



Pontificia Universidad
Católica del Ecuador

SEDE
ESMERALDAS

ESCUELA DE ENFERMERIA

TESIS DE GRADO

CALIDAD DE ATENCIÓN QUE SE BRINDA A LOS ADULTOS MAYORES DEL ASILO DE ANCIANOS ESPOSOS BISHARA DE ESMERALDAS

PREVIO AL GRADO ACADÉMICO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

AUTORA

MISHELLE ALEXANDRA MEJIA PRIETO

ASESORA

MGT. MERCY FALCONES

Esmeraldas, 2019

TRIBUNAL DE GRADUACIÓN

Trabajo de tesis aprobado luego de haber dado cumplimiento a los requisitos exigidos por los reglamentos de la PUCE ESMERALDAS previo a la obtención del título de LICENCIADA EN ENFERMERÍA.

Presidente Tribunal de Graduación

Lector 2

Directora de tesis

Director de Escuela

Esmeraldas, ----- 2019

AUTORÍA

Yo MISHELLE ALEXANDRA MEJIA PRIETO con C.I. 0802929935 declaro que la presente investigación enmarcada en el actual trabajo de tesis es absolutamente original, auténtica y personal. En virtud que el contenido de esta investigación es de exclusiva responsabilidad legal y académica del autor y de la PUCE ESMERALDAS.

MISHELLE ALEXANDRA MEJIA PRIETO
C.I. 0802929935

DEDICATORIA

El presente trabajo investigativo se lo dedico a mi familia y de manera muy especial a mi padre Peter Mejia y a mi abuelita Josefina Bernal, quienes han sido pilar fundamental para mi vida.

A mis amigos y amigas que han estado apoyándome constantemente, los llevo siempre presentes.

AGRADECIMIENTO

Mi gratitud infinita a Dios por bendecirme en cada paso que doy llenándome de sabiduría para enfrentar los retos presentados en mi vida.

A la universidad y profesores por abrirme las puertas al conocimiento con sus valiosas enseñanzas las cuales me permitieron desarrollarme a lo largo de mi carrera.

Finalmente a la institución Asilo de Ancianos Esposos Bishara los cuales fueron de ayuda fundamental durante este proceso.

ÍNDICE

Tribunal de graduación	i
Autoría	ii
Dedicatoria.....	iii
Agradecimiento.....	iv
Índice	v
Tabla de ilustraciones	vi
Resumen.....	vii
Abstract.....	viii
INTRODUCCIÓN	1
Presentación del tema de investigación	1
Planteamiento del problema.....	2
Justificación	5
Objetivos.....	6
CAPÍTULO I Marco Teórico	7
1.1. Bases teóricas-científicas	7
1.2. Antecedentes	18
1.3. Marco legal.....	20
CAPITULO II Materiales y Métodos	22
2.1. Tipo de estudio.....	22
2.2. Definición conceptual y operacionalización de las variables	23
2.3. Métodos.....	23
2.4. Técnicas e instrumentos	23
2.5. Análisis de datos	24
2.6. Normas éticas	24
CAPÍTULO III Resultados	25
CAPÍTULO IV Discusión	36
CAPÍTULO V Conclusiones	38
CAPÍTULO VI Recomendaciones	39
Referencias bibliográficas.....	42
Anexos	46

TABLA DE ILUSTRACIONES

Figura 1: Trato que reciben los adultos mayores en el Asilo de ancianos Esposos Bishara	25
Figura 2: Disposición del personal del Asilo de ancianos Esposos Bishara para ayudar a los adultos mayores.....	26
Figura 3: Diagnóstico de enfermedades crónicas de los adultos mayores en el Asilo de ancianos Esposos Bishara.	27
Figura 4: Medicamentos y suministros con los que cuenta el Asilo de ancianos Esposos Bishara.	28
Figura 5: Horarios y dosis de medicamentos de los adultos mayores en el Asilo de ancianos Esposos Bishara.	29
Figura 6: Alimentación de los adultos mayores en el Asilo de ancianos Esposos Bishara	30
Figura 7: Actividad física y rehabilitación de los adultos mayores en el Asilo de ancianos Esposos Bishara.	31
Figura 8: Control de signos vitales de los adultos mayores en el Asilo de ancianos Esposos Bishara.	32
Figura 9: Actividades recreativas de los adultos mayores en el Asilo de ancianos Esposos Bishara.	33
Figura 10: Comodidad de las instalaciones en el Asilo de ancianos Esposos Bishara. ...	34
Figura 11: Promoción de autocuidados de los adultos mayores en el Asilo de ancianos Esposos Bishara.	35

RESUMEN

Con el objetivo de analizar la calidad de atención que se brinda a los adultos mayores del Asilo de Ancianos Esposos Bishara de Esmeraldas, se realizó una investigación observacional, descriptiva y de campo, con una población de 32 adultos mayores y 2 administradores que constituyó la muestra, a quienes se les aplicó las técnicas de entrevista, encuesta y observación, e instrumentos como cuestionario con preguntas abiertas, cerradas y ficha de observación. Los resultados más sobresalientes son que el 100% de ellos se sienten conformes con el trato brindado por el director del asilo y la trabajadora social, un 96% por el terapeuta físico, 84% por la psicóloga y un 81% por los cuidadores, aunque a pesar de esto, se pudo observar que a veces les gritan porque los adultos mayores están distraídos, o no escuchan bien lo que les dicen, o también porque el personal del asilo presenta un carácter fuerte. Además la disposición del personal del asilo es considerada buena en un 46,87%, regular en un 46,87% y mala en un 6,26%, porque en muchas ocasiones la ayuda no es oportuna o se demoran en atenderlos. En general los adultos mayores muestran estar satisfechos con la amabilidad y predisposición del personal para atenderlos cuando lo requieren. Se concluye en base a los parámetros evaluados que la calidad de atención que se brinda a los adultos mayores del Asilo es buena.

Palabras Claves: Calidad de Atención - Adulto Mayor - Asilo de Ancianos - Cuidados - Salud.

ABSTRACT

With the objective to analyze the quality of care provided to the elderly of the Esmeraldas Bishara Esmeraldas Nursing Home, an observational, descriptive and field research was carried out, with a population of 32 seniors and 2 administrators that constituted the sample, to whom the interview, survey and observation techniques were applied, and instruments such as a questionnaire with open, closed questions and an observation form. The most outstanding results are that 100% of them feel satisfied with the treatment provided by the director of the asylum and the social worker, 96% by the physical therapist, 84% by the psychologist and 81% by the caregivers, although in spite of this, it was observed that sometimes they shout at them because the elderly are distracted, or they do not listen well to what they are told, or because the asylum staff has a strong character. In addition, the provision of asylum staff is considered good at 46.87%, regular at 46.87% and poor at 6.26%, because on many occasions the aid is not timely or they are delayed in serving them. In general, older adults show to be satisfied with the kindness and willingness of the staff to attend them when they need it. It is concluded based on the parameters evaluated that the quality of care provided to the elderly in Asylum is good.

Key Words: Quality of Care - Older Adults - Nursing Home - Care - Health

INTRODUCCIÓN

Presentación del tema de investigación

Uno de los pioneros y experto en el estudio de la calidad de atención fue Avedis Donabedian, quien consideró que promueve, facilita y garantiza los mayores niveles de salud y bienestar, e incorpora y resuelve los aspectos y circunstancias concretas de cada demanda de atención, tomando en cuenta los aspectos psicológicos, sociales, biológicos, sexuales, ambientales y culturales, mediante recursos humanos, económicos y de infraestructura, con una organización efectiva de los recursos, incluyendo planificación de actividades, supervisión, evaluación de acciones, colaboración intersectorial, consulta y participación de la comunidad (Ballestín, 2015).

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), el otorgar servicios de salud de alta calidad, se ha convertido en una preocupación a nivel mundial de los profesionales en el campo. Este organismo en su “Informe sobre la salud en el mundo 2000”, al referirse a la capacidad de respuesta de un sistema de salud, menciona que “este concepto tiene que ver con la satisfacción o insatisfacción del usuario, de las expectativas de la población con respecto al trato que debería recibir, haciendo particular referencia al respeto de los derechos humanos, a la dignidad del paciente y al respeto de su idiosincrasia (OMS, 2000).

De acuerdo a Virginia Henderson (1987-1996), la Calidad de Atención de Enfermería es “la consecución de conjunto de características y acciones, que posibilitan la restauración en cada paciente, del nivel de salud que es dado remitirle”. Se puede expresar la calidad de la asistencia sanitaria en dar respuestas adecuadas a las necesidades y expectativas del usuario de los servicios de salud, con los recursos humanos y materiales de que disponemos y el nivel de desarrollo científico actual, para lograr el máximo grado de desarrollo posible de satisfacción, tanto para el usuario como para los profesionales al costo más razonable (Salcedo, Alba, & Zarza, 2009).

Por tal motivo, la calidad ha despertado gran interés para todas las instituciones, lo que implica un compromiso gerencial, trabajo en equipo, tecnología de punta, entre otras; sin embargo, éstos no serían suficientes si se vulneraran los derechos a una atención basada

en el trato humano, lo que permite otorgar ciertamente no sólo una mejor atención, sino cuidado con dignidad. Lo que determina que la calidad de atención al paciente y sobre todo al adulto mayor debe comprender todos estos aspectos antes mencionados (Salcedo, Alba, & Zarza, 2009).

En la actualidad los adultos mayores de 65 años son analizados e investigados por gerontólogos y geriatras, puesto que los cambios que constituyen e influyen en el envejecimiento son complejos.

En el plano biológico, el envejecimiento está asociado con la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares. Con el tiempo, estos daños reducen gradualmente las reservas fisiológicas, aumentan el riesgo de muchas enfermedades y disminuyen en general la capacidad del individuo. A la larga, sobreviene la muerte (OMS, 2015).

De acuerdo a la Dirección Población Adulto Mayor del Ecuador, en nuestro país existen: 1.049.824 personas mayores de 65 años (6,5% de la población total). En el año 2020 será del 7,4%. Para el año 2054 se prevé que representen el 18% de la población. Para las mujeres la esperanza de vida será mayor con 83,5 años comparado con los 77,6 años de los hombres (MIES, 2017).

Planteamiento del problema

Aunque parte de la diversidad observada en la edad avanzada responde a nuestra herencia genética, la mayor parte se debe a los entornos físicos y sociales en los que habitamos. Estos entornos incluyen nuestro hogar, nuestro vecindario y nuestra comunidad, y pueden afectar la salud directamente o por medio de obstáculos o incentivos que repercuten en nuestras oportunidades, decisiones y comportamientos (OMS, 2015).

Pero la relación que tenemos con nuestro entorno depende de varias características personales, incluida la familia en la que nacimos, nuestro sexo y nuestro origen étnico. La influencia del entorno a menudo se ve alterada esencialmente por estas características, lo que produce desigualdades en materia de salud, y cuando estas son injustas y evitables, se generan inequidades en salud. De hecho, una parte importante de la gran diversidad en la capacidad y en las circunstancias que se observan en la edad avanzada probablemente

se deba al efecto acumulativo de estas inequidades en salud a largo de toda la vida (OMS, 2015).

Aunque la edad avanzada se asocia generalmente con mayores necesidades de asistencia sanitaria, la relación entre la utilización del sistema de salud y el gasto en salud es variable. De hecho, en algunos países de ingresos altos, el gasto en salud por persona en realidad se reduce de manera considerable después de los 75 años de edad aproximadamente (mientras que aumenta el gasto en atención a largo plazo). Debido a que cada vez más personas llegan a edades avanzadas, permitir que las personas lleven una vida larga y saludable, en realidad, puede aliviar las presiones inflacionarias en el gasto en salud (OMS, 2015).

En Ecuador se realizan trabajos de acompañamiento y actividades con usuarios en situación de abandono o pobreza extrema. Muchas veces estas personas viven solas en sus domicilios y necesitan de actividades y dinámicas para fortalecer sus procesos cognitivos como la memoria o actividades físicas. La atención que reciben incluye una conexión integrada de servicios de inclusión económica, social, educación, salud, justicia, entre otros. Para ello, el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) realiza acciones de seguimiento nominal que aseguran la cobertura de servicios a cada uno de los usuarios.

En el Asilo de Ancianos Esposos Bishara de la ciudad de Esmeraldas, se detectan adultos mayores enfermos y maltratados por parte de algunos miembros del personal que labora allí; causado por insuficientes talentos humanos como personal médico y enfermera de planta, debido a la falta de recursos económicos, puesto que ellos obtienen la mayor parte de la ayuda económica del Vicariato, lo cual lleva a una limitada atención sanitaria profesional, y en el caso de llegarse a presentar algún evento adverso, acuden a profesionales de la salud que pertenecen al Ministerio de Salud Pública y que prestan sus servicios en el Centro de Salud de la Parroquia Tachina, los cuales son delegados por la Dirección Distrital de Salud.

Otra de las causas, es el abandono familiar y social que viven los adultos mayores, por lo general, porque los familiares consideran que son una carga, ya que estos no pueden

valerse por ellos mismos y dejan de ser personas productivas económicamente porque ya no pueden trabajar, además no tienen tiempo para cuidarlos, o simplemente les molesta atender a su familiar adulto mayor y consideran que pagar a alguien más para que los cuide es un gasto innecesario, aunque algunos consideran que es un acto deshumanizado por parte de su familiar el hecho de haberlos dejado en este centro, donde tienen que adaptarse a un nuevo estilo de vida, después de que ellos dieron todo por sus hijos o demás familiares, otros sin embargo ven al asilo como el único refugio, puesto que habían vivido durante años en la calle y no tenían quien velara por ellos.

Algunos adultos mayores sí son visitados semanalmente o mensualmente por algún familiar, el cual le lleva alimentos, productos de aseo y vestimenta, y sobre todo alegría, porque para ellos es una satisfacción muy grande ser visitados por familiares o amigos, pero la mayoría de los adultos mayores viven en un total abandono.

