores urbanos y un promotor/a, por cada 30 individuos adultos mayores en sectores rurales.
- La atención a cada adulto mayor es de dos veces por mes, con dos horas de labor con la persona de la tercera edad y su familia. Cuando no haya personal calificado para realizar la labor en los equipos de atención que se ejecutan en zonas rurales y parroquias lejanas, se procederá a buscar personal que demuestren conocimiento y experiencia en la atención al adulto mayor.

2.2.6.5. Ambientes seguros y protectores

Estándar: Espacio físico y equipamiento, en centros residenciales y diurnos

Estos centros de atención deben contar con las siguientes áreas, espacios y equipamiento (Ministerio de Inclusión Económica y Social, 2014):

- Área de administración y recepción, que contenga equipo, y un ambiente funcional para el servicio a los adultos mayores.
- Área de dormitorio y descanso para centros de atención de modalidad residencial.
 - Los dormitorios deben ser de prioridad de forma individual o si son dobles pudiendo ser múltiples, con un máximo de 6 individuos; ubicadas por género.
 - El área debe facultar el desplazamiento con silla de ruedas.
 - Necesita tener dormitorios para matrimonios o parejas.
 - Es necesario que cuente con timbres en las cabeceras de las camas;
 - Es necesario contar con iluminación nocturna en dormitorios y pasillos;
 - Camas para una sola persona con colchones óptimos a los requerimientos del adulto mayor.
- Área médica, enfermería y primeros auxilios: es necesario tener equipo y botiquín para la valoración y atención primaria a los adultos mayores.
- Área de psicología y trabajo social: Está elaborada para otorgar atención e inspección habitual, en un área óptima y abastecida para la atención individual.

- Área de fisioterapia y rehabilitación: es necesario contar con los implementos, equipos y material para poder brindar un adecuado tratamiento de fisioterapia y rehabilitación.
- Área para talleres-terapia ocupacional y recreativa: esta área de atención necesita tener un espacio multiuso donde se realiza actividades ocupacionales como técnicas terapéuticas, manualidades, juegos de mesa y actividades artísticas en general.
- Área de cocina: Las áreas de cocina y comedor son diferenciadas y es recomendable que estén alejadas de las habitaciones y sala de descanso, cuentan con electrodomésticos, vajilla, menaje, utensilios y materiales que se encuentren en un estado adecuado además esta área no debe cruzarse con la zona de evacuación de desechos, respetando además con las normas y estándares decretados por la Secretaría de Riesgos y el Cuerpo de Bomberos.
- Área de alimentación-comedor: Es necesario que se encuentren en lugares iluminados, ventilados, adecuados y disponer con el mobiliario y equipamiento que posibilite el abasto de alimentos a personas adultas mayores.
- Área de servicios (lavado, planchado, centro modalidad residencial): Es necesario que cuenten con estanterías para almacenar los utensilios y herramientas de lavado y planchado de la ropa y recipientes para la ropa sucia y limpia con áreas para el lavado y secado.
- Servicios higiénicos: es necesario que cuenten con un baño, lavabo, inodoro y ducha con agarraderas. Si fuera posible que cuenten con una ducha teléfono, un timbre. Los servicios higiénicos deben estar separados entre hombres y mujeres, usuarios y personal. En áreas comunes es necesario que haya un lavabo e inodoro y contar con un área que posibilite cuidar la intimidad del adulto mayor al instante de vestirlo o cambiarlo de vestimenta.
- Espacio exterior con zonas verdes y patios: es necesario que cuente con áreas amplias y seguras con vigilancia y/o seguridad para así impedir la salida no informada reportada del adulto mayor.
- Salida de emergencia y evacuación: Es necesaria que se realiza de acuerdo a la mencionada por el Cuerpo de Bomberos y Secretaría Nacional de Gestión de Riesgos.
- Área de descanso: Los centros diurnos tienen un espacio de descanso para personas adultas mayores.

- Servicios básicos: los centros de atención tendrán servicios básicos de agua potable, luz, teléfono, internet y una estructura de eliminación de aguas residuales y desechos.
- Áreas para personas adultas mayores con problemas de conducta: los centros de atención al adulto mayor acreditados para servir a individuos con trastornos de conducta o mentales, deben tener un área física independiente en el que haya un cuarto de enfermería para su atención, sala de recuperación y consultorio médico y psicológico.

2.2.6.6. Administración y gestión

Estándar: Mejoramiento de la calidad

Los centros de atención programarán de manera semanal, mensual y anual sus actividades. Registrarán y ejecutarán el seguimiento y valoración de las labores encaminadas a la realización de los estándares de calidad declarados en la normativa técnica, e implementarán las normas de un progreso constante de calidad correspondiente (Ministerio de Inclusión Económica y Social, 2014).

Estándar: Optimización de recursos

Los centros de atención gerontológicos ejecutarán un proyecto anual y las áreas intersectoriales entre sistemas servicios en territorio para conseguir una participación integral en los servicios para el adulto mayor (Ministerio de Inclusión Económica y Social, 2014).

Estándar: Registro, expedientes y documentación

Las unidades de atención gerontológicas están en la obligación de levantar expedientes personales de cada uno de los usuarios, en el que se hará constar de manera permanente las intervenciones realizadas con el adulto mayor en el que se pueda visibilizar los avances, la evolución del usuario, las prescripciones y toda novedad relacionada con su estado psicofísico. Expediente que estará bajo la responsabilidad del coordinador del centro y servicio (Ministerio de Inclusión Económica y Social, 2014).

Estándar: Obligación de los Centros

Los centros de atención públicas y privadas que otorgan o no servicios a través de convenios de cooperación, es necesario que dirijan de forma obligatoria el equivalente al 5% de sus cupos de atención para atender de forma gratuita a los adultos mayores que indica el MIES, con anticipada coordinación y estudio socio económico. Para el efecto, es

un requerimiento que los encargados de los centros comuniquen al MIES información relacionada de sus plazas (Ministerio de Inclusión Económica y Social, 2014).

Estándar: Permiso de funcionamiento

Los centros de atención deben poseer la habilitación de funcionamiento actualizado concedido por el MIES (Ministerio de Inclusión Económica y Social, 2014).

Estándar: Información y confidencialidad

Los centros de atención cuentan con la documentación que brinde información al usuario, sus familiares o representantes legales al centro. Esta información es confidencial, por tanto, estará bajo la vigilancia del director de la unidad o servicio (Ministerio de Inclusión Económica y Social, 2014).

Estándar: Integración de adultos mayores beneficiarios de la pensión no contributiva

Los centros de atención organizan áreas y actividades para acoger en sus servicios a los adultos mayores que perciben la pensión no contributiva del MIES (Ministerio de Inclusión Económica y Social, 2014).

2.2.7. Método de Evaluación de la Calidad

El realizar la medición del nivel de calidad del usuario no exclusivamente manifiesta el nivel de satisfacción, sino que también atribuye información respecto a los factores que influyen a esta variable (Quispe & Ayari, 2016), es decir, la calidad de la atención se basa en la intervención de la ciencia y tecnología médica de una manera que incremente sus beneficios a la salud, y a su vez sin incrementar los riesgos. El nivel de calidad se refiere al punto el cual se espera que la atención provista logre el balance más favorable de riesgos y beneficios (Céspedes, Cortés & Madrigal, 2011).

El mantener una persistente evaluación de la calidad involucra la actividad permanentemente constante no solo de la gestión de la calidad en todos sus aspectos, sino la determinación de factores que puedan desarrollar errores y a consecuencia de este punto el detallar los indicadores pertinentes (Cantos & Villacrés, 2011).

2.3 Percepción y Expectativas

2.3.1 Percepción

Es un proceso cognitivo conformado por el reconocimiento, interpretación y significación para la formación de criterios en relación a las sensaciones logradas del ambiente físico y

social, además de estar involucrados otros procesos psíquicos como el aprendizaje, la memoria y la simbolización (Melgarejo, 1994).

La percepción del servicio está en función de la prestación del mismo, hay que tomar en cuenta el antes, durante y después de la atención brindada y que el nivel que es más importante es el que subjetivamente percibe la persona, es decir, la ejecución del servicio puede ser la óptima según la opinión de la empresa o centro pero no puede serlo para la persona, por consiguiente cuando una empresa o centro que brinde una atención deben diseñar sus productos y servicios logrando que estos tengan únicamente las características o atributos que son percibidos como adecuados, óptimos o requeridos por la persona que recibe el servicio o atención (Pamies, 2004).

2.3.2 Expectativas

Son predicciones relacionadas por el consumidor/paciente sobre lo que sucederá durante un evento inminente, es decir, cuando una persona acude a una empresa/centro para requerir la prestación de un servicio/atención tiene formulada una expectativa sobre cómo va a recibir el servicio/atención de la misma (Pamies, 2004).

2.3.3 Expectativa vs percepción

La mayoría de los autores concuerdan en que la calidad del servicio está relacionada a las expectativas que un individuo tiene al asistir a un servicio y las percepciones que este posee de las mismas. Por su parte Parasuraman, Zeithaml y Berry en su modelo definen la calidad como la diferencia entre las expectativas de los usuarios y sus percepciones (Pamies, 2004).

2.4. Satisfacción

2.4.1. Definición de Satisfacción

Al referirse a la satisfacción tiene una conceptualización de diversas disciplinas y a su vez en diversos enfoques siendo el principal el económico. El progreso obtenido al mando de las ciencias médicas sitúa a las instituciones en la necesidad de evaluar la calidad de los procesos asistenciales que se brindan en sus servicios. Recobrando el concepto de satisfacción, señalando la excelencia en la prestación de los servicios (Guerra, Roque & Meizoso, 2015).

Los participantes que se han venido involucrando un poco más por el funcionamiento y la calidad de los servicios que reciben, ha provocado que a partir de ese interés se busque vías de participación y las cuales estas son pertenecientes a las administraciones que han tramitado la participación ciudadana y su inclusión en evaluaciones de los servicios sanitarios (Navarro, 2013).

Lo mencionado anteriormente se convierte en un ciclo con los usuarios y se conjuga en la relación interpersonal usuario-prestador. Se describe una elevada calidad, al alto grado de satisfacción por parte del usuario, unido a un alto nivel de excelencia profesional. Es notable resaltar como se entiende de la satisfacción un elemento imprescindible de la calidad (Navarro, 2013).

2.4.2. Elementos de la Satisfacción

Se debe tener en cuenta las características de los servicios son factores indispensables en la construcción y comprensión de la calidad del servicio (Villalba, 2013); es decir, es de gran importancia el comprender los elementos de la satisfacción para que se pueda conocer como los usuarios perciben la calidad de nuestras prestaciones (Thompson, 2019).

Es decir que los actos de los ciudadanos en complemento de los actos de los administradores forman parte de un ciclo de trabajo que produce una mejora continua, algunos de estos determinantes fundamentales de la calidad de los servicios que son: (Rodríguez, 2016).

- **Confiabilidad:** Está relacionado con el rendimiento y la práctica realizada por el personal.
- **Receptividad:** Relacionado a la disposición del personal para brindar el servicio.
- **Competencia:** Son las habilidades y conocimientos indispensables para la realización del servicio.
- **La mejora continua como meta:** Significa que se deberá establecer metas a corto, mediano y largo plazos de forma constante, que permitan estar siempre revisando la proactividad del personal.
- **Accesibilidad:** Implica las oportunidades que presenta el usuario para acceder al servicio de salud.
- **La calidad con enfoque en el paciente:** debe estar íntegramente centrada en las necesidades del paciente y su familia.
- **Cortesía:** Es la cordialidad, amabilidad y la relación interpersonal entre usuario y personal del servicio de salud.
- **Comunicación:** Significa la atención necesaria al usuario y de igual manera mantenerle informado de una manera comprensible.
- **Seguridad:** Este elemento se enfoca en la no presencia de riesgos o dudas que puede afectar al usuario de manera directa o indirectamente.
- **Entender y conocer al cliente:** Implica el identificar las necesidades que el usuario desea para así el personal pueda intervenir y satisfacer esta necesidad.

2.5. Persona Adulto Mayor

2.5.1. Definición de Persona Adulto Mayor

Se reconoce a la población involucrada entre los 60 años en adelante como persona adulta mayor. Esta se presenta también como una etapa de involución, debido a trastornos o a su vez pérdidas de sistemas como el sensorio-motriz, es decir, esta etapa no solamente se la observa como una etapa de desarrollo humano. Los efectos psicológicos del envejecimiento tienen una relación directa con los aspectos sociales de lo que conforma la ancianidad y este a su vez va acompañado de las experiencias colectivas (Velarde, 2002).

Entonces la definición de salud de las personas que envejecen se enfoca en el mantenimiento de la capacidad funcional, en base a esto se clasifica a 3 grupos de personas adultas mayores (Velarde, 2002):

- **Persona adulta mayor auto-valente:** es aquella persona capaz de desenvolver las actividades básicas de la vida diaria, es decir, las actividades funcionales principalmente para el autocuidado.
- **Persona adulta mayor frágil:** aquella persona que tiene alguna disminución del estado fisiológico y a su vez la intervención de factores sociales los cuales aumentan la susceptibilidad de la persona y la incapacita.
- **Persona adulta mayor dependiente o postrada:** es aquella persona que presenta una privación del estado fisiológico los cuales se añade restricción física o funcional que estas impiden la realización de las actividades de la vida diaria.

El adulto mayor está expuesto a varios cambios sean físicos, psicológicos y sociales afiliado al envejecimiento lo cual establece una población vulnerable que requiere de estrategias de atención que les garanticen calidad de vida (Vergara & González, 2009).

2.5.2. Situación de la Población Adulto Mayor

2.5.2.1. Demografía

En el Ecuador hay 14'483.499 habitantes. De ellos, 940.905 son mayores de 65 años, es decir el 6,5 % de la población nacional son personas adultas mayores. La distribución por género de la población nacional adulta mayor es de 53% para las mujeres y de 47% para los hombres. Para el 2010-2015 la CEPAL ha estimado que la esperanza de vida al nacer en el Ecuador llega a los 75,6 años de edad: 72,7 para los hombres y 78,7 años para las mujeres. Esta esperanza de vida, que es de casi un año mayor a la de Latinoamérica, es una mejora extraordinaria en la calidad de vida que está teniendo el

adulto mayor, ya que a mediados del siglo anterior los ecuatorianos esperaban vivir tan sólo 48,3 años. En seis décadas este indicador fundamental de las condiciones de vida de la población aumentó en cerca de 30 años (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2010).

Según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2010), en la información censal, las condiciones socioeconómicas en las que viven los adultos mayores en nuestro país son, en su mayoría precarias. Se estima que el 57,4%, correspondiente a 537.421 personas, se encuentra en una situación es de pobreza y extrema pobreza. La condición de pobreza se presenta en mayor número en al área rural, donde 8 de cada 10 personas adultas mayores padecen de pobreza y extrema pobreza. El motivo de esta situación expuesta es las barreras que enfrentan los adultos mayores para generar ingresos monetarios, debido principalmente a que, con el envejecimiento y a medida que aumenta la edad, la posibilidad de ser parte de la población económicamente activa disminuye por no haber trabajos adecuadas a su condición.

Con respecto al total de adultos mayores que viven solos, la encuesta SABE revela que 132.365 ancianos viven en esa condición. De este total, 41.000 lo hacen en condiciones malas e indigentes, lo que evidencia poca responsabilidad de la familia por sus adultos mayores, a quienes consideran “poco útiles” y abandonan a su suerte. Una particularidad de nuestro país, que cobró fuerza con la crisis económica de 1999-2000 y el consecuente éxodo masivo de adultos jóvenes fuera del país o hacia otras regiones, es un importante número de personas adultas mayores que tienen en sus hogares y bajo su cuidado, a nietos con padres ausentes probablemente emigrantes. Según el censo del año 2010 las personas adultas mayores en Ecuador tienen un modesto nivel educativo: sólo el 13% de los hombres y el 11% de las mujeres ha completado la secundaria. En el país solamente el 54,9% de los adultos mayores ha completado el ciclo primario y básico. Los adultos mayores tienen altos porcentajes de analfabetismo y logros muy bajos en cuanto al número de años de estudio aprobados. Las ocupaciones que declaran los adultos mayores, en su mayoría, son tareas manuales con alguna o ninguna calificación, ya que el nivel educativo de este segmento de la población es bajo y que las categorías de “profesionales y técnicos”, “personal administrativo” y directores y “funcionarios públicos superiores” solo representan, en conjunto pequeño de la población ocupada de 65 años y más (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2010).

2.5.2.2. Perfil Epidemiológico

Es el cambio de un patrón de muerte y de causas de morbilidad dominado por enfermedades infecciosas, con alta mortalidad especialmente en las edades más

jóvenes, a un patrón dominado por enfermedades crónicas degenerativas y afecciones producidas por la acción del hombre, con las formas más importantes de morbilidad y causa de muerte. Así tenemos que, en el Ecuador, las enfermedades carenciales y transmisibles comparten espacio con las crónico-degenerativas y los problemas de salud colectiva que muestra un perfil epidemiológico de cambio característico de los países en vías de desarrollo. Entre las primeras están las infecciones respiratorias agudas, las enfermedades diarreicas, la malaria, la tuberculosis pulmonar, las enfermedades inmunoprevenibles, la desnutrición global, la desnutrición crónica y la anemia es importante destacar el surgimiento de otras metabólicas en menores como la obesidad.

Entre las segundas están las enfermedades cerebrovasculares, las cardiopatías isquémicas, la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, los tumores malignos, el sida y los problemas de salud mental. Los problemas de salud colectiva más frecuentes son los accidentes de transporte y la violencia intrafamiliar, en el 2007 las enfermedades no transmisibles, especialmente las cerebro vasculares, isquémicas, hipertensivas y metabólicas tipo diabetes, que están asociadas a costumbres, actitudes y prácticas de la población, en cuanto a alimentación, actividad física, estrés, entre otras, se ubican en los primeros lugares de causas de muerte; mientras que las enfermedades relacionadas a causas medio ambientales como accesibilidad a agua de pésima calidad y la eliminación de excretas no-controladas, disminuyeron de forma importante al mejorar las condiciones sanitarias. Es decir, el perfil epidemiológico se modificó, por la intervención de aquellas instancias del Estado, Ministerio de Salud Pública, Gobiernos Autónomos Descentralizados (prefecturas y municipios), encargadas del control del medio ambiente y otras instituciones extra sectoriales como el Ministerio de Educación, entre otros. Una alta proporción de adultos mayores, presentan trastornos visuales, trastornos auditivos, así como alteraciones que influyen negativamente en su calidad de vida o en su funcionamiento diario. La frecuencia, severidad y discapacidad provocada por las enfermedades crónicas aumenta conforme se incrementa la edad del adulto mayor. De otra parte, según los datos del sistema de vigilancia epidemiológica del Plan Nacional de Salud en el año 2010, se observa que la frecuencia acumulada de casos notificados en el periodo 1984 - 2010 es de 18.524 personas viviendo con VIH, y 8.338 personas viviendo en fase SIDA. Las defunciones en este periodo hasta el año 2010 son de 7.031 personas (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2010).

2.5.2.3. Condiciones Sociales del Adulto Mayor

De acuerdo con el último censo 2010 la población adulta mayor se encuentra distribuida en forma desigual en las distintas regiones del país, con un 7.9 % en la Sierra,

6.7 % en la Costa y en un porcentaje menor en las demás regiones (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2010). El envejecimiento no es simplemente un proceso físico, sino también un proceso mental. En otros tiempos, particularmente en los países industrializados, el envejecimiento implicaba la jubilación forzosa y la merma de las funciones físicas y de la capacidad mental, lo que a menudo llevaba como secuela el alejamiento del individuo de las actividades normales de la sociedad (Ministerio de Salud de Perú, 2006).

En cuanto al analfabetismo si se compara con otros grupos de edad, es evidente que el nivel de analfabetismo de la población adulta mayor en nuestro país es el reflejo de los cambios en la cobertura del sistema educativo en los últimos decenios (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2010).

La evidencia de la relación entre estos factores y el estado de salud de las personas adultas mayores es amplia, aunque todavía estos temas siguen siendo importantes para investigadores internacionales. A continuación, les presentamos algunos de los factores intervinientes (Organización Panamericana de la Salud, 2002):

- **Integración Social:** Como medida de integración social se entiende a los vínculos sociales que mantiene la persona adulta mayor, ya sea por medio de roles sociales, participación en grupos de voluntariados o participación en organizaciones laborales, clubes, iglesias, etc. Estudios en varias partes del mundo, destacan que hay una fuerte correlación en mortalidad, así como en otros indicadores de salud. La participación social es definitivamente un factor protector de la salud.
- **Estrés Social:** Se utilizan dos variables; la primera se relaciona con el hecho de no contar con suficiente dinero para cubrir las necesidades básicas de la vida diaria y la otra está relacionada con el sentido de duelo por la muerte de un ser querido o la pérdida de un rol social importante para el individuo, Sin embargo, se podrían incluir dentro de la evaluación social del individuo otros cambios por los cuales puede estar atravesando la persona adulta mayor:
 - Jubilación o falta de empleo.
 - Cambios en la salud y pérdida de autonomía.
 - Cambios en la vida familiar: viudez, separación de hijos y nietos, etc.
 - Cambios en relocalización (por ejemplo, de arreglo domiciliario o institucionalización).
 - Maltrato o violencia doméstica o exclusión familiar.

- **Apoyo Social:** El vivir en pareja es un factor protector, más frecuente en el caso de los hombres que en el de las mujeres mayores. Varios estudios importantes han relacionado el número de contactos positivos que la persona mayor tiene con su red social, como protector de salud y bienestar.

2.5.2.4. Envejecimiento, Funcionalidad y Autonomía

El envejecimiento es un proceso normal del individuo en donde se presenta hasta una disminución del 25 a 30 % de las células que componen los diferentes órganos y sistemas del cuerpo humano, produciéndose un cambio en la homeostasis y una afectación en la vitalidad orgánica, aumentando la vulnerabilidad al presentar enfermedades crónicas y degenerativas, más la predisposición genética, estilos de vida inadecuados y condiciones socio-económicas precarias y ambientales nocivos, hacen que el estado de salud funcional de la persona mayor aumente el riesgo de transitar desde la independencia a la dependencia (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2010). La capacidad humana en relación con muchas funciones - tales como la capacidad de ventilación, la fuerza muscular, el rendimiento cardiovascular; aumenta desde la niñez y alcanzan un punto máximo en la edad adulta temprana (Organización Panamericana de la Salud, 2002).