Además, hay una infraestructura con mobiliario obsoleto, lo cual provoca dificultad a los adultos mayores para movilizarse y estar cómodos dentro de la unidad, ante lo cual Abizanda & Rodríguez (2015), afirman: “que estos asilos deben tener condiciones que puedan favorecer la recuperación de la enfermedad y jugar, por tanto, un papel terapéutico”.

Igualmente para evitar accidentes y caídas de los adultos mayores, falta implementar rampas con doble pasamano, iluminación exterior y señalización, también camas y el material que los adultos mayores emplean sillón, silla de ruedas, mesilla de noche, etc., como lo señalan Abizanda & Rodríguez (2015) en los criterios de estructura de uso en unidades de geriatría.

Todo esto tiene efectos como complicaciones en el estado de salud de los adultos mayores que pueden ser: insuficiencia cardíaca, úlceras por presión, desnutrición, incontinencia urinaria, osteoartritis, entre otras, debido a la escasa atención médica y de enfermería, ya que no hay médico ni enfermera de planta, sino que cuando es necesario se traslada el médico rural del centro de salud de Tachina, y esto puede hacer que su cuadro clínico empeore y podría llevarlos a la muerte, pese a que cuentan con fisiatra, psicóloga, trabajadora social, terapeuta ocupacional que trabajan durante el día y cuidadores no profesionales que laboran las 24 horas del día.

Otro de los efectos es que algunos adultos mayores presentan síntomas de depresión, ya que se aíslan y evitan interactuar con sus compañeros, como indica la OMS (2017): “Los adultos mayores también son vulnerables al maltrato, sea físico, sexual, psicológico, emocional, económico o material; al abandono; a la falta de atención y a graves pérdidas de dignidad y respeto. Los datos actuales indican que una de cada 10 personas mayores sufre maltrato, que no se limita a causar lesiones físicas sino también graves problemas psíquicos de carácter crónico, como la depresión y la ansiedad”.

Se debe tener en cuenta que los adultos mayores son un grupo vulnerable y si no se realizan los cuidados preventivos y asistenciales, puede provocar su mortalidad debido a su avanzada edad y su fragilidad para enfrentar las dificultades de la vida diaria.

Por todos estos problemas se plantea la pregunta ¿Cuál es la calidad de atención que se les brinda a los adultos mayores del asilo de Ancianos Esposos Bishara?.

Justificación

La calidad de atención es muy importante porque de esto depende la calidad de vida que tengan los adultos mayores, debemos recordar que algún día todos llegaremos a esa edad, y debemos tratarlos como nos gustaría ser tratados, por esta razón el propósito de esta investigación es identificar los problemas que se presentan respecto a la calidad de atención que se le brinda a los adultos mayores asilados para poder llegar a conclusiones y generar recomendaciones que conduzcan a un mejor servicio que conlleven a brindar calidad del cuidado a este grupo de personas que se encuentran en estado de vulnerabilidad por su edad, deterioro de la salud, y en muchos casos por su estado de abandono por parte de familiares y de la sociedad (OMS, 2015).

Recíprocamente, esta investigación tiene muchos beneficios como: la información obtenida permitió identificar fortalezas y debilidades en la calidad de atención a los adultos mayores que están ahora asilados, y los nuevos que pudieran llegar a esta institución se puedan sentir más seguros, más cuidados para que los últimos años de su vida sean dentro de un entorno de dignidad.

Recomendar como brindar una buena calidad de atención que permitirá optimizar la salud de sus pacientes y lograr ser una de los mejores asilos caracterizado por su alto profesionalismo para el cuidado de los adultos mayores a favor de la población mayor.

Con la experiencia de este estudio se logra ganar como estudiantes de la carrera de enfermería y futuros profesionales de la salud, destrezas y habilidades para brindar una adecuada atención a nuestros adultos mayores y aportar con conocimientos científicos a nuestro centro de estudio.

Objetivos

Objetivo General

Analizar la calidad de atención que se brinda a los adultos mayores del Asilo de Ancianos Esposos Bishara.

Objetivos Específicos

- Identificar la calidez en el trato a los adultos mayores por parte del personal que labora en el Asilo de Ancianos Esposos Bishara.
- Establecer los recursos con que cuenta el Asilo para brindar cuidados a los adultos mayores.
- Identificar las medidas de seguridad que disponen en el Asilo de Ancianos Esposos Bishara.
- Verificar la promoción del autocuidado a los adultos mayores del Asilo de Ancianos Esposos Bishara.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

1.1. Bases teóricas-científicas

La Organización Mundial de la Salud define la calidad asistencial como: «Una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud (educativas, preventivas, protectoras y de mantenimiento) de los individuos o de la población de una forma total y precisa, y destina los recursos necesarios (humanos y de otros tipos) a estas necesidades de manera oportuna y tan efectiva como el resultado actual del conocimiento lo permite» (OMS, 2016).

Jiménez afirma que la definición de *buena calidad* de los servicios de salud es difícil y ha sido objeto de muchos cuestionamientos, porque la calidad es un atributo del que cada persona tiene su propia concepción, pues depende directamente de intereses, costumbres, nivel educacional, entre otros factores (Jiménez, 2004).

Carlos C. Álvarez plantea que la "calidad es el criterio técnico científico para los profesionales y el grado de satisfacción para los usuarios; es decir, articula los aspectos técnicos, científicos y metodológicos, así como las relaciones y percepciones" (Abuanza, 2007).

Según Salvarezza, uno de los autores que mayor aporte ha realizado al trabajo con el envejecimiento en Latinoamérica, manifiesta que: "la calidad de la atención en salud se fundamenta en la realización de un diagnóstico adecuado para cada paciente, disponiendo para ello de los mejores y menos molestos métodos y como consecuencia, la administración de un tratamiento idóneo para restablecer en lo posible, la salud". También se determina la calidad por la accesibilidad de los servicios, la continuidad y la satisfacción de los pacientes (Alvarez, Rocha, Bayarre, & Almenares, 2014).

La calidad de atención que se les brinda a los adultos mayores es de vital importancia para su bienestar de vida puesto que las personas mayores hacen aportes a la sociedad de muchas maneras, ya sea en el seno de sus familias, en la comunidad local o en la sociedad

en general, sin embargo, el alcance de esos recursos humanos y sociales y las oportunidades que tengan al envejecer dependerá en gran medida de algo fundamental: la salud. Si las personas viven esos años adicionales de vida en buen estado de salud, su capacidad para hacer lo que valoran apenas tendrá límites. Pero si esos años adicionales se caracterizan por la disminución de la capacidad física y mental, las consecuencias para las personas mayores y para la sociedad serán mucho más negativas (OMS, 2017).

En los adultos mayores es importante que al brindarles una atención, esta sea de calidad e integral, es un proceso importante su carácter funcional, no obstante abarca el punto de vista físico, estado psicológico, emocional y espiritual lo cual lleva a cabo una educación básica que les permite reconocer su valor como individuo-colectivo y el valor de la atención brindada para su bienestar (EFDeportes, 2014).

Pero la calidad que es un aspecto absolutamente necesario en cualquier organización que se aprecie, debe ir acompañada en todas, pero especialmente en determinadas organizaciones como las sanitarias, de una cualidad muy importante: la **calidez**, que hace que el acto médico basado en la propia relación médico-paciente, se transforme en algo muy especial y difícil de explicar puesto que trasciende a la propia relación de agencia que se establece en otros ámbitos, es un hecho inmaterial, un intangible que contribuye tanto o más a la recuperación de la integridad de la salud del individuo generando además una situación de credibilidad y confianza, basada en el respeto y la reputación individual de cada uno de los dos partícipes, el paciente y el profesional sanitario (Knowi, 2015).

La Geriátría, especialidad médica que trata a los adultos mayores, los clasifica en funcionales y disfuncionales basándose en escalas que miden la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria. Los adultos mayores funcionales son aquellos que pueden llevar a cabo sus actividades cotidianas sin dificultad o bien con mínima dificultad, por lo que pueden mantenerse independientes. Se considera disfuncionales a aquellos adultos mayores que por algún motivo presentan una limitación para efectuar las tareas mínimas necesarias para valerse por sí mismos (Meléndez, 2014).

La **seguridad** para los adultos mayores se refiere a la ausencia de daños prevenibles en el paciente durante el proceso de cuidados ya sea en el diagnóstico o en el tratamiento o seguimiento de una enfermedad (Abizanda & Rodríguez, 2015).

El adulto mayor independiente busca proveerse de medidas que beneficien su propia seguridad; es decir, que es capaz de mantener un entorno seguro para él mismo, o acondicionarlo según sus necesidades. Podríamos decir que la seguridad del adulto independiente proviene de la conciencia que tiene de su propio estado y de su propia condición, lo cual le confiere una estabilidad lo mismo física que emocional. Por su parte, el adulto dependiente puede presentar un déficit cognitivo que no le permite discernir entre las situaciones seguras y las situaciones de peligro (Meléndez, 2014).

Los programas para incrementar la seguridad de la atención en ancianos se encuadran en los siguientes apartados:

- Programas de seguridad farmacológica, que intentan asegurar la prescripción, la dispensación y la adherencia al tratamiento farmacológico.
- Programas de control de infección nosocomial y de tratamiento antibiótico adecuado.
- Programas de prevención de accidentes durante la hospitalización: prevención de caídas.
- Programas de efectos adversos ligados a la hospitalización, fundamentalmente prevención de delirium, desnutrición e inmovilidad (Abizanda & Rodríguez, 2015).

El **autocuidado** es fundamental para los adultos mayores, por eso se revisa la teoría del autocuidado de la enfermera Dorothea E. Orem la cual expresa que esta es una función humana reguladora que debe aplicar cada individuo de forma deliberada con el fin de mantener su vida y su estado de salud, desarrollo y bienestar, por tanto es un sistema de acción (Naranjo, Concepción, & Miriam, 2017).

Dentro de los modelos para evaluación de la calidad de los servicios de salud desde la percepción del usuario, tenemos el modelo SERVQUAL propuesto por Parasuraman, Zethaml y Berry, cuyo propósito de evaluación de la calidad de los servicios contempla cinco dimensiones: fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad, empatía y elementos tangible. Si bien fue creado para ser aplicado por empresas, este modelo se suele aplicar en el sector salud, ya que destaca cuatro discrepancias -1) entre las expectativas de los

usuarios y las percepciones de los directivos, 2) entre las percepciones de los directivos y las especificaciones de las normas de calidad, 3) entre las especificaciones de la calidad del servicio y la prestación de este y 4) entre la prestación del servicio y la comunicación externa- y una deficiencia -percibida por el usuario en la calidad de los servicios (Numpaque & Anderson, 2016).

Y el cuestionario SERVQHOS para evaluar la calidad percibida de la atención hospitalaria, que combina expectativas y percepciones a fin de obtener su valoración de la calidad con un número de ítems reducido comparado con el modelo SERVQUAL. Este instrumento que mide aspectos objetivos que hacen referencia a infraestructura, confort, dotación de equipos y asuntos relacionados con aspectos subjetivos a propósito del trato, comunicación e información hacia el usuario por parte del personal de salud (Numpaque & Anderson, 2016).

Avedis Donabedian (1991), considera que una sola definición de calidad que abarque todos los aspectos no es posible, pero que en el tratamiento de un problema específico de salud, la buena calidad puede resumirse como "el tratamiento que es capaz de lograr el mejor equilibrio entre los beneficios de salud y los riesgos".

En términos más prácticos y operativos, la calidad se puede definir siguiendo criterios o variables que pueden ser de estructura, de proceso y de resultados.

Los **criterios de estructura** se refieren a aquellos atributos de un programa o un servicio de salud que tienen que estar disponibles para realizar el servicio de forma adecuada. Estos elementos son: la formación del personal, los ratios del mismo, la estructura física de una planta de hospitalización o la tecnología necesaria para realizar el servicio, e incluso ciertas estructuras organizativas (comités de ética, procedimientos de atención de urgencias, etc.). Estos indicadores la mayoría de las veces dependen más de las creencias de los profesionales que de datos empíricos contrastados (Brook, McGlynn, & Cleary, 1996).

Los criterios de estructura de las unidades de diagnóstico y tratamiento geriátricas son aquellos atributos que deben tener estas unidades para hacer una atención de calidad. Estos criterios muchas veces son impuestos por la administración que los considera como criterios mínimos de acreditación de un centro hospitalario o de un servicio. Una vez

establecidos no son monitorizados de forma continua, además no son indicadores sino solo criterios que se cumplen o no (Abizanda & Rodríguez, 2015).

Existe evidencia científica referente a criterios de estructura en atención geriátrica en dos aspectos: criterios de accesibilidad como lista de espera reducida, ausencia de barreras arquitectónicas, etc., y de seguridad que son los entornos diseñados para evitar accidentes y caídas, evitar pérdidas y fugas, etc. (Abizanda & Rodríguez, 2015).

El diseño arquitectónico de las unidades debería favorecer la recuperación de la enfermedad y jugar, por tanto, un papel terapéutico. Las reglas generales que cualquier unidad geriátrica debería cumplir son: habitaciones con espacio suficiente como para poder alojar la cama y el material que estos pacientes emplean sillón, silla de ruedas, andadores, mesilla de noche, prótesis, etc.; baño asistido sin barreras arquitectónicas; mobiliario adecuado p. ej., camas regulables en altura; áreas comunes amplias para recibir visitas y llevar a cabo terapia recreativa; gimnasio de rehabilitación ubicado en el mismo edificio y cerca de la zona de hospitalización; sala de reuniones del equipo separada de la zona de trabajo de enfermería; ausencia de barreras arquitectónicas en el acceso a la unidad (Abizanda & Rodríguez, 2015).

La Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) establece las funciones que debe desarrollar cada profesional en una unidad de atención geriátrica, además del equipo interdisciplinar mínimo de la misma, que debe estar formado por el médico, un enfermero, auxiliares de clínica, un farmacéutico o farmacólogo, un fisioterapeuta, un logopeda, un terapeuta ocupacional y un trabajador social. Se recomienda, pero no es obligatorio, que formen parte de él otros profesionales, como un dietista, un animador y un psicólogo. Estos profesionales deben tener la titulación correspondiente, ser evaluados de forma anual por sus superiores y pasar un proceso de credenciales de forma periódica (Abizanda & Rodríguez, 2015).

Los **criterios de proceso** se refieren a lo que se hace con los pacientes y cómo se hace. La premisa fundamental de cualquier estándar de proceso es la siguiente: «Siguiendo este proceso se obtendrán mejores resultados». Se debe intentar siempre que los indicadores de proceso se basen en el conocimiento científico disponible o, al menos, en el consenso de expertos. En ocasiones, los criterios de proceso se ordenan en protocolos que

establecen cómo hay que diagnosticar y tratar una determinada enfermedad. Cuando los mismos están basados en la evidencia científica, se les llama «guías de práctica clínica» (Abizanda & Rodríguez, 2015).

Como ya se ha señalado, la mayoría de los indicadores de proceso se recogen en protocolos o guías de práctica clínica, que cada vez son más abundantes en la literatura científica. Muchas de estas guías se elaboran con el consenso de clínicos experimentados y líderes de opinión en la materia, siempre después de realizar una exhaustiva búsqueda bibliográfica (Abizanda & Rodríguez, 2015).

En general, las guías de práctica clínica se basan en el mayor o menor grado de evidencia científica existente en el momento de su publicación. Son múltiples las existentes sobre el diagnóstico y tratamiento de enfermedades de alta prevalencia en población geriátrica. Todas ellas intentan disminuir la variabilidad de la práctica clínica y aclarar las acciones médicas que están avaladas por la literatura científica disponible en un momento dado. Necesitan, por tanto, una actualización permanente (Abizanda & Rodríguez, 2015).

De acuerdo a Abizanda & Rodríguez (2015), se ha demostrado que la difusión y la formación sobre el contenido de estas guías incrementan el seguimiento de las recomendaciones. Sin embargo, además de las guías que se puedan aplicar en una unidad de atención geriátrica, existen procesos que se deben cumplir:

- *Detección de pacientes candidatos a ingreso.* En toda unidad de geriatría debe existir una valoración geriátrica integral antes del ingreso. Esta debe recoger, como mínimo, los problemas médicos del paciente, la medicación que toma, la situación funcional y mental previa y en el momento de la valoración, y si el paciente cuenta o no con apoyo social. En esta valoración también se deben señalar los objetivos del ingreso en la unidad.
- *Derechos del paciente.* Cualquier paciente que ingrese debe ser informado en el momento del ingreso de los derechos y obligaciones que tiene.
- *Evaluación geriátrica integral.* Una vez ingresado, el paciente debe ser valorado de forma integral e interdisciplinaria. El resultado de esta evaluación debe quedar recogido en la historia clínica.

- *Plan de cuidados.* Los problemas detectados en la valoración inicial deben quedar recogidos en la historia clínica en forma de plan de cuidados, con objetivos de la atención. El plan de cuidados se debe realizar en el momento del ingreso y, al menos, cada vez que el paciente presente un cambio en su situación clínica.
- *Detección de cambios e incidencias.* Deben quedar reflejados en la historia clínica.
- *Plan de alta.* Todo paciente ingresado en una unidad de geriatría debe tener un plan de alta que incluya como mínimo:
 - Equipamiento médico en domicilio: debe suministrarse al paciente antes del alta el equipo médico que necesitará en su domicilio (p. ej., oxígeno domiciliario).
 - Educación: sobre el manejo del paciente en domicilio. Esta educación debe ser administrada al paciente y a su cuidador principal. Debe quedar anotada en la historia clínica.
 - Contacto con el equipo de atención primaria que recibirá al paciente. Si es posible se establecerá un contacto directo con el mismo. Previo consentimiento del paciente, se puede enviar el informe de alta al médico de atención primaria.

Un aspecto importante en atención geriátrica es el tratamiento por parte de enfermería. Por ejemplo, en EE.UU., desde la introducción del *Resident Assessment Instrument* como herramienta de valoración geriátrica, se usan 18 protocolos de enfermería para los internos de residencias de ancianos: Delirium, deterioro cognitivo/demencia, problemas de visión, Comunicación, Capacidad para realizar actividades de la vida diaria/potencial rehabilitador, Incontinencia urinaria y cateterización vesical permanente, Interacciones psicosociales, Estado de ánimo, Problemas de comportamiento, Programa de actividades recreativas, Caídas, Problemas nutricionales, Alimentación enteral, Deshidratación, Cuidados dentales, Úlceras por presión, Uso de psicótopos, Restricciones físicas (Abizanda & Rodríguez, 2015).

Los **criterios de resultados**, se refieren a la situación final que se ha producido tras una actuación médica (p. ej., alta a domicilio). Los criterios de resultados son los más difíciles de establecer pero los más prácticos para evaluar un servicio de salud. No obstante, aunque los resultados negativos son fáciles de medir, no ocurre lo mismo con los positivos, que son difíciles de definir en enfermedades crónicas o de larga evolución y en pacientes ancianos (Brook, McGlynn, & Cleary, 1996).

Los indicadores de resultado son difíciles de establecer en geriatría, dado que en este ámbito se atiende a pacientes con diferente complejidad y distintas evolución y complicaciones. Además, los resultados clínicos dependen no solamente del tratamiento aplicado sino también de otra serie de variables, como el entorno del paciente, la situación basal o la presencia de otras enfermedades asociadas (Abizanda & Rodríguez, 2015).

Para evitar la variabilidad existente entre unidades, en los últimos años se han añadido nuevos conceptos a la medida de la calidad asistencial. En el campo de la medida de resultados se está centrando la atención en el ajuste de riesgo y los intervalos de medición. En cuanto a la medida del proceso, en la adecuación del programa de rehabilitación (García, 2008).

Ajuste de riesgo. Las características de una unidad de atención geriátrica como número de camas, de fisioterapeutas, etc. y las características del paciente (situación funcional previa, deterioro cognitivo, etc.) influyen decisivamente en los resultados obtenidos. Si estas características no se tienen en cuenta, la comparación de resultados entre diferentes unidades ofrecerá una visión alterada de la realidad. El ajuste de riesgo es una técnica diseñada para tener en cuenta estas diferencias entre unidades y pacientes al hacer una comparación (Abizanda & Rodríguez, 2015).

Los resultados del cuidado médico dependen de varios factores recogidos en la siguiente ecuación:

Resultados = f (estado basal, variables demográficas, factores clínicos individuales, entorno, tratamiento).

Lo realmente importante de la valoración de resultados es aislar los efectos del tratamiento de las mejoras debidas a los otros factores. Cualquier medición de resultados debe tener en cuenta el nivel previo del paciente (Abizanda & Rodríguez, 2015).

En la anterior fórmula:

- Entre las variables demográficas están el sexo y la edad, así como otras como la educación, la situación económica, el soporte social y la disponibilidad de cuidados formales e informales.
- Los factores clínicos se refieren a los diagnósticos, a las capacidades funcionales y cognitivas, y al grado de severidad de la enfermedad.
- Las variables referidas al entorno son la accesibilidad a los cuidados y el domicilio del paciente.
- El tratamiento normalmente se refiere al formal (el informal forma parte de la variable referida al entorno). Es siempre necesario especificar el tipo de tratamiento y la intensidad del mismo.

En estos momentos existe bastante acuerdo sobre los dominios que deberían ser incluidos en la valoración de resultados en enfermedades de larga evolución:

- Función fisiológica.
- Dolor y malestar físico.
- Función física (actividades básicas e instrumentales de la vida diaria).
- Estado cognitivo (algunos consideran que esta variable es más un modificador que un resultado; pero un mal manejo del paciente puede, claramente, empeorarlo).
- Estado emocional del paciente y del cuidador.
- Participación social del paciente y del cuidador.
- Relaciones e interacciones sociales del paciente y del cuidador.
- Satisfacción (respecto al cuidado recibido y al lugar o nivel asistencial en el que el mismo es dispensado) del paciente y del cuidador.

En la medida de lo posible, es importante recoger los datos directamente del paciente. En el caso de sujetos con deterioro cognitivo, esto a veces no es posible y es necesario utilizar la información obtenida del cuidador principal.

Tiempo. Cualquier medida de resultados en geriatría no será completa si no se incorpora una variable: el intervalo de tiempo necesario para alcanzar la mejoría. Las medidas muy tempranas (p. ej., a las 2 semanas) pueden medir más la influencia del tratamiento en la fase aguda que durante la rehabilitación. Las medidas muy tardías (p. ej., a los 12 meses) pueden estar alteradas por variables ajenas a la rehabilitación y que hayan actuado después de que el paciente fuera dado de alta (Abizanda & Rodríguez, 2015).

Uno de los principios más importantes en la medida de resultados en geriatría es que una medida simple en un momento dado es mucho menos informativa que una medida repetida a lo largo del tiempo. Por ejemplo, una medida simple de la velocidad de la marcha post-accidente cerebro vascular a los 6 meses del episodio agudo ofrece información útil para comparar la calidad de la rehabilitación entre diferentes servicios. Mucho más interesante sería examinar las diferencias en la velocidad de la marcha a las 2 semanas y a los 3 y a los 6 meses del episodio agudo para saber si ha producido una mejoría o un empeoramiento de la misma. Por ejemplo, dos pacientes pueden tener la misma velocidad de marcha a los 6 meses del episodio, pero puede que uno de ellos comenzara con un resultado muy pobre y que fuera mejorando a lo largo del tiempo, y que el otro no haya mejorado pero que hubiera partido de una situación mucho mejor (Abizanda & Rodríguez, 2015).

Aunque existen muy pocos estudios sobre la evolución temporal de las patologías más prevalentes en la atención al anciano, parece razonable, en la medida de resultados (p. ej., índice de Barthel), establecer una medición al ingreso, otra al alta y una tercera a los 6-12 meses de esta (Abizanda & Rodríguez, 2015).

Satisfacción. Dentro de la evaluación de la calidad asistencial, cada vez es más frecuente evaluar la satisfacción del paciente como resultado de la atención.

El nivel de satisfacción de un paciente está directamente relacionado con el grado en que se cumplen sus expectativas. Sin embargo, la satisfacción es una medida imperfecta para evaluar la calidad de un servicio por sí sola: los pacientes pueden sentirse satisfechos con la atención sanitaria, aunque la práctica clínica sea de mala calidad, si tienen pocas expectativas (Abizanda & Rodríguez, 2015).

Por tanto, la satisfacción depende no solo de la calidad del servicio sino también de las expectativas del paciente. Estas, a su vez, dependen de la experiencia que el paciente tuviera previamente de los servicios sanitarios. En general, se puede decir que: la satisfacción respecto a un servicio sanitario varía según el grado de información que recibe el paciente y los servicios con un mayor contacto con el paciente y su cuidador suelen incrementar el grado de satisfacción (Abizanda & Rodríguez, 2015).

Por último, es importante tener en cuenta que la satisfacción decrece en pacientes con depresión y enfermedades crónicas concomitantes, especialmente en aquellos con problemas cardíacos, pulmonares y de movilidad (Abizanda & Rodríguez, 2015).

Existen algunas características del paciente adulto mayor relevantes en la medida de la calidad de atención, como son:

Heterogeneidad: en general, los pacientes adultos mayores, independientemente del nivel asistencial en el que son atendidos, son heterogéneos y presentan varios problemas médicos activos. Eso hace que la medición de resultados deba incluir estas variables (Abizanda & Rodríguez, 2015).

Esta heterogeneidad deriva de diferencias demográficas, en la situación premórbida, en la situación funcional previa y en el soporte social, así como de la presencia de depresión, problemas mentales y otros trastornos médicos asociados (comorbilidad). Entre estos pacientes se puede encontrar un grupo con altas probabilidades de recuperación funcional, estabilización médica y reinserción en su domicilio, mientras que otro grupo de pacientes tiene escasas o nulas posibilidades de recuperación. La mayoría de los pacientes suelen estar en un grupo intermedio (Abizanda & Rodríguez, 2015).

Recuperación espontánea: en muchas ocasiones, el paciente puede sufrir una recuperación espontánea a lo largo del tiempo. Un ejemplo es el accidente cerebrovascular, de cuyos síntomas se recuperan, sin rehabilitación formal, alrededor de un tercio de los pacientes. A pesar de que existen variables que pueden predecir la recuperación espontánea (fundamentalmente la localización del daño neurológico y la extensión del mismo), en la actualidad nos es imposible distinguir los beneficios obtenidos de forma espontánea de aquellos debidos a un programa de rehabilitación. No

obstante, es necesario tener en cuenta este concepto para no atribuir a una supuesta calidad asistencial la recuperación funcional de un paciente que podría haberse recuperado igualmente de forma espontánea (Abizanda & Rodríguez, 2015).

Factores de riesgo: existen una serie de factores de riesgo que influyen decisivamente en la recuperación funcional de un anciano y que deben ser tenidos en cuenta a la hora de medir los resultados de cualquier intervención geriátrica. Estos factores se pueden agrupar en dos grupos:

1. *Factores relacionados con la enfermedad principal.* Son factores específicos de cada patología. Ejemplos de ellos son la calidad de la osteosíntesis en una fractura de cadera, la presencia de déficits visoespaciales en un accidente cerebrovascular o la existencia de complicaciones locales en el muñón de un amputado (Abizanda & Rodríguez, 2015).