Un enfoque de curso de vida hacia el envejecimiento saludable y activo, está basado, por lo tanto, en comportamientos individuales, así como en las políticas que influyen esos comportamientos y que determinan el entorno en el cual viven las personas (Organización Panamericana de la Salud, 2002).

2.5.3. Grandes Síndromes Geriátricos

El síndrome geriátrico se refiere a una condición de salud multifactorial que ocurre cuando el efecto acumulado de alteraciones en múltiples sistemas, hacen a la persona mayor vulnerable a cualquier desafío situacional y poseen consideraciones clínicas especiales (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2010):

- **Caídas:** Evento involuntario o accidental que precipita a la persona a un nivel inferior o al suelo. Puede provocar lesiones traumáticas de distinta magnitud, desde lesiones leves hasta muy severas. En los adultos mayores constituye un marcador de fragilidad, desencadenante hacia inmovilidad, deterioro, dependencia y muerte.
- **Demencias:** Síndrome clínico pluri-etiológico posible trastorno de la memoria, caracterizado por un deterioro global de las funciones cognitivas, de carácter

orgánico, sin alteración del nivel de conciencia, que puede afectar las capacidades funcionales e interfiere en el desarrollo de sus actividades cotidianas.

- **Dismovilidad:** Se define como cualquier trastorno de la locomoción capaz de afectar la realización de distintas actividades de la vida diaria, por deterioro de las funciones motoras, y que puede en algunos casos llegar hasta la inmovilidad.
- **Úlceras por presión:** Es una lesión de origen isquémico localizado en la piel y tejidos subyacentes, con pérdida de sustancia cutánea y producida por presión o fricción entre una prominencia ósea y una superficie externa durante un tiempo prolongado.

2.5.4. Norma Técnica de Población Adulta Mayor

2.5.4.1. Política Pública para la Población Adulta Mayor

El Ministerio de Inclusión económica y social realiza la política pública para la población adulta mayor orientada en los derechos que tome en cuenta al envejecimiento como una alternativa de ciudadanía activa y envejecimiento positivo, para que tenga una vida en condiciones aceptables y con salud; puntualiza tres ejes de política pública (Ministerio de Inclusión Económica y Social, 2014):

- **Inclusión y participación social:** tomando a los adultos mayores como intérprete del cambio social.
- **Protección social:** Afirma un cuidado enfocado a evitar o disminuir la pobreza, vulnerabilidad y la exclusión social.
- **Atención y cuidado:** mediante la ejecución de servicios y centros gerontológicos, de manera directa, o dirigidas por convenios de cooperación.

2.5.5. Modalidades de Atención en Centros del Adulto Mayor

Los centros de atención para la población geriátrica que bajo la administración del Ministerio de Inclusión Económica y Social, procuran funcionar mediante la aplicación de un servicio con diferentes modalidades de atención que constan de las siguientes: residencial, atención diurna, atención en áreas alternativas y atención domiciliaria, de tal manera que se pueda optimizar el uso de los recursos para la prestación del servicio y atención de una mayor población de adultos mayores, en sus diferentes necesidades (Ministerio de Inclusión Económica y Social, 2014).

En la modalidad residencial la prestación de servicios actúa a través de dos tipos de centros (Ministerio de Inclusión Económica y Social, 2014):

- Centro gerontológicos residenciales.

- Centro gerontológicos de atención diurna.

2.5.5.1. Centro Gerontológico Residencial

Son centros de acogida para la atención y cuidado otorgado a personas adultas mayores de 65 años o más que necesiten de alguna ayuda especial de manera transitoria o definitiva, que no pueden ser cuidados por sus familiares; personas adultas mayores que no cuenten con una residencia de manera permanente, que estén en una situación de abandono, ausencia de referentes familiares, falta de recursos económicos, en situaciones de peligro y que tengan voluntad de ingresar (Ministerio de Inclusión Económica y Social, 2014).

2.5.5.2. Centros Gerontológicos de Atención Diurna

Son centros de atención que en el día otorgan a las personas adultas mayores, y están destinadas para eludir su institucionalización, discriminación, separación y aislamiento; constituyen, además, un aditamento en la vida familiar, social y comunitaria; destinado a la conservación de las condiciones físicas y mentales del adulto mayor para impedir su deterioro, intervenir en labores propios de su edad, fomentar la convivencia, inclusión, generosidad y relación con el medio social (Ministerio de Inclusión Económica y Social, 2014). Dentro de la modalidad diurna se ofrecen otros servicios que son:

- Espacios alternativos de revitalización, recreación, socialización y encuentro: Son áreas destinadas para el encuentro y socialización de los adultos mayores, que puedan llegar por sus propios medios. En estas áreas, se ejecutan actividades recreativas, de integración e interacción, enfocadas a la convivencia, participación, generosidad y relación en el ámbito social además de incentivar al envejecimiento activo y saludable (Ministerio de Inclusión Económica y Social, 2014).
- Atención domiciliaria: Es una forma de promoción del bienestar de las personas adultas mayores dependientes, es decir que necesitan de otros individuos para trasladarse y ejecutar sus actividades de la vida diaria; implica actividades familiares de cuidado, sociales y recreativas, dirigidas a promover la autonomía, la formación para el cuidado, el entretenimiento, promoviendo la convivencia, implicación, solidaridad y su relación en el ámbito social. Se trata de crear mecanismos de apoyo y desarrollo de capacidades para familiares y personas a cargo de su cuidado (Ministerio de Inclusión Económica y Social, 2014).

2.5.5.3. Tipos de Prestadores de Servicio

Hay diferentes maneras de atención gerontológica y que se pueden ejecutar a través de los siguientes prestadores de servicios (Ministerio de Inclusión Económica y Social, 2014):

- De atención directa: centros y servicios ejecutados directamente por el MIES.
- Bajo convenio: ejecutados por Gobiernos Autónomos Descentralizados, Organizaciones de la Sociedad Civil, Organizaciones Religiosas con quienes el MIES suscribe convenios de cooperación.
- Privados: personas naturales, Organizaciones de la Sociedad Civil, Organizaciones Religiosas, otras instancias del sector privado.
- Públicos ejecutados por otras instancias del sector público: Gobiernos Autónomos Descentralizados, sector público que cuentan con financiamiento propio y no dependen económicamente del MIES.

El Ministerio de Inclusión Económica y Social está a cargo de inspeccionar, supervisar la gestión interna de estos centros de atención asegurando el bienestar de la población adulta mayor atendida, para lo cual instala un sistema de seguimiento para efectuar con la presente norma técnica (Ministerio de Inclusión Económica y Social, 2014).

2.6. Cuidador

2.6.1. Definición de Cuidador

Son las personas que ayudan o cuidan a otro individuo que se encuentre con alguna enfermedad, discapacidad, minusvalía o afectación que le prohíba o impida el normal desenvolvimiento en sus actividades cotidianas y sociales (Cruz & Meléndez, 2011).

Un cuidador puede ser una persona que esté dentro o fuera del entorno familiar, también un profesional que posea una formación o capacitación u otro individuo el cual se responsabilice en brindar una ayuda a las necesidades que la persona requiera (Padilla & Ruiz, 2017).

2.6.2. Tipos de Cuidadores

2.6.2.1. Cuidador Formal Profesional

Los cuidadores formales son individuos que han sido capacitados además de haber tenido una formación mediante carreras académicas o certificaciones, por personal especializado e interdisciplinarios de docencia de la salud, con el objetivo de prestar un

servicio asistencial, educativa y de prevención tanto para el paciente geriátrico, como a su entorno familiar y social más cercano (Ramírez, Ocampo, Ortega & Erazo, 2020).

2.6.2.2. Cuidador Formal No Profesional

Las personas que brindan una atención por medio de una institución pública o entidad a pesar que en algunos casos esta persona no cuente con una formación en lo que es el trato o cuidado al adulto mayor, además la persona puede otorgar de manera autónoma sus servicios a los individuos que se encuentran en una situación de dependencia, y que esta se encuentre ya sea en su domicilio o algún centro de cuidado del adulto mayor (Ministerio de la Presidencia, relaciones con las cortes y memoria democrática, 2006).

2.6.2.3. Cuidador Informal

Es el individuo que no presenta algún tipo de capacitación o formación, a pesar de esto brindan una atención con gran responsabilidad sin esperar alguna remuneración regularmente en el ámbito doméstico, otorga para la atención de la persona a su cuidado gran cantidad de tiempo y energía durante varios meses o años, se caracteriza por tener gran responsabilidad al momento de prestarle atención en algunos casos sin límite de horarios, ayudan al individuo dependiente de sus actividades cotidianas (Córdoba & Poches, 2014).

2.6.2.4. Cuidador Principal Primario

2.6.2.4.1. Esposo/a como Cuidador

Cuando una persona del entorno familiar sufre un quebranto en la salud el cuidador principal por lo general es un miembro de la pareja que se encuentre en un mejor estado de salud. Cuando esto ocurre como todo implica un cambio, esta nueva situación que es de brindar una atención al esposo o esposa puede que resulte muy complicado y necesita que haya una adaptación. Es más sencillo y menos incomodo aceptar la ayuda del esposo o esposa que recibir ayuda de otras personas como es el caso de amigos, vecinos o instituciones dado que el hecho de compartir muchos años con la pareja hay confianza y afecto. En el aspecto de que algún hermano/as del individuo dependiente, también resulta más fácil aceptar la ayuda que de otras personas. Los maridos cuidadores son los que tienen más ayuda de otras personas cercanas al entorno familiar y de las instituciones en el caso de las mujeres cuidadoras se niegan en ocasiones a pedir o recibir alguna ayuda de otros familiares, conocidos, vecinos e incluso apoyo de alguna institución, y frecuentemente estas mujeres terminan cuidando y sobrecargándose de labor más de lo que su salud y disponibilidad se lo permite (Ríos & Galán, 2012).

2.6.2.4.2. Hijas/os como Cuidadores

Cuando la persona que está a cargo del cuidado es la hija o hija se presenta un vínculo familiar con el individuo que le facilita la disposición del cuidado, por lo general para los hijos esto le causa un gran impacto emocional ya que al mirar que sus progenitores no son capaces de valerse por sí mismo y requieren de ayuda de terceros, también se presenta un cambio de roles en su rutina diaria en algunos casos puede ser por un tiempo determinado también puede presentarse por un tiempo indefinido. Las hijas que no se encuentran casadas, en ocasiones la hija favorita, o la que tenga mayor tiempo disponible, en algunos casos la hija/o que se encuentre viviendo más cercano a sus padres o la única mujer entre sus hermanos, suelen ser los individuos que recae el cuidado de sus progenitores (Ríos & Galán, 2012).

La mayoría de los hijos cuidadores no tienen un trabajo, otros se ven en la obligación de disminuir las horas de trabajo, en algunos casos extremos tienden a dejar por no contar con el tiempo suficiente, para finalizar los hijos e hijas de los cuidadores necesitan prestar atención también a las necesidades de su familia (esposo/a e hijos), como las suyas (Ríos & Galán, 2012).

2.6.2.4.3. Padres como Cuidadores

Si alguno de los hijos por alguna circunstancia se transforma en un individuo dependiente, el impacto emocional es más alto, aconteciendo un retorno a un rol que ya se había superado; se produce un cambio en los planes que ya se tenía a futuro, un cambio en las relaciones interpersonales y una modificación en la vida social (Ríos & Galán, 2012).