2. *Factores independientes de la enfermedad.* Existen fundamentalmente tres: la situación funcional previa, el grado de independencia antes del ingreso y la presencia de un cuidador principal. Los pacientes que muestran una situación funcional buena son independientes en su vida cotidiana antes del ingreso y cuentan con un buen soporte familiar tienen más probabilidades de ser dados de alta a su domicilio que aquellos sin apoyo y dependientes antes del ingreso (Abizanda & Rodríguez, 2015).

1.2. Antecedentes

En la ciudad de La Habana, Cuba, la Dra. Marisabel Rocha, la Msc. María Álvarez y el Dr. Héctor Bayarre llevaron a cabo una investigación sobre la Calidad de la atención al Adulto Mayor en el Hogar de Ancianos “General Peraza”, se evaluaron variables de las cuales el 75 % con resultados de bueno. La evaluación multidisciplinaria a realizar por el Equipo de Atención Gerontológica en el área de salud y en el Hogar se evaluó mal, no existe Geriatra en la institución. El proceso de atención de enfermería fue evaluado de satisfactorio (Rocha, Alvarez, & Bayarre, 2015).

En México, se realizó una investigación titulada “Percepción de personas mayores sobre la Atención recibida en instituciones de salud de la ciudad de Durango”, los resultados

mostraron que el 50% calificaron de satisfactoria la atención que recibieron, mientras que el otro 50% opinaron negativamente. Esta última percepción señaló especialmente al trato inadecuado por parte de los médicos, así como a largos periodos de espera y a escasez de medicamentos (Arroyo & Vázquez, 2016).

En la ciudad de Tulcán – Ecuador, Sara Espíndola realizó un estudio titulado “Percepción de la calidad y cuidado de enfermería en el Adulto Mayor, Centro Geriátrico de Atención Integral”, cuyos resultados evidencian que el 50% se encuentran entre los 70 a 80 años de edad, mayoritariamente son de sexo masculino 60%, con relación al cuidado enfermero en la categoría de procedimientos fue la que mayor porcentaje se obtuvo: 90% calificaron como excelente, mientras que la categoría de accesibilidad al cuidado el 50% lo calificó como bueno (Espíndola, 2017).

En la ciudad de Esmeraldas, Elisa Cedeño realizó un estudio con el título “Satisfacción del adulto mayor con la calidad de atención del cuidador geriátrico en el centro gerontológico de la Fundación Amiga de la Ciudad de Esmeraldas”, el cual arrojó varios resultados entre los que se obtuvo que el 55% están satisfechos, mientras que el 40% refiere que la atención es medianamente buena, y el 5% que la atención es mala; además se observó que cuenta con espacios confortables y cómodos para ellos, siendo corroborado este aspecto por el 65% de los encuestados, mientras que el 35% dicen que no cuentan con comodidad ni espacios confortables para la cantidad de personas que están presentes en ese lugar. Finalmente se planteó que la satisfacción que el adulto mayor tiene con la calidad de la atención en este Centro Gerontológico es buena con un porcentaje del 55%, ya que les brindan atención de calidad y calidez y cuidados necesarios que necesiten (Cedeño, 2017).

En el Asilo de Ancianos Esposos Bishara de la ciudad de Esmeraldas no se han realizado estudios previos con el tema de calidad de atención a los adultos mayores, pero si relacionado como el de Arboleda Jannelly que llevo a cabo una investigación con el tema: “Nivel de depresión en Adultos Mayores del Asilo de Ancianos Esposos Bishara de la ciudad de Esmeraldas”, cuyos principales resultados son los siguientes: el 45% de adultos mayores presentaban depresión establecida, un 41% problemas depresivos y el restante 14% no presentaba depresión (Arboleda, 2015).

1.3. Marco legal

La **Constitución de la República del Ecuador** (2008) en su artículo Art. 38 señala: “El Estado establecerá políticas públicas y programas de atención a las personas adultas mayores, que tendrán en cuenta las diferencias específicas entre áreas urbanas y rurales, las inequidades de género, la etnia, la cultura y las diferencias propias de las personas, comunidades, pueblos y nacionalidades; asimismo, fomentará el mayor grado posible de autonomía personal y participación en la definición y ejecución de estas políticas”. En ese sentido, el mencionado artículo responde a las demandas de la calidad de atención que requieren los adultos mayores y serán sujeto de análisis en la presente investigación.

La Constitución Ecuatoriana en el artículo 35 establece que las personas y grupos de atención prioritaria: **adultos mayores**, mujeres embarazadas; niños, niñas y adolescentes; personas con discapacidad; personas privadas de la libertad, personas que adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad; así como las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos, quienes recibirán atención prioritaria y especializada de los servicios públicos y privados (Constitución del Ecuador, 2008).

En el Art. 2 de la **Ley del Anciano** se dispone: “El objetivo fundamental de esta Ley es garantizar el derecho a un nivel de vida que asegure la salud corporal y psicológica, la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica, la atención geriátrica y gerontológica integral y los servicios sociales necesarios para una existencia útil y decorosa”. A partir de esta premisa se puede manifestar que las condiciones para mejorar la calidad de vida de las personas adultas mayores se encuentran respaldadas en la medida que la mencionada ley se aplique en planes, programas y proyectos (Ley del Anciano, 2006).

La **Ley de Seguridad Social**, en el Art. 17, el IESS tiene la misión de proteger a la población urbana y rural, con relación de dependencia laboral o sin ella, contra las contingencias de enfermedad, maternidad, riesgos del trabajo, discapacidad, cesantía, invalidez, vejez y muerte, en los términos que consagra esta Ley.

Nuestro país cuenta con un **Plan Nacional de Desarrollo** 2017-2021-Toda una Vida, el cual en su Objetivo 3: *Garantizar los derechos de la naturaleza para las actuales y futuras generaciones*, indica que con la finalidad de precautelar y garantizar el bienestar de los adultos mayores en condiciones de vulnerabilidad, otorgándoles una vida digna y saludable, nace la intervención Mis Mejores Años como un instrumento que busca la inclusión, participación social, protección social, atención y cuidado, mediante la prestación oportuna de servicios como la atención médica, servicios gerontológicos, pensión asistencial, actividades educativas y recreativas y la jubilación universal.

Con la finalidad de contribuir con un estilo de vida digno para el adulto mayor, se requiere acciones coordinadas y articuladas entre: el Ministerio de Inclusión Económica y Social, el Ministerio de Salud Pública y el Ministerio del Deporte. (Plan Nacional de Desarrollo. Toda una Vida, 2017-2021).

CAPITULO II

MATERIALES Y MÉTODOS

La presente investigación se realizó en el mes Abril del año 2018 en el Asilo de Ancianos Esposos Bishara, ubicado en la provincia de Esmeraldas, Cantón Esmeraldas, Parroquia Tachina, Sector Tábulé. Es administrado por los Hermanos del Cottolengo a nombre del Vicariato Apostólico de Esmeraldas, quienes desde el 23 de diciembre de 1987 vienen dando este servicio, su director Mauricio Scalco, manifestó que la mayor ayuda de este centro viene de Italia, sin descartar el importante apoyo recibido por parte del Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES). Este centro cuenta con un equipo de trabajo social, fisioterapeuta, psicología, terapia ocupacional y pasantes de enfermería; son atendidos por el médico general del centro de salud de la parroquia Tachina, quien acude cada cierto tiempo o cuando se presenta alguna emergencia.

Dentro de la estructura física cuenta con áreas de capilla, casa de los hermanos Cottolengo, casa de los cuidadores, cocina, comedor, talleres, bodegas, lavandería y la glorieta. Los adultos que son atendidos en este centro, en general, son personas de escasos recursos económicos, en situación de abandono de sus familiares y de la sociedad; hay un grupo pequeño que si son visitados por sus familiares con cierta frecuencia, pero a la vez no muestran mayor interés en el cuidado de su familiar adulto mayor.

Los adultos mayores, cotidianamente son reunidos dentro de la glorieta que consiste en un techado de forma redonda, con cerramiento parcial y asientos, este es el espacio donde ellos dialogan, se les da terapia ocupacional, reciben las visitas de personas e instituciones, quienes les hacen regalos, juegos, comidas, es decir momentos de recreación, distracción y alegría. El asilo cuenta con dos pabellones uno para varones y otro para mujeres, en el de varones existen 25 camas y en el de mujeres 15. Cada pabellón cuenta con baños que tienen una ducha y un inodoro.

2.1. Tipo de estudio

Este estudio es observacional, puesto que la investigadora tuvo acceso a los adultos mayores y a las instalaciones del Asilo de Ancianos Esposos Bishara.

También es descriptiva porque presenta las características más sobresalientes del lugar y de los sujetos en estudio y no se trata de realizar una intervención de mejora del problema presentado.

Además es una investigación de campo ya que se aplicaron encuestas a los adultos mayores y entrevistas al personal, también una ficha de observación.

2.2. Definición conceptual y operacionalización de las variables

Las variables de esta investigación son: calidad de atención, adultos mayores, seguridad, recursos, autocuidado. El cuadro de operacionalización de variables se encuentra en el anexo N° 1 (Cuadro N° 1)

2.3. Métodos

El presente estudio descriptivo partió de la identificación de un problema, para luego analizar sus causas, describir en forma detallada las principales características del sujeto de investigación, en este caso la percepción de la calidad de atención que brinda el personal de salud al adulto mayor en el Asilo.

2.4. Técnicas e instrumentos

Encuesta: fue individual a través de un cuestionario dirigido a los adultos mayores, la misma que constó de 11 preguntas cerradas, claras, neutrales, específicas; sobre cómo fueron atendidos por el equipo de salud, dándoles el tiempo suficiente a cada uno para que respondan, escuchando detenidamente las respuestas y tomando las notas respectivas.

Entrevista: se realizó mediante la aplicación de un cuestionario, estructurado por 8 preguntas cerradas, con opciones de respuesta voluntaria que fue dirigida a los administradores, sobre la calidad de atención que incluye, los tipos de cuidados que brindan, tipos de alimentación, actividades ocupacionales-recreativas, gestiones para que los visiten los médicos, y cómo hacen para obtener los medicamentos y suministros que se les brinda a los adultos mayores.

Observación: la investigadora tuvo acceso a realizar una verificación empírica del problema en estudio, donde se pudo observar los aspectos para analizar la calidad de atención, como son el trato, mobiliario, habitaciones, ratio de personal, protocolos de atención.

La **población** consistió en 32 adultos mayores. Además dos personas que administran. Como la población es de acceso para el trabajo de investigación, la **muestra** consistió en todo el personal antes mencionado a quienes se les aplicó las técnicas e instrumentos indicados, el tipo de muestreo fue aleatorio porque todos los adultos mayores que forman parte de una población tuvieron la misma probabilidad de ser escogidos.

2.5. Análisis de datos

El análisis e interpretación de los datos estadísticos se realizó a través del uso y aplicación de los programas operativos de Microsoft Excel y Word representando los datos en cuadros y gráficos estadísticos con sus respectivos análisis.

2.6. Normas éticas

Para obtener los resultados de esta investigación se realizó un oficio para una autorización previa por parte de los directivos del Asilo de Ancianos Esposos Bishara, los datos obtenidos fueron tratados de manera anónima y respetando en todo momento la confidencialidad.

CAPÍTULO III

RESULTADOS

El Asilo de Ancianos Esposos Bishara comprende un grupo etario de 75 a 95 años, con un 62% de hombres y 37% de mujeres, las opiniones brindadas por los adultos mayores destacaron que el 100% de ellos se sienten conformes con el trato brindado por el director del asilo y la trabajadora social, un 96% por el terapeuta físico, 84% por la psicóloga y un 81% por los cuidadores, pese a esto, se pudo observar que a veces les gritan porque los adultos mayores están distraídos, o no escuchan bien lo que les dicen, o también porque el personal del asilo presenta un carácter fuerte.

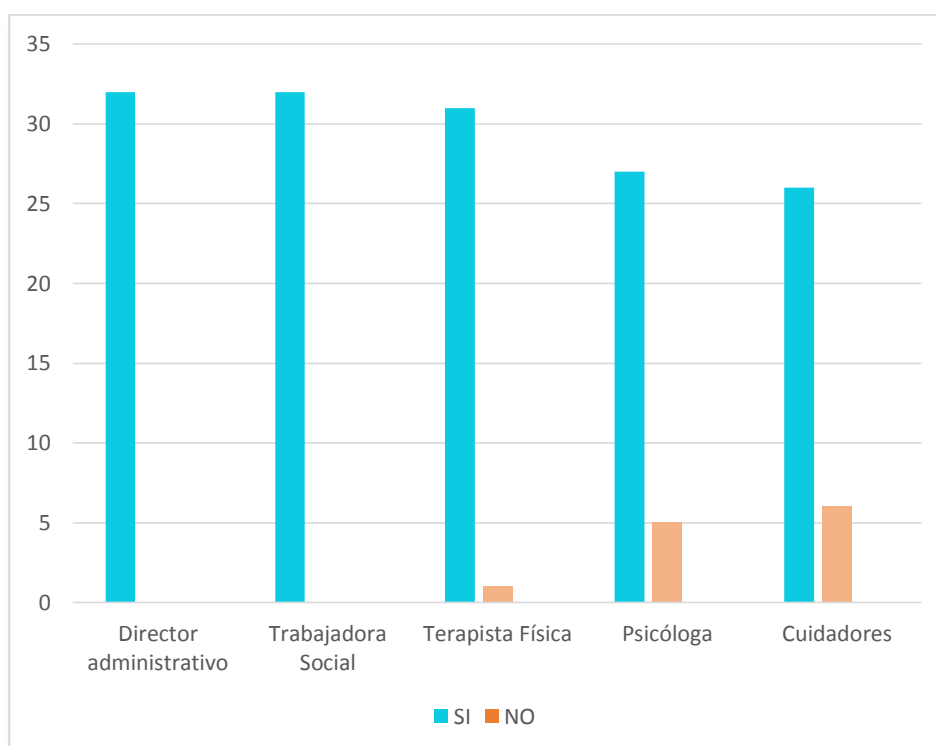


Figura 1: Trato que reciben los adultos mayores en el Asilo de ancianos Esposos Bishara

Fuente: Encuesta aplicada a los adultos mayores del Asilo de Ancianos Esposos Bishara.