2.7. Fisioterapia Geriátrica

Landinez, Contreras & Castro (2012) mencionan que la población al sobrepasar los 65 años de edad las limitaciones de la funcionalidad de la persona van aumentando progresivamente, por lo cual en compañía de un equipo multidisciplinario se vela por prevenir o minimizar esta pérdida en la independencia funcional del paciente.

La rehabilitación en geriatría es el grupo de actividades físicas y sociales que se encaminan a buscar la óptima incorporación del adulto mayor a la macro-sociedad y a la micro-sociedad (Rodríguez, 2009). Teniendo en cuenta lo mencionado anteriormente Landinez, Contreras & Castro (2012) mencionan que la fisioterapia es la que ayuda a prevenir, curar, prevenir y recuperar la salud de los pacientes adultos mayores

favoreciendo así su independencia. Según la literatura de Turner (2000) menciona que la mayor parte de programas realizados para la rehabilitación del adulto mayor se basan en ejercicios para aumentar la fuerza muscular e incrementar la movilidad de las articulaciones tanto en extremidades inferiores como en extremidades superiores y este añade ejercicios de capacidad aeróbica y equilibrio.

Según Landinez, Contreras & Castro (2012) existen varios tipos de actividades que son promovidos en los adultos mayores entre ellos están:

- **Actividades Aeróbicas:** Estas actividades son de bajo impacto como puede ser la caminata, el ciclismo o pedaleo en bicicleta estática ya que estas no tienen gran incidencia de lesiones en los adultos mayores.
- **Entrenamiento de la fuerza muscular, masa ósea y equilibrio:** Es fundamental el fortalecimiento de la musculatura debido a que se busca el aumento de la fuerza muscular para evitar así la incapacidad y las caídas, a esto se suma la mejora del equilibrio que el entrenamiento de este apartado tiene un efecto directo en el mantenimiento óptimo del patrón de marcha y a la prevención de las caídas.

Fernández, Martínez & Nebrada (2009) mencionan que al momento de dar inicio al tratamiento de rehabilitación del paciente es importante señalar que:

- Las metas planteadas deben de ser individualizadas, realistas y alcanzables.
- Se debe contar con la confianza del paciente y dar una clara explicación de los objetivos y métodos de tratamiento que se van a llevar a cabo.
- Se debe tener un adecuado control del proceso y una reevaluación constante.

2.7.1. Función del Fisioterapeuta

Según Rodríguez (2009) menciona que el fisioterapeuta debe inspirar confianza y respeto por todos y desempeñar el máximo esfuerzo para alcanzar la colaboración del paciente en función a su rehabilitación, Los familiares o cuidadores, encaminados por el fisioterapeuta y el resto del equipo médico, los cuales se adjudican las tareas que les corresponden dentro y fuera del hogar para conseguir la máxima independencia funcional de dichos pacientes. El fisioterapeuta deberá establecer el plan de actividades a ejecutarse tanto en el área de rehabilitación como en el hogar del paciente y estas se deben evaluar cualitativamente su total cumplimiento, estas tareas deberán ser sencillas y de fácil comprensión por los adultos mayores y sus parientes y lo más importante de la rehabilitación es enseñarle al paciente el mantener su independencia para prevenir así las discapacidades y lesiones.

2.8. Instrumento

2.8.1. Escala SERVQUAL

Esta propuesta de la escuela americana de marketing, fue desarrollada en varias etapas por un equipo de investigadores conformado por Parasuraman, Zeithaml & Berry Inicialmente en 1985 con un estudio de tipo cualitativo, con entrevistas a usuarios y directivos de cuatro reconocidas empresas de servicios de los Estados Unidos: banca minorista, tarjetas de crédito, corredores de valores y reparación y mantenimiento de equipos (Ajam et al., 2014).

El modelo multidimensional SERVQUAL y su respectivo instrumento de evaluación de la calidad del servicio. Plantearon 22 preguntas desde el punto de vista del usuario asociadas a sus expectativas, e igual número de ítems sobre sus percepciones del servicio recibido. De esta manera, cuando las expectativas son superadas, el servicio puede considerarse de excepcional calidad, y esto puede evaluarse con la escala de Likert de 7 puntos (Parasuraman, Zeithaml & Berry, 1988); la escala de actitud tipo Likert pertenece a la denominada escala ordinal de intervalos aparentemente iguales, las cuales se obtiene una serie de afirmaciones o ítems con una respuesta por parte del sujeto encuestado, esta escala es utilizada con frecuencia para ese tipo de mediciones debido a su facilidad de elaboración y también a sus altos niveles de confiabilidad (Ospina, Sandoval, Aristizábal & Ramírez, 2003), así como se puede apreciar en el estudio de Vera & Angelina (2018) la cual todas las preguntas tienen una escala de Likert de siete niveles, en donde el puntaje 1 significa absolutamente en desacuerdo y el 7 absolutamente de acuerdo. Y así Parasuraman et al. (1988) menciona que cuando los resultados del desempeño percibido son más bajos que las expectativas, es señal de una calidad de atención baja; lo contrario indicaría una calidad de atención alta.

Según Castillo (2005), la escala multidimensional SERVQUAL mide y relaciona la percepción del usuario y expectativa en relación a la calidad del servicio.

2.8.1.1. Dimensiones de SERVQUAL

Castillo (2005) describe que desde que fue creada esta escala ha sido empleada en diferentes organizaciones tanto públicas como privadas y desde entidades gubernamentales, de salud, educación, hasta en sectores de diferentes actividades económicas, esto ha permitido su verificación y a su vez su validez correspondiente como instrumento de medición de calidad de servicio, incluyendo continuas mejoras.

En el estudio de Castillo (2005) describe que, en la actualidad la escala está conformada por cinco dominios que sirven para juzgar la calidad de los servicios de una organización:

- **Confiabilidad:** Es la destreza de desarrollar el servicio ofrecido precisamente como se planteó y con puntualidad.
- **Responsabilidad:** Ser bondadoso con los clientes y brindar un servicio inmediato.
- **Seguridad:** Son los conocimientos que poseen los profesionales que brindan la atención, su cortesía y su capacidad de transferir confianza.
- **Empatía:** Capacidad de otorgar cuidado y atención personalizada a los usuarios.
- **Bienes materiales o tangibles:** Vinculado a la apariencia de la infraestructura física, equipo, personal y material de información. Son las apariencias físicas que los usuarios perciben de la entidad, lo que tiene que ver con la limpieza y renovación son calificadas en los elementos individuos, infraestructura y objetos.

2.9. Hipótesis

No aplica

2.10. Operacionalización de Variables

Tabla 1: Operacionalización de Variables

Nombre variables	Definición	Tipo	Escala categoría	Indicador	Fuente
Calidad	Se trata de un estado emocional que proviene del juicio cognitivo a la evaluación del servicio.	Cuantitativo ordinal	(1-4) total desacuerdo (5-7) total acuerdo	Resultado de respuesta obtenido en base a la aplicación del cuestionario a los usuarios	Cuestionario SERVQUAL
Edad	Cada uno de los periodos en que se considera clasificada la vida humana	Cuantitativo Ordinal	<85 años >75 años	Resultado de respuesta obtenido en base a la aplicación del cuestionario a los usuarios	Cuestionario SERVQUAL
Sexo	Apunta a las características fisiológicas y sexuales con las que nacen mujeres y hombres	Cualitativa Nominal	Masculino Femenino	Resultado de respuesta obtenido en base a la aplicación del cuestionario a los usuarios	Cuestionario SERVQUAL

Fuente: Fuentes primarias y secundarias de información.

Elaborado por: Johan Mazón & Alexander Pillajo

Capítulo III: ANÁLISIS DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN

3.1. Caracterización Demográfica de la Muestra

Tabla 2: Promedio de Edad de la Muestra según el Sexo y el Centro de Cuidado

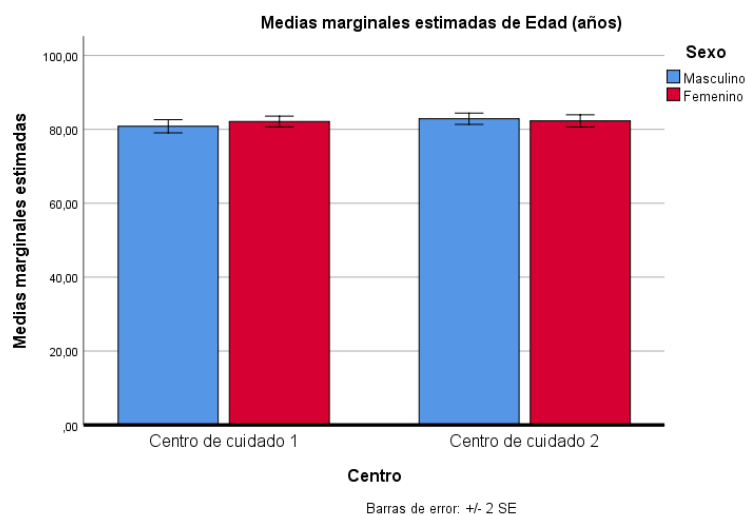
Centro	Sexo	Media	Desv. Desviación	N
Centro de cuidado 1	Masculino	80,8333	2,56255	6
	Femenino	82,1111	1,90029	9
	Total	81,6000	2,19740	15
Centro de cuidado 2	Masculino	82,8750	2,58775	8
	Femenino	82,2857	1,60357	7
	Total	82,6000	2,13140	15
Total	Masculino	82,0000	2,68901	14
	Femenino	82,1875	1,72119	16
	Total	82,1000	2,18695	30

Fuente: Encuesta a usuarios de centros geriátricos, 2020.

Elaborado por: Johan Mazón & Alexander Pillajo

De 30 sujetos seleccionados (Tabla 2) se registra las características de la muestra del estudio conforme a la edad, sexo y centro de cuidado. Al relacionar la edad promedio entre ambos centros, esta fue similar con un promedio de 82 años ($\pm 2,18$). Al igual en ambos centros de cuidado al comparar el promedio de edad entre sexo masculino (82,00 años) y femenino (82,10 años) fue similar (gráfico 1).

Gráfico 1: Promedio de Edad ente Sexo Masculino y Femenino



Fuente: Encuesta a usuarios de centros geriátricos, 2020

Elaborado por: Johan Mazón & Alexander Pillajo

3.2. Comparación de la Calidad de Atención del Área de Fisioterapia de Ambos Centros

Tabla 3: Promedio de la Calidad de la Atención Global y por Dominios en Relación a cada Centro de Cuidado

	Centro de cuidado	N	Media	Desv. Desviación
Bienes tangibles	Centro de cuidado 1	15	4,9167	,54827
	Centro de cuidado 2	15	5,8833	1,26020
Confiabilidad	Centro de cuidado 1	15	5,0000	,51824
	Centro de cuidado 2	15	5,5867	1,35323
Responsabilidad	Centro de cuidado 1	15	5,0833	,57217
	Centro de cuidado 2	15	5,5000	1,38229
Seguridad	Centro de cuidado 1	15	5,3833	,47119
	Centro de cuidado 2	15	5,9000	1,12520
Empatía	Centro de cuidado 1	15	5,4267	,48324
	Centro de cuidado 2	15	5,8000	1,21655
Calidad Global de la Atención	Centro de cuidado 1	15	5,1620	,45088
	Centro de cuidado 2	15	5,7340	1,21664

Fuente: Encuesta a usuarios de centros geriátricos, 2020.