Acerca de la disposición del personal del asilo para ayudarle cuando han necesitado, menos de la mitad (46,87%) responde que es buena, ya que cuando solicitan ayuda para realizar alguna actividad sí se la dan; sin embargo si se suman las respuestas de regular y mala se obtiene un (53,13%) que son la mayoría de adultos mayores, porque en muchas ocasiones la ayuda no es oportuna, se demoran en acudir a su llamado, lo cual fue evidenciado porque un cuidador tiene que atender a algunos adultos mayores y esto demanda tiempo, o a veces se ocupan en otras actividades y descuidan a los adultos mayores.

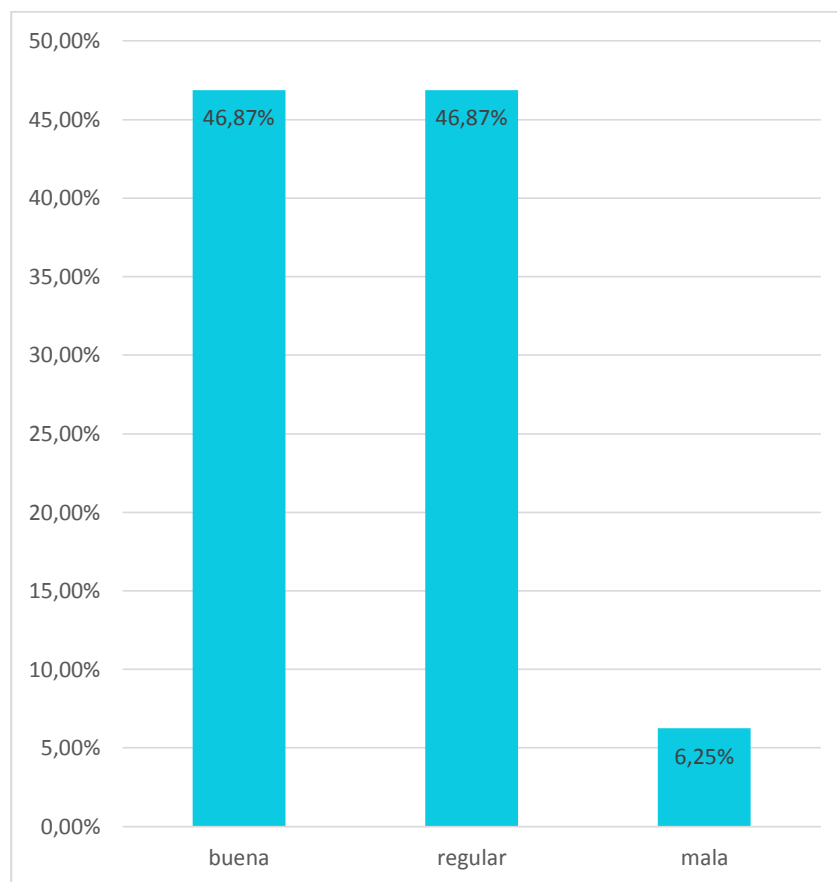


Figura 2: Disposición del personal del Asilo de ancianos Esposos Bishara para ayudar a los adultos mayores.

Fuente: Encuesta aplicada a los adultos mayores del Asilo de ancianos Esposos Bishara.

Sobre si le han diagnosticado alguna enfermedad crónica, el 78.12% de los adultos mayores responde que sí, ya que la mayoría padece de alguna enfermedad como: Hipertensión Arterial, Artrosis, Demencia Senil, Parkinson, Esquizofrenia. Esta información se pudo constatar en las historias clínicas donde han dejado sus indicaciones los médicos y personal de enfermería del centro de salud Tachina cuando administran medicamentos, controla signos vitales, dan cuidado directo; además del psiquiatra y el odontólogo privados que asisten cada 3 meses de acuerdo al convenio establecido con el Asilo, y también un médico voluntario que atiende cada mes a un grupo de 10 adultos mayores diferentes por cada visita médica.

Sólo una minoría del 21.87% contestan que no se les ha diagnosticado ninguna enfermedad, pero igual son valorados por el médico periódicamente, solo refieren que presentan algún tipo de dolor propio de la edad.

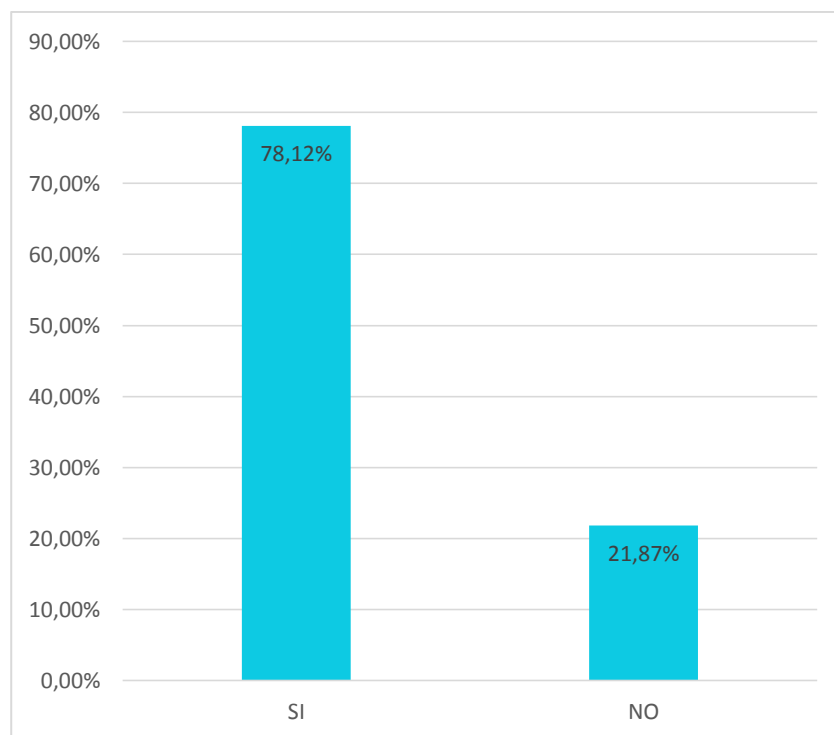


Figura 3: Diagnóstico de enfermedades crónicas de los adultos mayores en el Asilo de ancianos Esposos Bishara.

Fuente: Encuesta aplicada a los adultos mayores del Asilo de Ancianos Esposos Bishara.

En lo que corresponde a si el asilo de ancianos cuenta con los medicamentos y suministros necesarios para tratar su padecimiento o enfermedad crónica, la mayoría de los adultos mayores (78.12%) responde que siempre existe la medicación correspondiente a sus males; sin embargo una minoría importante (21.87%) contesta que sólo a veces, porque en ocasiones las medicinas se agotan y no hay para los tratamientos que están siguiendo, ante lo cual los directivos supieron responder que una mínima parte de los medicamentos les otorga el centro de salud de Tachina y la otra parte la cubre el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), y los suministros como tensiómetro, termómetros, gasas, etc, los compran ellos como institución.

Aunque algunos familiares de los adultos mayores si aportan llevándole comida, productos de aseo personal, vestimenta y algunas vitaminas, y los demás adultos mayores que no son visitados por familiares por lo general les dan lo que reciben de las donaciones de personas o instituciones caritativas.

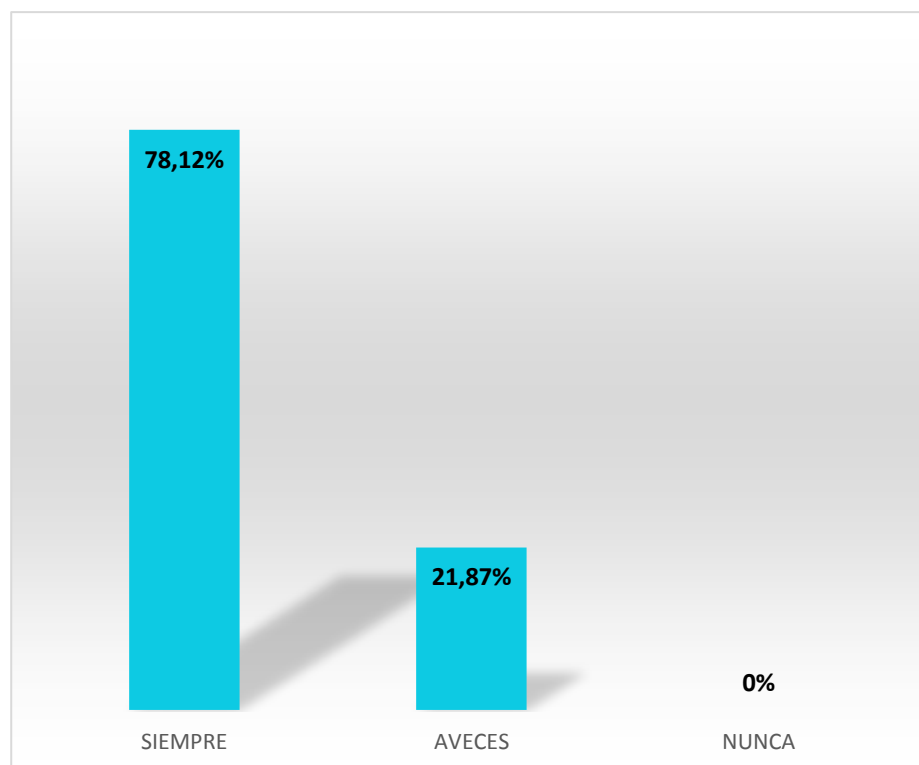


Figura 4: Medicamentos y suministros con los que cuenta el Asilo de ancianos Esposos Bishara.

Fuente: Encuesta aplicada a los adultos mayores del Asilo de ancianos Esposos Bishara.

En lo que respecta a si el personal a su cuidado está pendiente de los horarios y las dosis de sus medicamentos, una mayoría (62.5%) contesta que siempre están atentos en la aplicación de las medicamentos en tabletas, capsulas o jarabes, inyecciones o sueros que les colocan las enfermeras cuando asisten con el médico del centro de salud de Tachina; a pesar de ello una minoría de adultos mayores (28.12%) manifiesta que el cuidado es sólo a veces, es decir que en ocasiones existe descuido para aplicar los medicamentos en los ancianos. Una pequeña minoría (9.37%) se sienten descuidados en tema de medicinas ya que manifiestan que nunca son atendidos de manera oportuna, pero se pudo observar que hay adultos mayores que no quieren tomarse el medicamento y al obligarlos ellos se molestan.

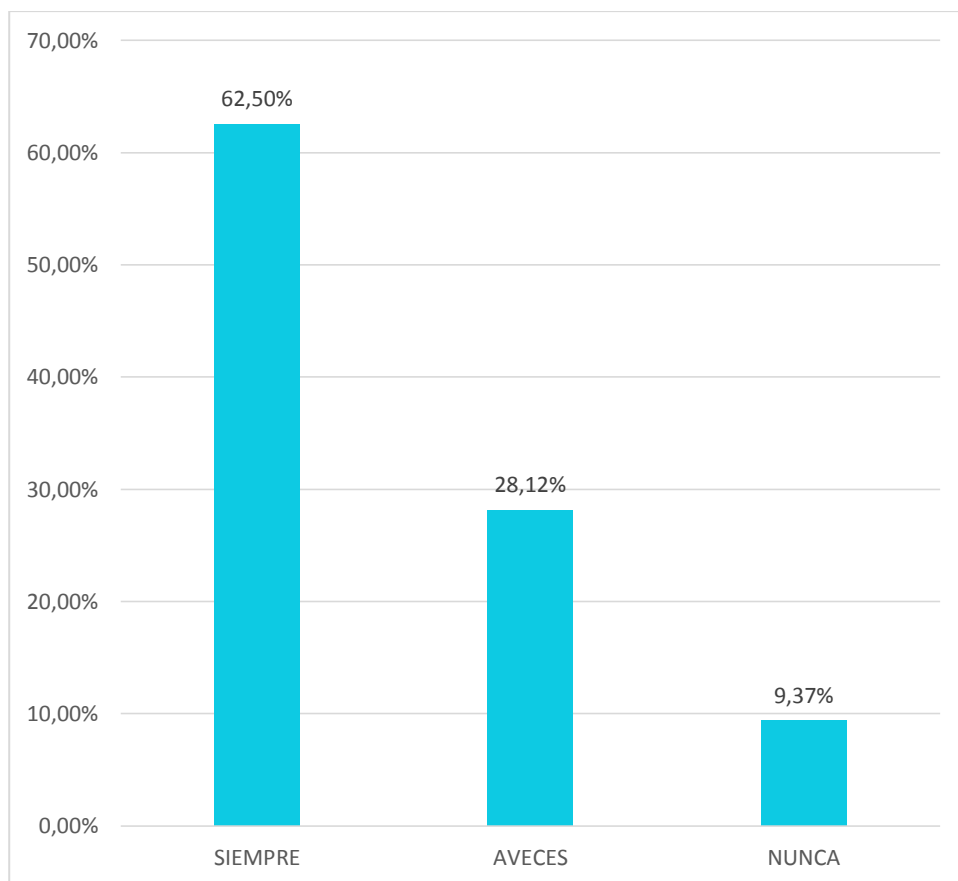


Figura 5: Horarios y dosis de medicamentos de los adultos mayores en el Asilo de ancianos Esposos Bishara.

Fuente: Encuesta aplicada a los adultos mayores del Asilo de ancianos Esposos Bishara.

Acerca de la consideración de la alimentación que se brinda en el asilo, cerca de la mitad (46.87%) de los adultos mayores se encuentran a gusto con la comida en este centro y la califican de muy buena; menos de la mitad (31,25 %) no están satisfechos, ya que la consideran buena y una minoría (21,87%) opina que es regular porque con frecuencia se sirven ciertos alimentos que no son de su agrado; en la observación se pudo constatar que si les brindan una alimentación balanceada, como explica Sánchez (2018) “es un tipo de alimentación que contiene los nutrientes que el organismo necesita para poder funcionar perfectamente. Estos nutrientes esenciales son las proteínas, los hidratos de carbono, las vitaminas, los minerales y el agua”, la cual por lo general es hiposódica.

Se pudo observar que les dan sus tres comidas al día, desayuno, almuerzo y merienda, y también un refrigerio a media mañana, a los adultos mayores que no pueden alimentarse por ellos mismos, todo el personal del asilo ayuda para alimentarlos, y los que no pueden ir al comedor por encontrarse enfermos en ese momento, le llevan la comida a la habitación.

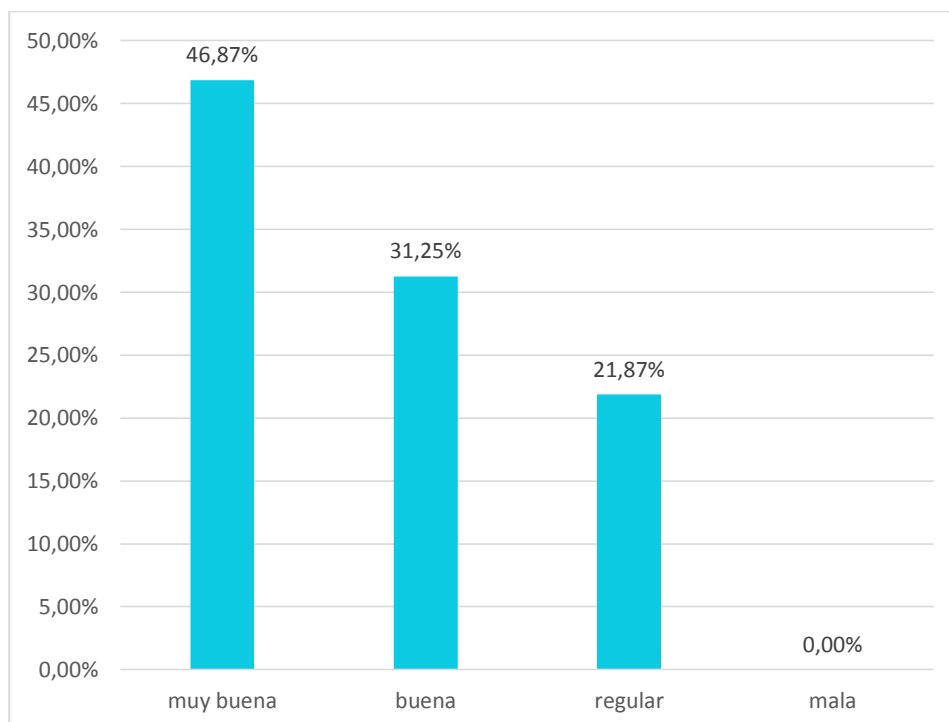


Figura 6: Alimentación de los adultos mayores en el Asilo de ancianos Esposos Bishara

Fuente: Encuesta aplicada a los adultos mayores del Asilo de Ancianos Esposos Bishara.

Sobre si el personal del asilo le ayuda a realizar actividad física y rehabilitación, casi la totalidad de los ancianos (90.62%) responde que el terapeuta físico los realiza de manera oportuna, con la ayuda de los demás miembros del personal que labora, como el Director Administrativo, la Trabajadora Social, la Psicóloga y los cuidadores, lo cual fue evidenciado cuando llevan a los adultos mayores a la sala de rehabilitación, para que realicen los ejercicios recomendados, y puedan mejorar su estado de salud, y tener un envejecimiento activo como lo recomienda la ley de nuestro país.

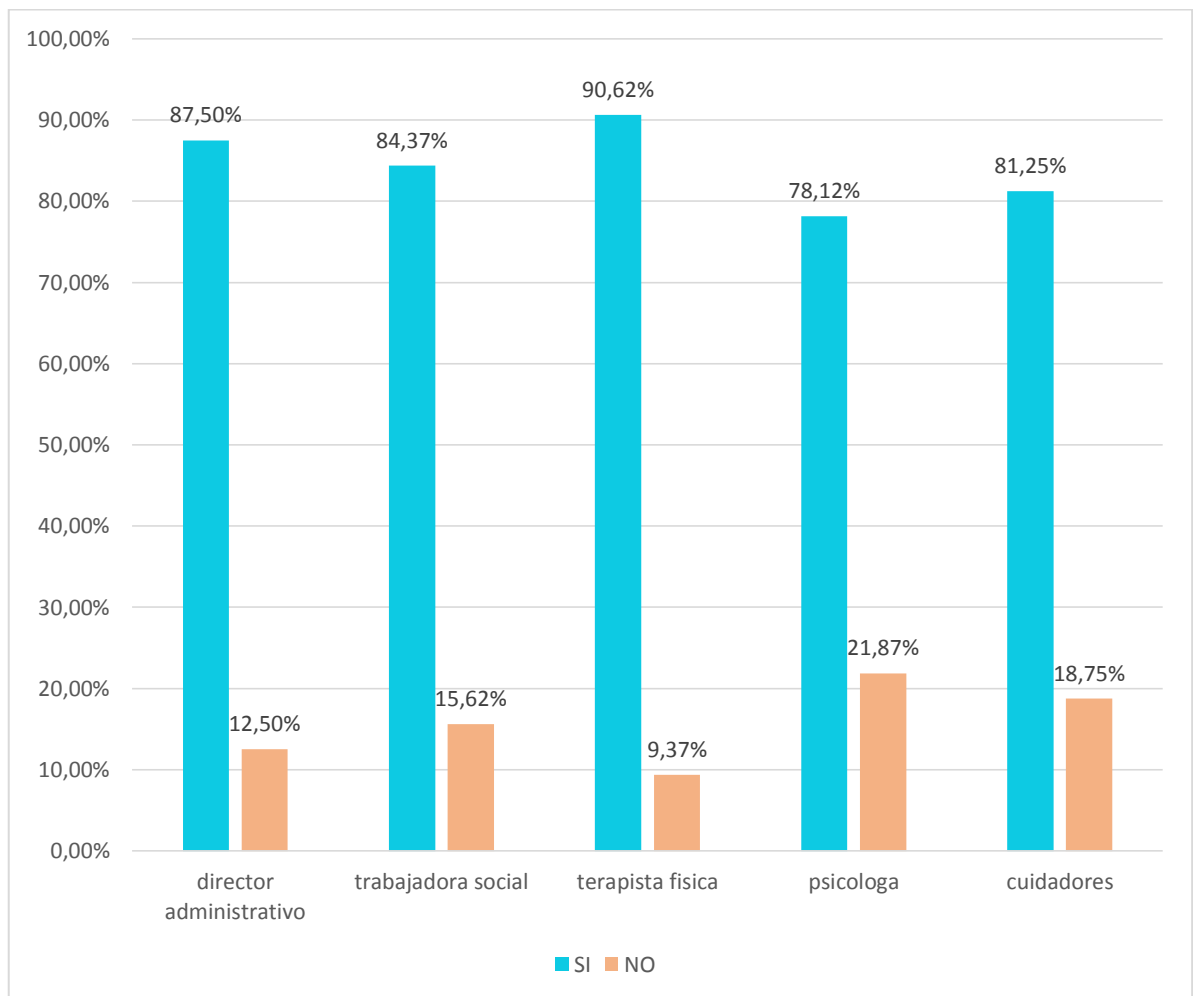


Figura 7: Actividad física y rehabilitación de los adultos mayores en el Asilo de ancianos Esposos Bishara.

Fuente: Encuesta aplicada a los adultos mayores del Asilo de ancianos Esposos Bishara.

En lo que se refiere a la frecuencia con que les controlan los signos vitales el 84.37% responde que es diariamente, porque sí están pendientes de tomarles la presión arterial, temperatura, frecuencia respiratoria y cardiaca, esto por lo general lo realizan las estudiantes de enfermería que se encuentran haciendo sus pasantías y cuando va la enfermera rural del centro de salud de Tachina.

Una pequeña parte 9.37% manifiesta que los realizan semanalmente o mensualmente, sin embargo el 6,25 refiere que nunca, en lo que se evidenció si los llevaban al control de signos vitales pero no diariamente, y efectivamente eran tomados por las estudiantes de enfermería.

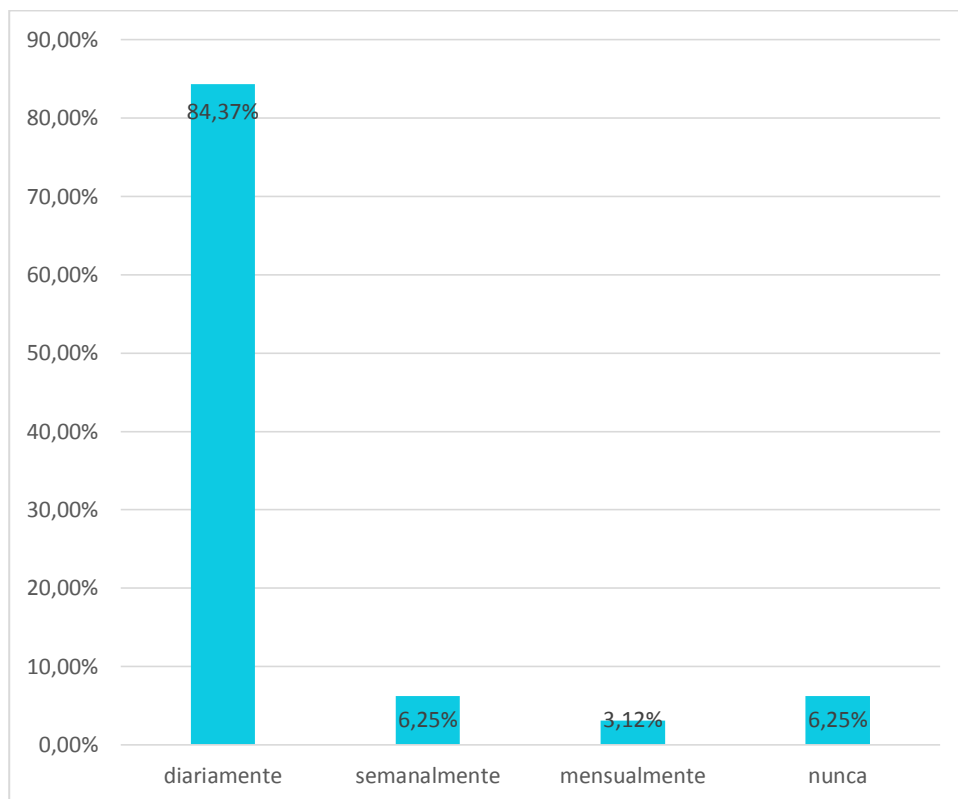


Figura 8: Control de signos vitales de los adultos mayores en el Asilo de ancianos Esposos Bishara.

Fuente: Encuesta aplicada a los adultos mayores del Asilo de Ancianos Esposos Bishara.

Referente a si en el asilo se le incentiva a realizar actividades recreativas como: pintar, leer cuentos, armar rompecabezas, manualidades, participar en la terapia ocupacional, la mayoría de los adultos mayores (84.37%) responde que sí lo hacen con frecuencia en la glorieta, lugar donde se concentran a realizar una variedad de actividades, una pequeña minoría (15.62%) manifiesta que no se les incentiva a que realicen esas actividades, pero en lo que se pudo observar a ciertos adultos mayores no les gusta participar en este tipo de actividades, porque no quieren compartir con los demás compañeros, y solo observan desde un lugar alejado.

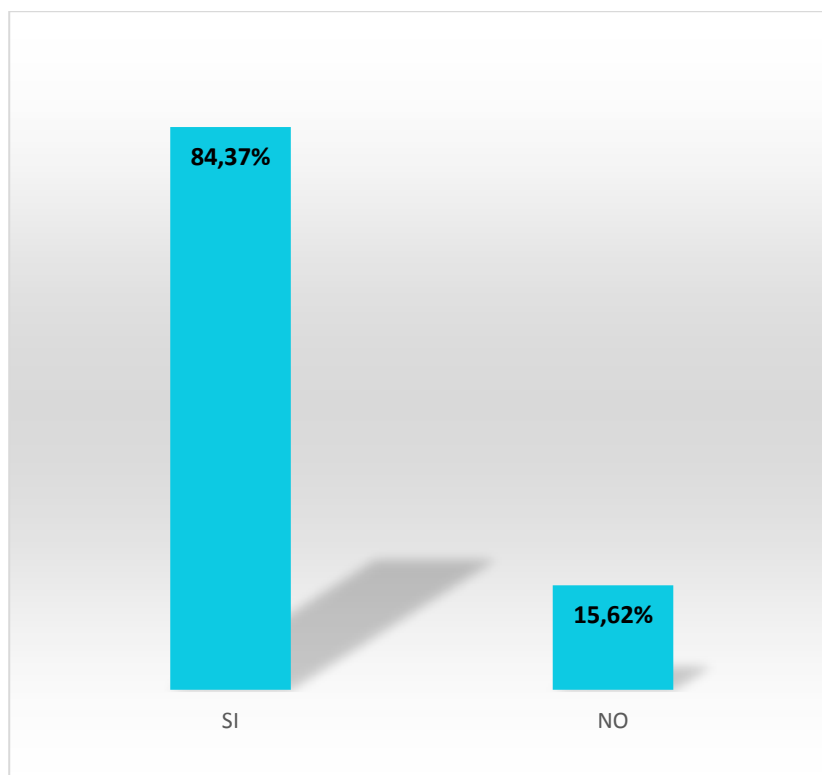


Figura 9: Actividades recreativas de los adultos mayores en el Asilo de ancianos Esposos Bishara.