Elaborado por: Johan Mazón & Alexander Pillajo

Tabla 4: Resultados t Student en Relación al Promedio de Calidad Global y por Dominios

		t	GI	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias
Bienes tangibles	Se asumen varianzas iguales	-2,724	28	,011	-,96667
	No se asumen varianzas iguales	-2,724	19,117	,013	-,96667
Confiabilidad	Se asumen varianzas iguales	-1,568	28	,128	-,58667
	No se asumen varianzas iguales	-1,568	18,020	,134	-,58667
Responsabilidad	Se asumen varianzas iguales	-1,079	28	,290	-,41667
	No se asumen varianzas iguales	-1,079	18,661	,294	-,41667
Seguridad	Se asumen varianzas iguales	-1,640	28	,112	-,51667
	No se asumen varianzas iguales	-1,640	18,764	,118	-,51667
Empatía	Se asumen varianzas iguales	-1,105	28	,279	-,37333
	No se asumen varianzas iguales	-1,105	18,311	,284	-,37333
Calidad Global de la Atención	Se asumen varianzas iguales	-1,707	28	,099	-,57200
	No se asumen varianzas iguales	-1,707	17,774	,105	-,57200

Fuente: Encuesta a usuarios de centros geriátricos, 2020

Elaborado por: Johan Mazón & Alexander Pillajo

De los 30 sujetos encuestados, al relacionar la calidad de atención global y por dominios que brindan los centros de cuidado (Tabla 3), se obtuvo un promedio general de aproximadamente 5 puntos en ambos centros. En cambio, como se muestra en la tabla 4, al analizar los resultados de la prueba t Student se aprecia la inexistencia de una diferencia significativa entre centros en la mayoría de puntajes de los dominios de la escala SERVQUAL. Sin embargo, se percibe que el promedio general del dominio Bienes Tangibles presenta una diferencia significativa con un valor $t=-2,724$ ($p<0,05$).

Tabla 5: Calidad de la Atención por Dimensiones en cada Centro de Cuidado

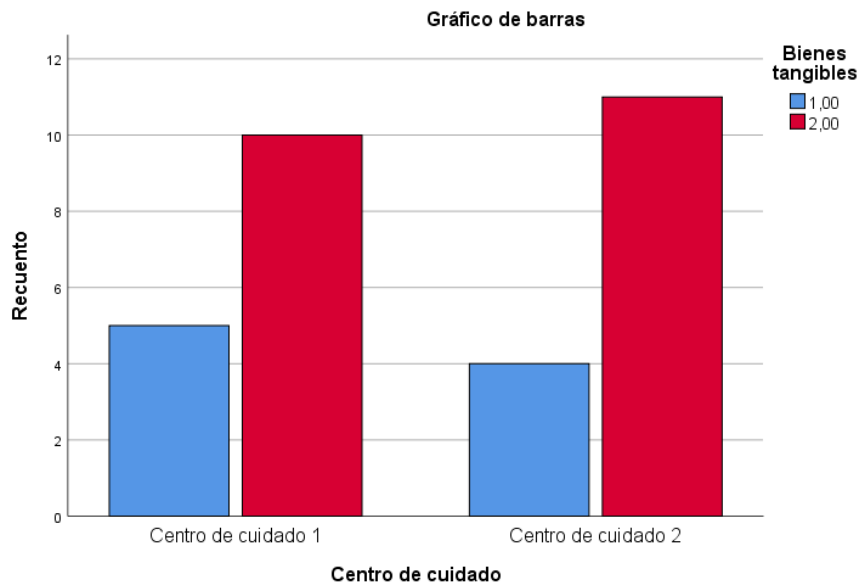
Estadísticos de prueba ^{a,b}					
	Bienes tangibles	Confiabilidad	Responsabilidad	Seguridad	Empatía
H de Kruskal-Wallis	,153	2,320	2,320	,232	,232
GI	1	1	1	1	1
Sig. Asintótica	,695	,128	,128	,630	,630
a. Prueba de Kruskal Wallis					
b. Variable de agrupación: Centro					

Fuente: Encuesta a usuarios de centros geriátricos, 2020

Elaborado por: Johan Mazón & Alexander Pillajo

Al examinar las respuestas de las dimensiones por parte de los encuestados de ambos centros en cuanto a la percepción de la calidad en la atención (totalmente en desacuerdo y totalmente de acuerdo), en la tabla 5 se puede apreciar que no existe una diferencia significativa para ninguno de las dimensiones ($p>0.05$).

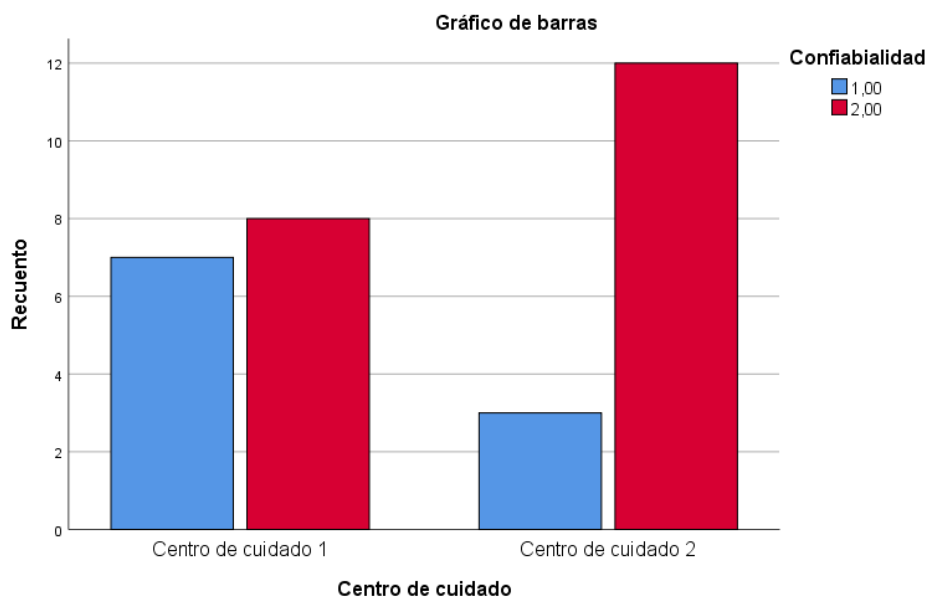
Gráfico 2: Calidad de Atención entre los Centros de Cuidado en Relación a Bienes Tangibles



Fuente: Encuesta a usuarios de centros geriátricos, 2020
Elaborado por: Johan Mazón & Alexander Pillajo

Sin embargo, en el (gráfico 2) se logra apreciar que más adultos mayores otorgan un puntaje entre 5-7, es decir totalmente de acuerdo, en comparación al centro de cuidado 1

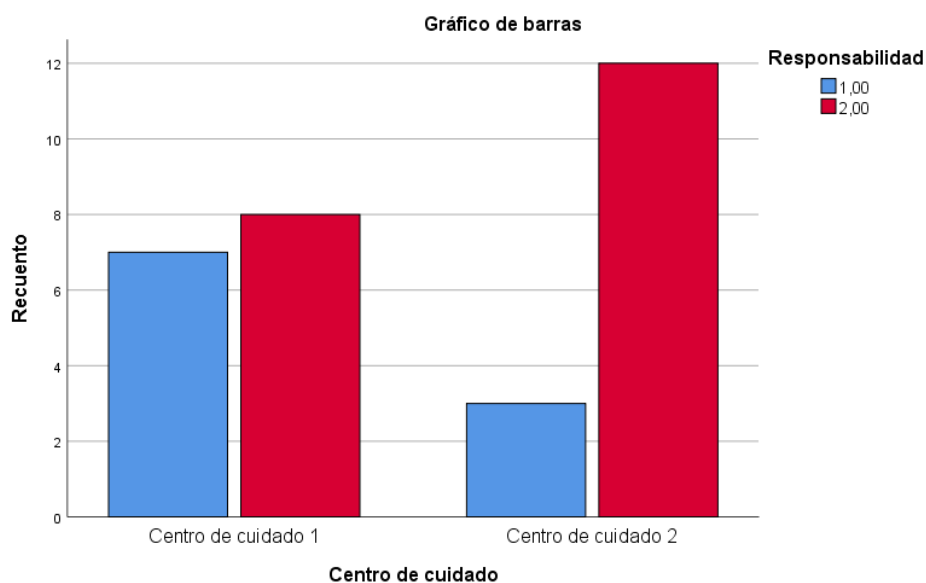
Gráfico 3: Calidad de Atención entre los Centros de Cuidado en Relación a la Confiabilidad



Fuente: Encuesta a usuarios de centros geriátricos, 2020.
Elaborado por: Johan Mazón & Alexander Pillajo

Al examinar el (gráfico 3) se logra apreciar que un mayor número de adultos mayores otorga un puntaje entre 5-7, es decir que están totalmente de acuerdo en el dominio Confiabilidad.

Gráfico 4: Calidad de Atención entre los Centros de Cuidado en Relación a la Responsabilidad

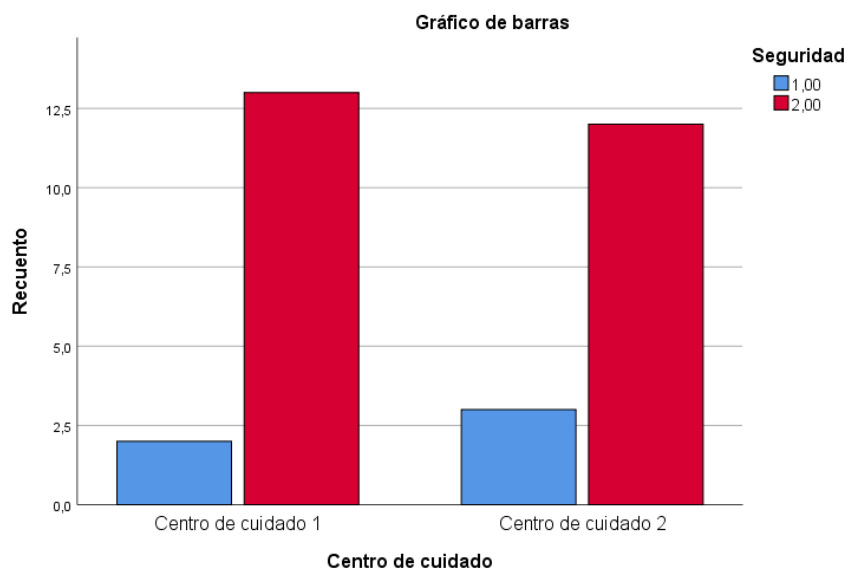


Fuente: Encuesta a usuarios de centros geriátricos, 2020

Elaborado por: Johan Mazón & Alexander Pillajo

Al analizar el (gráfico 4) se logra apreciar que un mayor número de adultos mayores otorga un puntaje entre 5-7, es decir que están totalmente de acuerdo en el dominio Responsabilidad.