Fuente: Encuesta aplicada a los adultos mayores del Asilo de ancianos Esposos Bishara.

Acerca de la calificación que se le da a la comodidad de las instalaciones del asilo, menos de la mitad (46.87%) de los adultos mayores responde que es muy buena, ya que tienen cama, lugar de recreación, baños. Otro grupo minoritario (34.37%) contesta que es bueno, que las instalaciones sí le brindan cierta comodidad, (18.75%) regular y una pequeña minoría (6,25%) considera que es mala porque no se sienten muy satisfechos en ese lugar ya que quisieran estar en sus hogares, pero como su familia los ha abandonado, tiene que conformarse con lo que hay, y como se pudo observar las habitaciones y cierto mobiliario está obsoleto, las paredes necesitan ser pintadas nuevamente, mejorar las condiciones de las camas, las barandas de seguridad tanto de las habitaciones como de los baños y pasillos como se indica en las reglas generales que las unidades geriátricas deben cumplir.

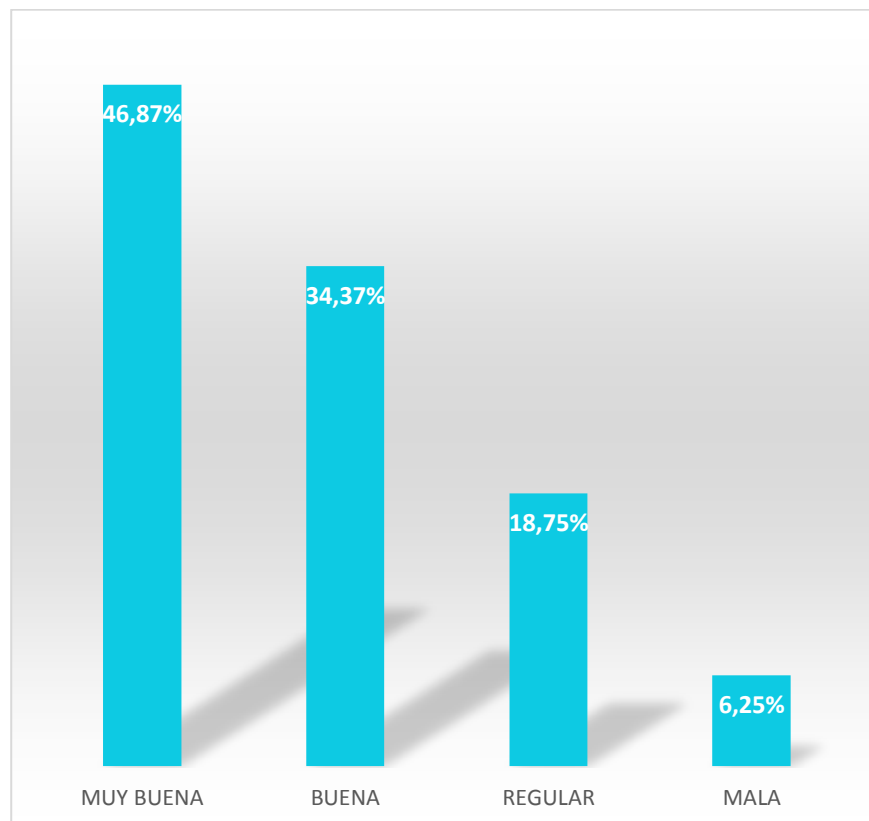


Figura 10: Comodidad de las instalaciones en el Asilo de ancianos Esposos Bishara.

Fuente: Encuesta aplicada a los adultos mayores del Asilo de Ancianos Esposos Bishara.

Acerca de la consideración de que en el asilo se promueve su autocuidado, la mayoría de adultos mayores (87.50%) responde que sí, ya que ellos aprenden a asearse, limpiarse, caminar con precaución, a pesar de las dificultades propias de la edad en la que se encuentran y del medio físico que deben afrontar, una minoría (12.50%) contesta que no, porque ellos dependen de los cuidados de las personas por el estado físico de su enfermedad, y se pudo observar que los cuidadores ayudan a los adultos mayores que necesitan apoyo para realizar ciertas actividades, como movilizarlos, asistirlos en la alimentación, bañarlos, cambiarlos de ropa.

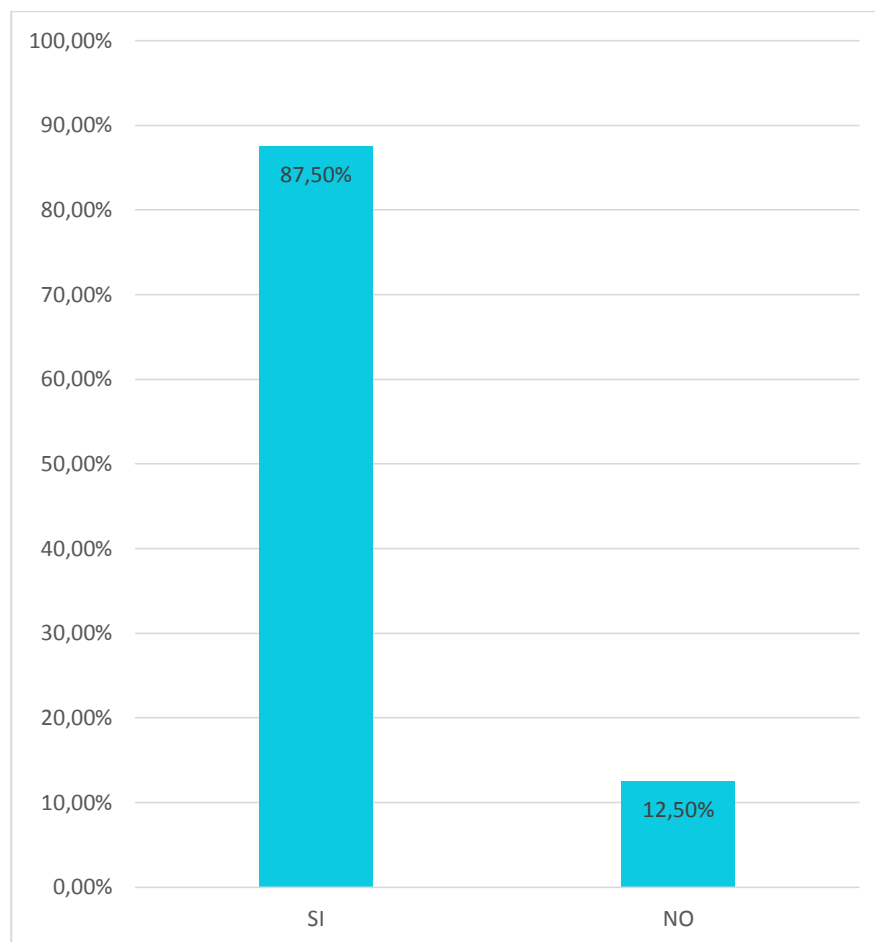


Figura 11: Promoción de autocuidados de los adultos mayores en el Asilo de ancianos Esposos Bishara.

Fuente: Encuesta aplicada a los adultos mayores del Asilo de Ancianos Esposos Bishara.

CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN

La calidad de atención se entiende como una combinación de factores psicológicos, afectivos, de salud, socio-económicos, culturales y ambientales. Muchos estudios internacionales se han interesado por el tema de calidad de vida del adulto mayor, pero este está enfocado en la calidad de atención que se brinda a los adultos mayores asilados.

Los adultos mayores del Asilo de Ancianos Esposos Bishara están entre las edades de 75 a 95 años, con un 62% de hombres y 37% de mujeres, lo que difiere un poco con los resultados obtenidos por Sara Espíndola en la ciudad de Tulcán titulado “Percepción de la calidad y cuidado de enfermería en el Adulto Mayor, Centro Geriátrico de Atención Integral”, donde los adultos mayores tenían entre de 65 a 90 años, mayoritariamente son de sexo masculino 60%, y el restante que es un 40% son de sexo femenino.

Según los datos obtenidos de las encuestas el 100% de los adultos mayores del Asilo de Ancianos Esposos Bishara, se sienten conformes con el trato brindado por el director y la trabajadora social, un 96% por el terapeuta físico, 84% por la psicóloga y un 81% por los cuidadores, diferente al estudio realizado por Elisa Cedeño también en Esmeraldas en el Centro Gerontológico de la Fundación Amiga de la Ciudad de Esmeraldas, el cual arrojó que el 65% refiere que la atención brindada es buena, la cual permite a los adultos mayores tener una vejez digna y con la atención adecuada; es decir con calidad y calidez mientras que el 25% refiere que es muy buena y el 10% refirió que es regular.

Referente a si en el asilo se le incentiva a realizar actividades recreativas como: pintar, leer cuentos, armar rompecabezas, manualidades, participar en la terapia ocupacional, la mayoría de los adultos mayores (84.37%) responde que sí lo hacen con frecuencia, una pequeña minoría (15.62%) manifiesta que no se les incentiva a que realicen esas actividades, lo cual es diferente al estudio realizado por Elisa Cedeño (2017) en Esmeraldas, donde se obtuvo 40% refirió que siempre desarrollan actividades recreativas, lúdicas, dinámicas ya que permite mantenerles activos y con buen estado físico, mientras que el 50% reflejaron que se realiza frecuentemente y el 10% refirió que nunca.

En lo que se refiere a la frecuencia con que les controlan los signos vitales el 84.37% responde que es diariamente, porque sí están pendientes de tomarles la presión arterial, temperatura, frecuencia respiratoria y cardiaca, una pequeña parte 9.37% manifiesta que los realizan semanalmente o mensualmente, sin embargo el 6,25 refiere que nunca, en lo que se evidenció si los llevaban al control de signos vitales pero no diariamente, lo que es diferente a la investigación de Rocha, Álvarez y Bayarre (2015), donde se constata el cumplimiento diario de la toma de signos vitales con un resultado de 100 % .

En la actualidad la población de adultos mayores se ha incrementado, la expectativa de vida aumenta a la par del crecimiento demográfico, por eso es de suma importancia el estudio de la calidad de atención que se le brinda a este grupo vulnerable. Existen muchos factores por los cuales baja la calidad de vida en los adultos mayores, estos pueden ser factores económicos, sociales, psicológicos, que están ligados a su independencia e integridad.

El asilo de ancianos es una institución de asistencia social en el cual de manera estable viven los adultos mayores que por varias causas no pueden continuar en la comunidad, En el primer nivel de atención, son atendidos periódicamente por un equipo multidisciplinario conformado por, Director administrativo, enfermeros, psicólogo, trabajadora social, cuidadores, terapeuta físico, terapeuta ocupacional entre otros, encargados de la valoración médica, psicológica y social. Cabe señalar que en el Asilo de ancianos “Esposos Bishara” no cuentan con atención geriátrica en el período que se realizó la investigación, aspecto fundamental para la evaluación especializada de los adultos internados.

La evaluación de la calidad de la atención de los servicios que se brindan en el primer nivel de atención debe ser preocupación permanente tanto del personal que conduce y administra el sistema como del que se desempeña en ese nivel, y de la comunidad, ya que la capacidad resolutoria y el adecuado desempeño del mismo condiciona fuertemente la equidad de todo el sistema.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES

La calidad de atención que brindan en el Asilo de ancianos Esposos Bishara se considera buena ya que los adultos mayores se sienten conformes con la amabilidad y el trato del personal del asilo para atenderlos cuando lo requieren.

Los recursos tanto físicos, materiales, suministros y medicamentos que hay en el asilo cubren en cierta parte las necesidades de los adultos mayores.

Las medidas de seguridad del asilo son de carácter regular puesto que el mobiliario ya tiene algunos años, y todos los adultos mayores no cuentan con artículos de movilidad para las personas de la tercera edad, o dispositivos para las discapacidades auditivas, lentes para los adultos mayores con discapacidades visuales, mientras que si existen pasamanos, barandales en las camas, barras de sujeción en los baños.

En cuanto al personal, no existe un médico y enfermera de planta, pero si una trabajadora social, psicóloga, cuidadores no profesionales, pasantes de enfermería, cuando se presenta algún evento adverso acude el médico del centro de salud de Tachina.

La mayoría de los participantes debido a la edad y las condiciones de su capacidad funcional, ven limitada su independencia para realizar actividades cotidianas, así como las de su tiempo libre, por la necesidad de requerir ayuda de diferente índole, en algunos casos.

La gran mayoría de los adultos mayores indican sentirse contentos con las actividades ocupacionales recreativas que les incentivan a realizar semanalmente en el asilo.

CAPÍTULO VI

RECOMENDACIONES

A los directivos y personal del Asilo de Ancianos:

- Continuar ofreciendo buen trato a los adultos mayores en lo que respecta a la amabilidad y predisposición del personal del asilo, para atenderlos cuando lo requieren.
- Brindar un ambiente agradable y más a la hora de servir los alimentos, es importante que se promueva la independencia y autonomía tanto como sea posible, pero de necesitar ayuda recordarles a los adultos mayores como comer y asistirlos si lo requieren, además tener presente que en ocasiones la persona adulta mayor tiene falta de apetito, porque se encuentra enojado, triste, siente dolor de algo y no lo expresa.
- Capacitar al personal sobre la atención y cuidados que se deben brindar al adulto mayor, revisar manuales que hay muchos en internet, que pueden ayudar a mejorar el trato o la asistencia que brindan los cuidadores a los adultos mayores.
- Gestionar con el Distrito de Salud de Esmeraldas para dotar al asilo de médico y enfermera de planta, puesto que esto es muy importante, ya que si llegase a presentarse alguna emergencia habría quien asista al adulto mayor, debido a que casi la totalidad de los adultos mayores presentan enfermedades crónicas y/o degenerativas.
- Hacer convenios con las universidades que brindan carreras relacionadas a la salud, para que puedan realizar horas de prácticas pre-profesionales en el asilo, los adultos mayores se sienten muy bien cuando los estudiantes asisten a acompañarlos, conversar con ellos, ayudarlos en la movilidad debido a que los adultos mayores debido a la edad y las condiciones de su capacidad funcional, procurar sus independencia para realizar actividades cotidianas, y el goce eficaz de su tiempo libre.