Gráfico 5: Calidad de Atención entre los Centros de Cuidado en Relación a la Seguridad

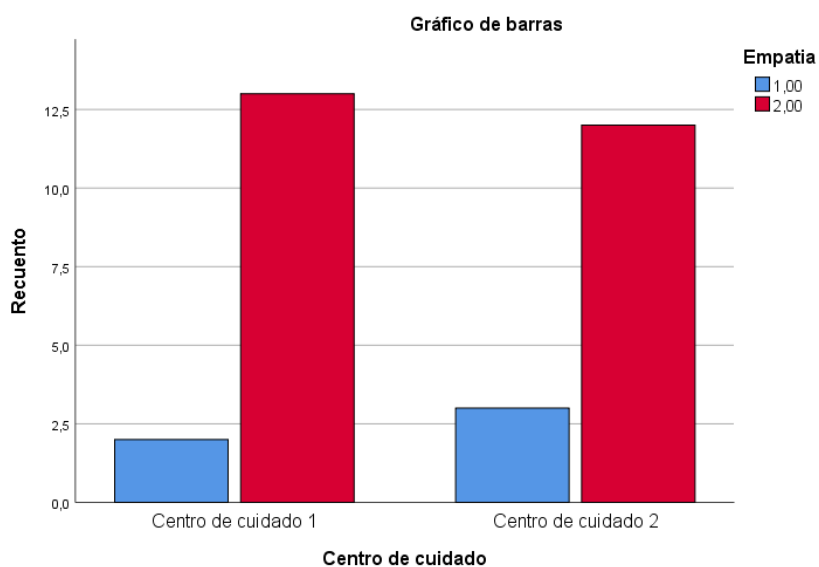


Fuente: Encuesta a usuarios de centros geriátricos, 2020.

Elaborado por: Johan Mazón & Alexander Pillajo

Al examinar en (gráfico 5) se logra apreciar que un mayor número de adultos mayores otorga un puntaje entre 5-7, es decir que están totalmente de acuerdo en el dominio Seguridad.

Gráfico 6: Calidad de Atención entre los Centros de Cuidado en Relación a la Empatía



Fuente: Encuesta a usuarios de centros geriátricos, 2020

Elaborado por: Johan Mazón & Alexander Pillajo

Al examinar el (gráfico 6) se logra apreciar que un mayor número de adultos mayores otorga un puntaje entre 5-7, es decir que están totalmente de acuerdo en el dominio Empatía.

3.3. Correlación de la Variable Demográfica (Sexo)

Tabla 6: Asociación Estadística entre Género y Dimensiones

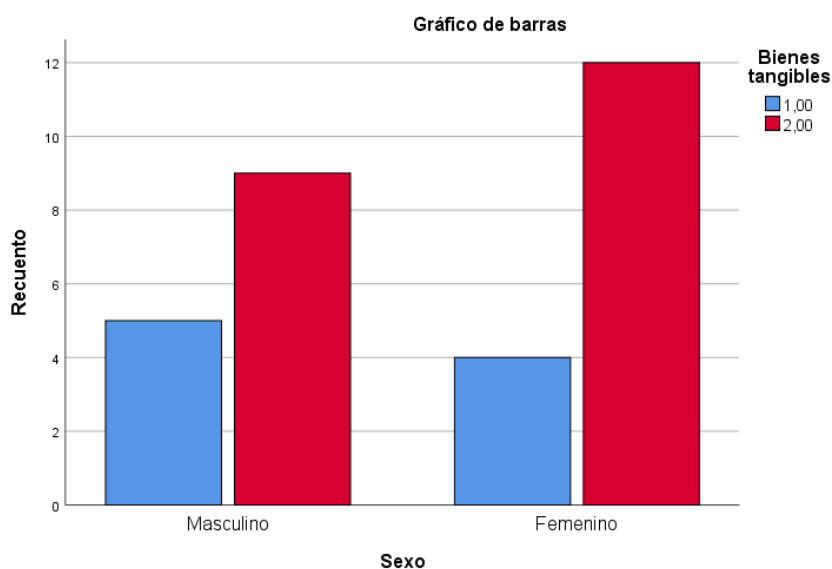
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)
Bienes tangibles				
Chi-cuadrado de Pearson	,408 ^a	1	,523	
Prueba exacta de Fisher				,694
Confiabilidad				
Chi-cuadrado de Pearson	1,071 ^a	1	,301	
Prueba exacta de Fisher				,442
Responsabilidad				
Chi-cuadrado de Pearson	,067 ^a	1	,796	
Prueba exacta de Fisher				1,000
Seguridad				
Chi-cuadrado de Pearson	2,679 ^a	1	,102	
Prueba exacta de Fisher				,157
Empatía				
Chi-cuadrado de Pearson	,429 ^a	1	,513	
Prueba exacta de Fisher				,642
N de casos válidos	30			

Fuente: Encuesta a usuarios de centros geriátricos, 2020

Elaborado por: Johan Mazón & Alexander Pillajo

Al asociar el género y cada una de las dimensiones de la escala (tabla 6) se demuestra que no existe una asociación estadísticamente significativa entre las variables mencionadas ($p > 0.05$).

Gráfico 7: Asociación entre Género y Bienes Tangibles

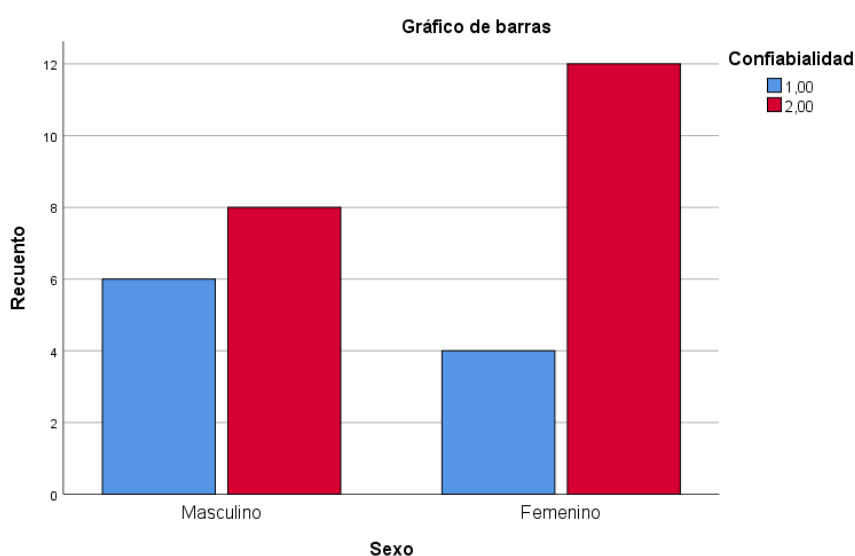


Fuente: Encuesta a usuarios de centros geriátricos, 2020

Elaborado por: Johan Mazón & Alexander Pillajo

La mayoría de sujetos de ambos sexos en relación a los bienes tangibles (gráfico 7) puntuaron entre 5-7 a los Bienes Tangibles, notándose un predominio mayor en el sexo femenino, sin embargo, estadísticamente no se encontró una asociación significativa ($p > 0,05$).

Gráfico 8: Asociación entre Género y Confiabilidad

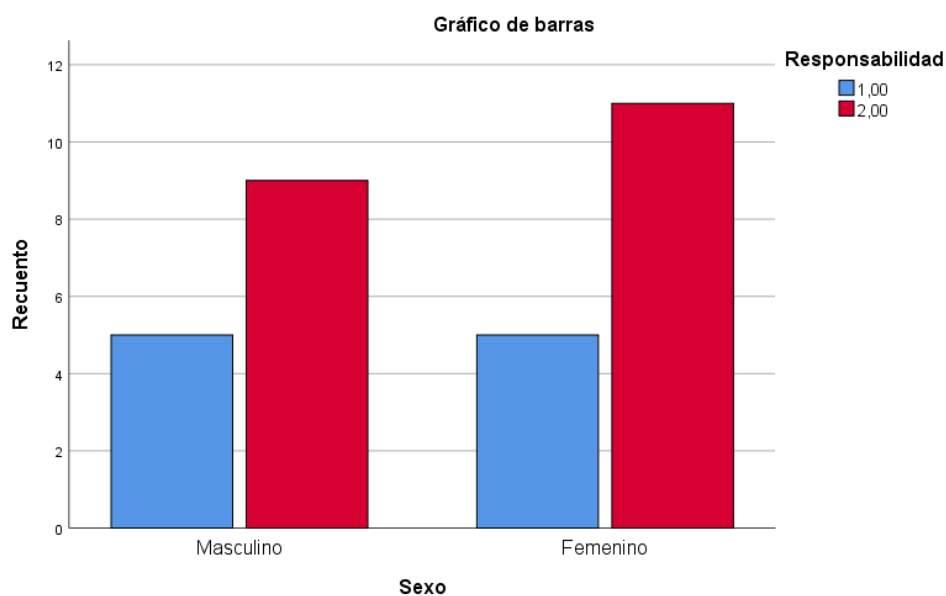


Fuente: Encuesta a usuarios de centros geriátricos, 2020

Elaborado por: Johan Mazón & Alexander Pillajo

La mayoría de encuestados de ambos sexos en relación a la confiabilidad (gráfico 8) puntuaron entre 5-7 a la Confiabilidad, es decir, notándose un predominio mayor en el sexo femenino, sin embargo, estadísticamente no se encontró una asociación significativa ($p>0,05$).

Gráfico 9: Asociación entre Género y Responsabilidad

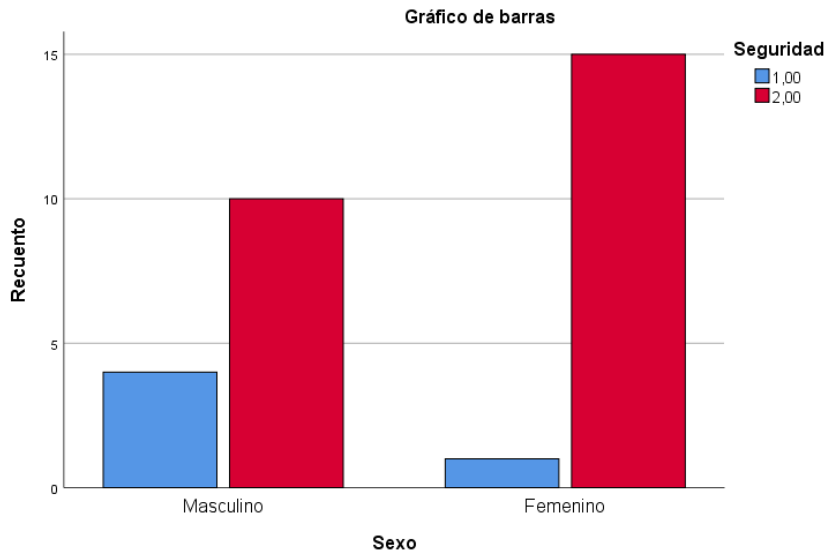


Fuente: Encuesta a usuarios de centros geriátricos, 2020

Elaborado por: Johan Mazón & Alexander Pillajo

La mayoría de sujetos de ambos sexos en relación a la responsabilidad (gráfico 9) puntuaron entre 5-7 a la Responsabilidad, notándose un predominio mayor en el sexo femenino, sin embargo, estadísticamente no se encontró una asociación significativa ($p>0,05$) entre estas variables.

Gráfico 10: Asociación entre Género y Seguridad

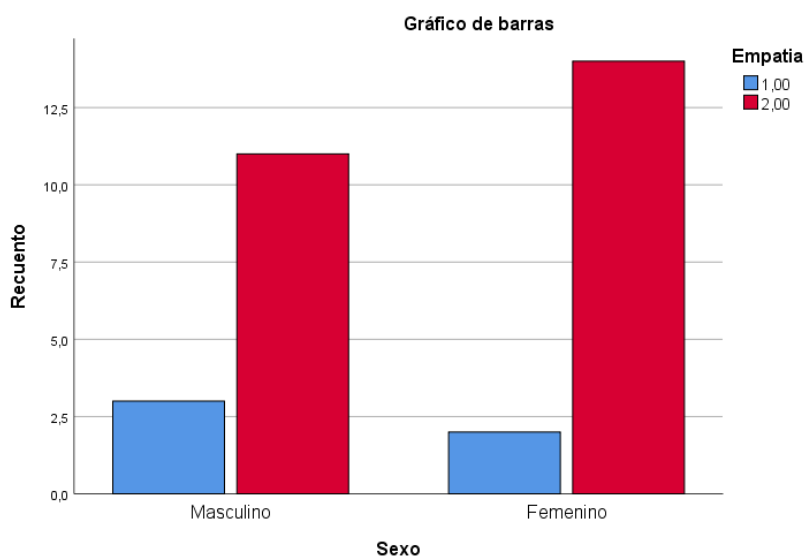


Fuente: Encuesta a usuarios de centros geriátricos, 2020

Elaborado por: Johan Mazón & Alexander Pillajo

La mayoría de encuestados de ambos sexos en relación a la seguridad (gráfico 10) puntuaron entre 5-7 a la Seguridad, teniendo un predominio mucho mayor el sexo femenino, sin embargo, estadísticamente no se encontró una asociación significativa ($p > 0,05$) entre estas variables.

Gráfico 11: Asociación entre Género y Empatía



Fuente: Encuesta a usuarios de centros geriátricos, 2020

Elaborado por: Johan Mazón & Alexander Pillajo

La mayoría de encuestados de ambos sexos en relación a la empatía (gráfico 11) puntuaron entre 5-7 a la Empatía, teniendo un predominio mucho mayor el sexo femenino, sin embargo, estadísticamente no se encontró una asociación significativa ($p > 0,05$) entre estas variables.

3.4. Discusión

Este estudio tuvo como objetivo determinar la percepción de los pacientes geriátricos en términos de calidad de la atención del área de fisioterapia en dos centros de cuidado al adulto mayor. Partiendo de los resultados obtenidos de las encuestas de este estudio se evaluó las características de la muestra conforme a la edad, género y centro de cuidado, en lo cual el promedio de edad de los adultos mayores del centro público (1) fue de 81 años siendo el sexo femenino el predominante, con 9 participantes en comparación al sexo masculino con 6 participantes. En cambio, en el centro de cuidado privado (2) el promedio de edad fue de 82 años siendo el sexo masculino el predominante con 8 participantes en comparación al sexo femenino, con 7 participantes. En cuanto al promedio general la edad en los dos centros de cuidado fue de 82 años, siendo el sexo femenino el predominante con 16 participantes en comparación al sexo masculino con 14 participantes. Así como se menciona en el estudio de Ko & Chou (2020) en un Centro de cuidado donde el promedio general de edad fue de 82.3 años siendo el sexo masculino predominante con 23 participantes en comparación al sexo femenino con 8 participantes.

En cuanto a la variable calidad de la atención, se demostró que en términos generales en el estudio se obtuvo que la calidad global de atención del centro de cuidado público (1) fue de 5.1 en la encuesta SERVQUAL, así mismo del centro de cuidado privado (2) fue de 5,7, es decir que los pacientes de los dos centros están en total acuerdo con la atención recibida. Similar al estudio de Ibarra & Espinoza (2014) donde se determinó la calidad global de atención de un Hospital privado es de 6.61 en la encuesta SERVQUAL y de un Hospital público que es de 5.17, es decir que los participantes están en total acuerdo con el servicio recibido. Por el contrario, el estudio de Ko & Chou (2020) mostró que el promedio general de un centro de cuidado público fue de 3.62, es decir que los participantes están en desacuerdo con la atención recibida. Al cotejar los resultados de los tres estudios antes mencionados se destaca que las diferencias entre estos se deban al ambiente altamente favorable de amabilidad, respeto, confianza y empatía de parte del personal del centro hacia los adultos mayores y viceversa, lo que crea un ambiente agradable. Sin embargo, en el estudio de Ko & Chou (2020) menciona que ciertas dificultades en la atención se deben a tres factores (medio ambiente, tratamiento médico y personal del servicio) y tres dimensiones: calidad del entorno físico (condiciones ambientales e instalaciones), calidad de interacción (actitud, comportamiento y experiencia) y calidad del resultado. En cuanto a la comparación de los dos centros en relación a la percepción de calidad de la atención se encontró que en los diversos dominios de la escala la mayor parte

de los participantes de los centros otorgan un puntaje mayor a 5. El centro de cuidado público presenta un promedio de 4.9 en el dominio de Bienes Tangibles, por el contrario, el centro de cuidado privado presenta un promedio de 5.8 en el mismo dominio, es decir que se presenta una diferencia significativa ($p=0.013$) entre los dos centros en este apartado. Similar al estudio de Ibarra & Espinoza (2014) el cual se describe que el Hospital privado presenta un promedio de 6.6 en el dominio de Bienes Tangibles, mientras que el Hospital público presenta un promedio de 4.6 en el mismo dominio, coincidiendo con el estudio de Gonzales, Padín & Garrido (2005) donde los participantes de un Hospital Público presentan un promedio de 4.47 en el dominio de Bienes Tangibles, es decir que los participantes están en desacuerdo en relación a este dominio. La calidad del entorno físico puede verse afectada ya que las diferentes áreas de los servicios de salud no se encuentran limpias y bien mantenidas con suministros adecuados, también la temperatura y la iluminación de estas mismas áreas no es la adecuada; también mencionan que los modelos mentales de los ancianos sobre cómo funciona la tecnología podrían no ser compatibles cuando las tecnologías modernas se vuelven cada vez más complejas (Ko & Chou, 2020).

Al asociar el sexo de los participantes con los dominios de la encuesta, se obtuvo que ambos géneros otorgan un puntaje mayor a 5, es decir que no existe una asociación significativa entre estas variables, sin embargo, se encuentra un predominio mayor del sexo femenino a puntuar más alto los dominios de la encuesta. Similar al estudio de Papanikolaou & Zygiaris (2011) el cual se describe que no se detectaron diferencias significativas entre la percepción de la calidad en la atención y el género de los participantes. Por el contrario, en el estudio de Hanzelikova, López & Fuste (2017) donde describe que el nivel de calidad de la atención en relación al género hubo un predominio mayor del sexo masculino al puntuar cuatro de los cinco dominios de la encuesta, sin embargo, en la dimensión de Seguridad, la mujer puntuó más alto ($p=0.048$). Según el estudio de Mckinnon (2001) menciona que las diferencias en la percepción de la calidad en la atención entre pacientes masculinos y femeninos son; para los pacientes masculinos, el principal aspecto fue el resultado del tratamiento, mientras que, para las pacientes femeninas, fueron la organización, el acceso a los servicios de salud y la efectividad de la comunicación.

Limitaciones del Estudio

- A pesar de contar con una muestra de 30 se hace necesario realizar otras investigaciones que permitan generalizar los resultados obtenidos en otros centros de cuidado al adulto mayor de la ciudad.
- Otra limitación fue que en algunos participantes hubo dificultad para responder ciertas preguntas debido a la falta de comprensión de las mismas, lo que podría interferir en la calificación otorgada.
- También el puntaje otorgado por los participantes puede variar debido a los factores emocionales y físicos que atraviesa el mismo.

CONCLUSIONES

- Al finalizar este estudio se concluye que los objetivos presentados fueron alcanzados, tanto en la categorización de la población como también en la percepción de calidad de la atención otorgada por el paciente geriátrico al área de fisioterapia de los dos centros de cuidado al adulto mayor.
- El adulto mayor otorgó un puntaje mayor al dominio de Bienes Tangibles, es decir, que en los dos centros de cuidado al adulto mayor que fueron encuestados presentan infraestructura, equipo y personal necesarios para brindar una atención adecuada al adulto mayor.
- Al comparar la percepción de calidad de la atención de ambos centros de cuidado del adulto mayor, los pacientes encuestados de ambos centros otorgan un puntaje mayor a 5, es decir, que los pacientes se encuentran en total acuerdo con el servicio recibido, sin embargo, los participantes del centro privado consideraron los dominios Bienes Tangibles y Seguridad como los más importantes, mientras que los participantes del centro público atribuyeron más importancia a los dominios de Empatía y Seguridad.
- Después de asociar el sexo con los diversos dominios de la encuesta se concluyó que en ambos centros tanto mujeres como hombres están en total acuerdo con la calidad de la atención recibida. Sin embargo, en el apartado de Seguridad el sexo femenino sobresale mayormente y en el sexo masculino los dominios de Empatía y Responsabilidad son de mayor importancia.

RECOMENDACIONES

- Al finalizar este estudio se sugiere que en investigaciones posteriores se amplíe el tamaño de la muestra, así como incluir a los diversos centros de atención al adulto mayor de la ciudad de Quito.
- Al promover la calidad de la atención en los centros de cuidado al adulto mayor se requiere una atención integral, para lo cual se recomienda potenciar constantemente la formación profesional del fisioterapeuta en la atención al paciente geriátrico.
- A partir de los resultados alcanzados es recomendable el seguimiento de la atención que brindan los centros gerontológicos de modalidad residencial a las personas adultos mayores, para asegurarse de que se cumplan los estándares de calidad.
- Se recomienda la utilización de los resultados de este estudio y de estudios posteriores para fomentar planes de mejoramiento de la calidad en las diferentes áreas de atención al adulto mayor como los centros de cuidado al adulto mayor.