- Llevar un registro y control de todas las donaciones que realizan personas o instituciones caritativas para evitar fugas y asegurarse de que llegue realmente a los adultos mayores, puesto que los adultos mayores necesitan de todos los materiales, vestimenta, comida, productos de aseo personal.
- Construir más rampas, con doble pasamano para mejorar la movilidad de los adultos mayores. Además de la construcción de otro baño exterior que les permita acudir sin necesidad de entrar a los cuartos.
- Continuar realizando las actividades recreativas con los adultos mayores ya que les causa alegría y satisfacción, cambiando las rutinas para que les llame la atención y participen activamente.

A los familiares de los adultos mayores:

- Dedicar más tiempo para visitarlos, porque esto los llena de felicidad, y que recuerden que ellos lo dieron todo para que sus hijos salgan adelante, y no merecen estar en una situación de abandono familiar y social. Debemos recordar que un día llegaremos a esa edad si Dios lo permite, y no quisiéramos estar en una situación de abandono ya que esto llena de depresión y ansiedad.
- Llevarles alimentos, productos de aseo, o algo que el adulto mayor requiera, como algún medicamento especial, que a veces no hay en el centro de Salud.

A la Escuela de Enfermería PUCESE:

- Seguir incentivando que se realicen actividades de ayuda o visita al asilo, pues los adultos mayores son muy felices al compartir con los estudiantes, y quisieran que regresemos cada vez que podamos.
- Realizar horas de vinculación en el Asilo, o pedir a los estudiantes que acudan en días especiales como el día de la madre o del padre, porque esto los llena a ellos y a nosotros como estudiantes.

A la población en general:

- Que les dediquen tiempo a los adultos mayores que viven con ellos, o visitar a sus familiares o amigos adultos mayores siempre que tengan tiempo.
- Organizar grupos de personas colaboradoras para que asistan al asilo, y que los que ya están conformados que continúen con esa gran labor.
- No olvidarse que pueden ir cualquier día del año a visitar a los adultos mayores, que continúen aquellas personas de buen corazón llevándoles alimentos, productos de aseo personal, o simplemente con su presencia, que estas acciones los regocijan, y los llenan de más esperanza de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abizanda, P., & Rodríguez, L. (2015). *Fundamentos de la atención sanitaria a los mayores*. Barcelona: Elsevier España, S.L.U.
- Abuanza, M. (2007). *bdigital portal de revistas un*. Obtenido de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12817/13637>
- Alvarez, M., Rocha, M., Bayarre, H., & Almenares, K. (2014). Obtenido de http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol30_4_14/mgi01414.htm
- Arboleda, J. (2015). *Nivel de depresión en adultos mayores del Asilo de Ancianos Esposos Bishara de la ciudad de Esmeraldas*. Esmeraldas. Obtenido de <https://repositorio.pucese.edu.ec/handle/123456789/403>
- Arroyo, M., & Vázquez, L. (2016). *Revista Pueblos y Fronteras Digital [en línea] 2016, 11 (Junio-Noviembre)*. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=90645701007>
- Ballestín, L. (2015). *Biblioteca Las Casas*. Obtenido de Atención al paciente y calidad asistencial en los mayores: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0819.pdf>
- Brook, R., McGlynn, E., & Cleary, P. (1996). *Quality of health care*. Obtenido de [file:///C:/Users/Meji/Downloads/S35-05%2008_I%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/Meji/Downloads/S35-05%2008_I%20(4).pdf)
- Cedeño, E. (2017). *Satisfacción del adulto mayor con la calidad de atención del cuidador geriátrico en el centro gerontológico de la Fundación Amiga de la Ciudad de Esmeraldas*. Esmeraldas. Obtenido de <https://repositorio.pucese.edu.ec/handle/123456789/1288>
- Donabedian, A. (1991). *Scielo*. Obtenido de Una aproximación a la monitorización de la calidad asistencial: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572010000200009

- Donabedian, A. (1995). *The Joint Comision on Accreditation of Health Care Organization*. Obtenido de Manual de acreditación para hospitales Avedis Donabedian: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0819.pdf>
- Ecuavisa. (2017). *Cuántas personas longevas hay en el mundo, Lationamerica y Ecuador*. Obtenido de <http://www.ecuavisa.com/articulo/noticias/actualidad/324361-cuántas-personas-longevas-hay-mundo-latinoamericana-ecuador>
- EFDeportes. (2014). Importancia de la atención integral del adulto mayor. Obtenido de <https://www.efdeportes.com/efd190/atencion-integral-del-adulto-mayor.htm>
- Espíndola, S. (2017). Obtenido de <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/7494/1/06%20enf%20892%20trabajo%20de%20grado.pdf>
- Jiménez, R. (2004). *Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios: una mirada actual. Revista Cubana de Salud Publica*. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000100004
- Knowi. (2015). *Calidad y calidez, dos cualidades para una Sanidad Excelente*. Obtenido de <https://knowi.es/calidad-y-calidez-dos-cualidades-para-una-sanidad-excelente/>
- Meléndez, J. (2014). *Manual de cuidados generales para el adulto mayor disfuncional o dependiente*. Obtenido de https://fiapam.org/wp-content/uploads/2014/09/Manual_cuidados-generales.pdf
- MIES. (2017). *Dirección Población Adulta Mayor*. Obtenido de <http://www.inclusion.gob.ec/direccion-poblacion-adulta-mayor/#>
- Miranda, A., Hernández, L., & Rodríguez, A. (Septiembre de 2009). *Revista Cubana de Medicina General Integral*. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252009000300003

- MSP. (2011). *Manual para cuidadores de la persona adulta mayor dependiente*. Obtenido de <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/manual%20para%20cuidadores%20de%20la%20persona%20adult%20mayor.pdf>
- MSP. (2012). *Manual del modelo de atención integral de salud (mais)*. Obtenido de http://instituciones.msp.gob.ec/somosalud/images/documentos/guia/Manual_M AIS-MSP12.12.12.pdf
- Naranjo, Y., Concepción, J., & Miriam, R. (2017). *Scielo*. Obtenido de La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009
- Net, À., & Suñol, R. (s.f.). *La calidad de la atención*. Obtenido de http://www.coordinadoraprofunds.org/docs/214/rosa_sunol.pdf
- Numpaque, A., & Anderson, R. (2016). *Modelos Servqual y Servqhos para la evaluación de calidad de los servicios de salud*. Obtenido de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012000112016000400715&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- OMS. (2000). *Informe sobre la salud en el mundo*. Obtenido de http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_es.pdf?ua=1
- OMS. (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Obtenido de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf
- OMS. (2016). Obtenido de <https://www.enfermeria21.com/revistas/matronas/article/96/healthcare-quality-improvement-in-pregnant-women-by-means-of-new-technologies/>

- OMS. (Diciembre de 2017). La salud mental y los adultos mayores. Obtenido de <http://origin.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>
- Plan Nacional de Desarrollo. Toda una Vida.* (2017-2021). Obtenido de http://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/10/pnbv-26-oct-final_0k.compressed1.pdf
- Rocha, M., Alvarez, M., & Bayarre, H. (2015). *Scielo*. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252015000200004
- Salcedo, R., Alba, A., & Zarza, M. (abril - junio de 2009). *Revista Conamed*. Obtenido de <https://dialnet.uniroja.es>
- Salvarezza, L. (1999). *Psicogeriatría. Teoría y clínica*. Buenos Aires: Paidós. Obtenido de <https://es.scribd.com/document/335510646/Psicogeriatría-a-Teoría-y-clínica-Leopoldo-Salvarezza>
- Sanchez, T. (2018). *Diario Femenino*. Obtenido de Qué es la dieta balanceada y en qué consiste: <https://www.diariofemenino.com/articulos/dieta/dieta-sana/que-es-la-dieta-balanceada-y-en-que-consiste/>
- Zamora, Á. (2012). *Repositorio Institucional Utpl*. Obtenido de <http://dspace.utpl.edu.ec/handle/123456789/3765>

ANEXOS

ANEXO N° 1

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

OBJETIVOS	VARIABLES	DESCRIPCIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA	TECNICA E INSTRUMENTO
Identificar la calidez en el trato a los adultos mayores por parte del personal que labora en el Asilo de Ancianos Esposos Bishara.	Calidez	La palabra calidez se utiliza para referirse a uno de los valores personales que puede tener un individuo. Es un sinónimo de cordialidad y afecto humano, ya que las personas cálidas son aquellas que suelen ser muy queridas, amables con el otro y carismáticas.	Atención con calidez	Amabilidad en el trato	Si No	Encuesta Observación
Establecer los recursos con que cuenta el Asilo para brindar cuidados a los adultos mayores.	Recursos	Conjunto de elementos disponibles para resolver una necesidad o para llevar a cabo una institución.	Físicos Materiales	Estado físico de las instalaciones Comodidad Mobiliario	Bueno Regular Malo Si No Bueno Regular Malo	Encuesta Observación Entrevista

OBJETIVOS	VARIABLES	DESCRIPCIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA	TECNICA E INSTRUMENTO
			Humanos	Personal de trabajo	Profesional No profesional	
Identificar las medidas de seguridad que disponen en el Asilo de Ancianos Esposos Bishara	Seguridad	Se refiere a la ausencia de daños prevenibles en el paciente durante el proceso de cuidados	Medidas de seguridad	Entorno diseñado para evitar accidentes y caídas	Si No	Entrevista Observación
Verificar la promoción del autocuidado a los adultos mayores del Asilo de Ancianos Esposos Bishara	Promoción de autocuidado	Esta es una función humana reguladora que debe aplicar cada individuo de forma deliberada con el fin de mantener su vida y su estado de salud, desarrollo y bienestar, por tanto es un sistema de acción	Capacitación	Charlas Educación	Siempre A veces Nunca	Encuesta Entrevista Observación

5. ¿El personal a su cuidado está pendiente de los horarios y las dosis de sus medicamentos?

Siempre ()

A veces ()

Nunca ()

6. ¿Cómo considera usted la nutrición que se le brinda en el asilo?

Muy buena ()

Buena ()

Regular ()

Mala ()

7. ¿El personal del asilo le ayuda a realizar actividad física y rehabilitación?

Director Administrativo Si () No ()

Trabajadora Social Si () No ()

Terapista física Si () No ()

Psicóloga Si () No ()

Cuidadores Si () No ()

8. ¿Con qué frecuencia el personal de enfermería le toma los signos vitales?

Diariamente ()

Semanalmente ()

Mensualmente ()

Nunca ()

9. ¿En el asilo se le incentiva a realizar actividades recreativas como: pintar, leer cuentos, armar rompecabezas, etc.?

Si ()

No ()

10. ¿Cómo califica usted la comodidad de las instalaciones del asilo?

Muy buena ()

Buena ()

Regular ()

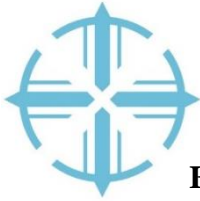
Mala ()

11. ¿Cree usted que en el asilo se promueve su autocuidado?

Si ()

No ()

ANEXO N° 3



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR SEDE
ESMERALDAS**

ESCUELA DE ENFERMERÍA

ENTREVISTA DIRIGIDA A LOS ADMINISTRADORES DEL ASILO

El siguiente instrumento de recolección de datos es desarrollado con fines académicos, cuyos resultados servirán para la elaboración de la tesis de grado: Calidad de Atención que se brinda a los adultos mayores en el Asilo de Ancianos Esposos Bishara, previo a la obtención del título de Licenciada en Enfermería.

La participación es voluntaria y la información que nos proporcione será tratada de manera anónima y respetando en todo momento la confidencialidad.

Preguntas

¿Qué tipos de cuidados se les brinda a los adultos mayores?

¿Qué tipo de alimentación se les brinda a los adultos mayores?

¿Qué actividades ocupacionales-recreativas se realizan?

¿Visitan el asilo médicos especialistas para atender a los adultos mayores?

¿Cada cuánto tiempo se les realiza revisiones médicas a los asilados?

¿Qué gestiones realizan para que los visiten médicos generales y especialistas?

¿Qué gestiones realizan para obtener los medicamentos y suministros?

¿Qué tipos de actividades de terapia física promueven?

ANEXO N° 4



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR SEDE ESMERALDAS

ESCUELA DE ENFERMERÍA

FICHA DE OBSERVACIÓN

TEMA: Calidad de atención que se brinda a los adultos mayores del Asilo de Ancianos Esposos Bishara de Esmeraldas.

OBJETIVO: Analizar la calidad de atención que se brinda a los adultos mayores del Asilo de Ancianos Esposos Bishara.

LUGAR O ÁREA:

Aspecto	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	Anotación
Trato por parte de los profesionales					
Infraestructura					
Mobiliario					
Alimentación					
Disposición para la ayuda					
Atención de los cuidadores no profesionales					
	Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca	Anotación
Cuentan con medicamentos y suministros					
Control de signos vitales					
Realizan actividades recreativas					
Realizan actividad física y rehabilitación					
El personal está pendiente de los horario y dosis de los medicamentos					