REFERENCIAS

- Aguado Gil, L. (2014). Experiencias sobre la relación fisioterapeuta-paciente: una aproximación cualitativa. Recuperado de:
https://ebuah.uah.es/dspace/bitstream/handle/10017/21001/TFG_Aguado_Gil_2014.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Alonso, J., & Povedo, P. (2010). *Gestión de la calidad*. España, Santillana.
- Ajam, M., Sadeghifar, J., Anjomshoa, M., Mahmoudi, S., Honarvar, H., & Mousavi, S. (2014). Assessing Quality of Healthcare Service by the SERVQUAL Model: A Case Study of a Field Hospital. *Journal of Military Medicine*, 15(4), 273-279.
- Barrios, M. (2014). Calidad en los servicios de salud: un reto ineludible. *Revista cubana de hemotología, inmunología y hemoterapia*, 30(2), 179-183.
- Cantos, M., & Villacrés, N. (2011). *Análisis de la satisfacción del usuario de consulta externa del servicio de medicina familiar y alternativas de intervención de la unidad municipal de salud centro del distrito metropolitano de Quito* (Tesis de Pregrado). Universidad Técnica Particular de Loja, Quito.
- Castillo, E. (2005). *Escala multidimensional SERVQUAL*. Recuperado de:
<https://www.gestiopolis.com/wp-content/uploads/2010/03/mida-la-calidad-de-su-servicio-con-la-escala-servqual.pdf>
- Céspedes, Y., Cortés, R., & Madrigal, M. (2011). Validación de un instrumento para medir la percepción de la calidad de los servicios farmacéuticos del Sistema Público de Salud de Costa Rica. *Revista Costarricense de Salud Pública*, 20(2), 14-29.
- Córdoba, A., & Poches, D. (2014). Intervención en cuidadores informales de pacientes con demencia en Colombia: una revisión. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 8(2), 73-81.
- Cruz, J., & Meléndez, R. (2011). Cuidador: ¿concepto operativo o preludio teórico?. *Enfermería universitaria*, 8(1), 49-54.
- Fernández, E. M., Martínez, S. R., & Nebrada, L. A. (2009). Principios Básicos de la Rehabilitación Geriátrica. En *Tratado de Geriatria para Residentes: Vol. Capítulo 9* (Revisado ed., pp. 107-114). Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Recuperado de: https://www.researchgate.net/profile/MI_Alvarez-Nebreda/publication/268355788_PRINCIPIOS_BASICOS_DE_LA_REHABILITACION_GERIATRICA/links/56f13fce08aeb4e2ede8cf0d/PRINCIPIOS-BASICOS-DE-LA-REHABILITACION-GERIATRICA.pdf

- Gascón, S., & Redondo, N. (2014). *Calidad de los servicios de largo plazo para personas adultas mayores con dependencia*. Madrid, CEPAL.
- González, A., Padín, S., & De Ramón, E. (2005). Patient satisfaction with nursing care in a regional university hospital in southern Spain. *Journal of Nursing Care Quality*, 20(1), 63-72. doi: 10.1097/00001786-200501000-00011.
- Guerra, R., Roque, R., & Meizoso, M. (2015). Conceptos e indicadores de calidad en la actividad archivística. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 14(3), 19-29.
- Hanzeliková, A., López, F., & Fusté, R. (2017). Perfil socio-demográfico de los cuidadores de los pacientes geriátricos hospitalizados mayores de 75 años y su relación con la satisfacción. *Enfermería Global*, 16(46), 375-388. doi: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.2.249861>
- Heizer, J., & Render, B. (2007). *Dirección de la producción y de operaciones. Decisiones estratégicas*. España, Pearson Educación.
- Ibarra, L., & Espinoza, B. (2014). Servqual, una propuesta metodológica para evaluar la percepción de la calidad. *Revista Iberoamericana de Ciencias*, 1(4), 107-120.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2010). *Base de datos*. Recuperado de: <http://www.inec.gov.ec/cpv/>
- Melgarejo, L. M. V. (1994). Sobre el concepto de percepción. *Alteridades*, (8), 47-53.
- Ministerio de la Presidencia, relaciones con las cortes y memoria democrática. (2006). *Legislación consolidada*. Recuperado de: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-21990>
- Ko, C., & Chou, C. (2020). Apply the SERVQUAL Instrument to Measure Service Quality for the Adaptation of ICT Technologies: A Case Study of Nursing Homes in Taiwan. *Healthcare*, 8(2), 108-120. doi:10.3390/healthcare8020108
- Landinez Parra, N. S., Contreras Valencia, K., & Castro Villamil, Á. (2012). Proceso de envejecimiento, ejercicio y fisioterapia. *Revista cubana de salud pública*, 38(4), 562-580.
- Leyba, A., & Paniagua, S. (2018). *Evaluación de la calidad de los servicios al adulto mayor. Caso de estudio: Centro de Acogida María Cristina Camilo, Mata Naranjo, Hatillo, San Cristóbal, enero-julio 2018* (Tesis de Maestría). Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, Santo Domingo.

- McKinnon, A. (2009). Client satisfaction with physical therapy services: Does age make a difference?. *Journal of Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*, 19(2), 23-37. doi: https://doi.org/10.1080/J148v19n02_02
- Ministerio de Inclusión Económica y Social. (2014). *Norma Técnica de Población Adulta Mayor*: Recuperado de: <https://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/03/NORMA-TECNICA-DE-POBLACION%CC%81N-ADULTA-MAYOR-28-FEB-2014.pdf>
- Ministerio de Salud de Perú. (2006). *Lineamientos para la atención integral de salud de las personas adultas mayores*. Recuperado de: http://bvs.minsa.gob.pe/local/DGSP/922_DGSP197.pdf
- Moreno, M., Peris, F., & González, T. (2009). *Gestión de la calidad y diseño de organizaciones*. Madrid, Prentice Hall.
- Navarro, A. (2013). *Satisfacción de usuarios y prestadores con los servicios de salud en el contexto de las transformaciones* (Tesis de Pregrado). Escuela Nacional de Salud Pública, Perú.
- Organización Panamericana de la Salud (2002). *Guía clínica para atención primaria a las personas adultas mayores*. Recuperado de: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/introduccion.pdf>
- Ospina Rave, B. E., Sandoval, J. D. J., Aristizábal Botero, C. A., & Ramírez Gómez, M. C. (2005). La escala de Likert en la valoración de los conocimientos y las actitudes de los profesionales de enfermería en el cuidado de la salud. Antioquia, 2003.
- Padilla, K., & Ruiz, A. (2017). Calidad de vida de cuidadores primarios de niños con discapacidad intelectual. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 20(4), 1314-1343.
- Pamies, D. S. (2004). De la calidad de servicio a la fidelidad del cliente. ESIC editorial.
- Papanikolaou, V., & Zygiaris, S. (2014). Service quality perceptions in primary health care centres in Greece. *Health expectations*, 17(2), 197-207. doi: 10.1111/j.1369-7625.2011.00747
- Parasuraman, A., Zeithaml, V., & Berry, L. (1988). Servqual: a multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of retailing*, 64(1), 12-40.

- Parra P., Bermejo, R., Más, A., Hidalgo, M., Gomis, R., & Calle, J. (2012). Factores relacionados con la satisfacción del paciente en los servicios de urgencias hospitalarios. *Gaceta Sanitaria*, 26(2), 159-165.
- Quispe, G., & Ayari, V. (2016). Medición de la Satisfacción del Cliente en Organizaciones no Lucrativas de Cooperación el Desarrollo. *Revista Empresarial*, 10(37), 27-35.
- Ramírez, M., Ocampo, K., Ortega, D., & Erazo, N. (2020). Identificación de la carga laboral y su relación con la percepción de salud en cuidadores de la zona 9 del Ecuador. *PSICOLOGÍA UNEMI*, 4(6), 64-74.
- Ríos, A., & Galán, M. (2012). Cuidadores: responsabilidades-obligaciones. *Revista de Enfermería Neurológica*, 11(3), 163-169.
- Rodríguez Díaz, O. (2009). Rehabilitación funcional del anciano. *Medisan*, 13(5), 0-0.
- Rodriguez, L. (2016). La calidad en salud un concepto histórico vigente. *Revista ciencia y cuidado*, 13(1), 5-9. doi: <https://doi.org/10.22463/17949831.731>
- Siegrist, J., & Richard, B. (2012). *Nuevos enfoques sobre la mejora de calidad hospitalaria, eficiencia y satisfacción del paciente*. Seminario, Harvard School of Public Health, Boston, Massachusetts.
- Thompson, I. (2019). *La Satisfacción del cliente*. Recuperado de: <https://www.promonegocios.net/clientes/satisfaccion-cliente.html>
- Vergara, S., & González, A. (2009). Psicoterapia cognitivo conductual de grupo manualizada como una alternativa de intervención con adultos mayores. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 11(2), 155- 190.
- Velarde, J. (2002). *Evaluación de la calidad de vida y cambios en el adulto mayor*. México, Editorial SP.
- Villalba, C. (2013). La calidad del servicio: un recorrido histórico conceptual, sus modelos más representativos y su aplicación en las universidades. *Punto de vista*, 4(7). 51-72.
- World Health Organization. (2001). El Abrazo mundial: manual (No. WHO/NMH/NPH/01.3). Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

ANEXOS

Anexo 1: Cuestionario SERVQUAL

SERVQUAL

Estimado usuario/a, esta encuesta tiene por objetivo identificar la calidad del servicio del área de fisioterapia.

La información que usted nos proporcione es de absoluta confidencialidad, en caso de dudas, puede solicitar ayuda del encuestador. De antemano le agradecemos su sinceridad y gentil colaboración.

Edad: _____ **Género:** F _____ M _____ **Fecha:** _____

Indicaciones: Marque con una X la puntuación más acorde que considere.

		Factores	Total desacuerdo				Total acuerdo		
			1	2	3	4	5	6	7
BIENES TANGIBLES	1	El servicio cuenta con un equipamiento de aspecto moderno							
	2	Las instalaciones físicas del servicio son visualmente atractivas							
	3	Los empleados del servicio tienen buena presencia							
	4	En el servicio, el material asociado con el servicio (como los folletos o los comunicados) es visualmente atractivo							
CONFIABILIDAD	1	Cuando el servicio promete hacer algo en una fecha determinada, lo cumple							
	2	Cuando tiene un problema, el servicio muestra un interés sincero por solucionarlo							
	3	El servicio lleva a cabo el servicio bien a la primera							
	4	El servicio lleva a cabo sus servicios en el momento que promete que va hacerlo							
	5	El servicio pone énfasis en unos registros exentos de errores							
RESPONSABILIDAD O CAPACIDAD DE RESPUESTA	1	Los empleados del servicio le comunican con exactitud cuándo se llevaran a cabo los servicios							
	2	Los empleados del servicio le proporcionan un servicio rápido							
	3	Los empleados del servicio siempre están dispuestos a ayudarle							
	4	Los empleados del servicio nunca están demasiado ocupados para responder a sus preguntas							
SEGURIDAD	1	El comportamiento de los empleados del servicio le inspira confianza							
	2	Se siente seguro en sus transacciones con el servicio							
	3	Los empleados del servicio suelen ser corteses con usted							

	4	Los empleados del servicio tienen los conocimientos necesarios para contestar a sus preguntas							
EMPATIA	1	El servicio le proporciona atención individualizada							
	2	El servicio tiene unos horarios de apertura o atención adecuados para todos sus clientes							
	3	El servicio cuenta con unos empleados que le proporcionan una atención personalizada							
	4	El servicio se interesa por actuar del modo más conveniente para usted							
	5	Los empleados del servicio comprenden sus necesidades específicas							

Anexo 2: Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha _____

Yo _____, con documento de identidad C.C. _____, Certifico que he sido informado/a con la claridad y veracidad debida respecto al ejercicio académico que las estudiantes Mauricio Alexander Pillajo Quitiaquez y Johan Patricio Mazón Paladines me han invitado a participar, que actuó consecuente, libre y voluntariamente como colaborador, contribuyendo a este procedimiento de forma activa. Soy conocedor/a de la autonomía suficiente que poseo para retirarme u oponerme al ejercicio académico, cuando lo estime conveniente y sin necesidad de justificación alguna, que no me harán devolución escrita y que no se trata de una intervención con fines de tratamiento médico.

Que se respetara a la buena fe, la confiabilidad e intimidad de la información por mí suministrada, lo mismo que mi seguridad física y psicológica.

Firma del estudiante
C.C. _____

Firma del estudiante
C.C. _____

Firma del encuestado
C.C. _____

Nombres: Johan Patricio Mazón Paladines
Celular: 0984625193
Correo: beat98edge@outlook.com

Nombres: Mauricio Alexander Pillajo Quitiaquez
Celular: 0987519810
Correo: alexanderdj_pq9@hotmail.com