

**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

TEMA:

**INCIDENCIA DE LA SATISFACCIÓN EN LA ATENCIÓN EN EL
NIVEL DE DEPRESIÓN DEL ADULTO MAYOR EN LOS CENTROS
DIURNOS GERIÁTRICOS DE GUAYAQUIL**

AUTORA:

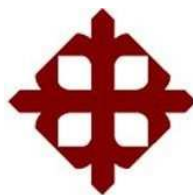
ING. MARIANA DEL PILAR ULLOA SÁNCHEZ

**PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL GRADO ACADÉMICO DE:
MAGÍSTER EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

TUTORA:

ING. ADELA ZURITA FABRE, PhD

**Guayaquil, Ecuador
2020**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por la **Ing. Mariana del Pilar Ulloa Sánchez**, como requerimiento parcial para la obtención del Grado Académico de **Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud**.

DIRECTORA DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Ing. Adela Zurita Fabre, PhD

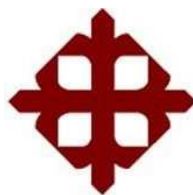
REVISORA

Ing. Elsie Zerda Barreno, MAE

DIRECTORA DEL PROGRAMA

Econ. María del Carmen Lapo Maza, PhD

Guayaquil, 20 de enero del 2020



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, Mariana del Pilar Ulloa Sánchez

DECLARO QUE:

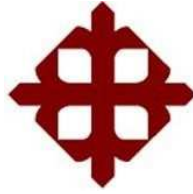
El Proyecto de Investigación: **Incidencia de la satisfacción en la atención en el nivel de depresión del adulto mayor en los centros diurnos geriátricos de Guayaquil**, previa a la obtención del **Grado Académico de Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud** ha sido desarrollada en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del Proyecto de Investigación del Grado Académico en mención.

Guayaquil, 20 de enero del 2020

LA AUTORA

Mariana del Pilar Ulloa Sánchez



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

AUTORIZACIÓN

Yo, Mariana del Pilar Ulloa Sánchez

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la **publicación** en la biblioteca de la institución del **Proyecto de Investigación previo a la obtención del grado de Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud** titulada: **Incidencia de la satisfacción en la atención en el nivel de depresión del adulto mayor en los centros diurnos geriátricos de Guayaquil**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 20 de enero del 2020

LA AUTORA:

Mariana del Pilar Ulloa Sánchez

Informe de Urkund



Documento [ULLOA SANCHEZ-noviembre 2019.docx](#) (D59192848)

Presentado 2019-11-19 10:13 (-05:00)

Presentado por [adeia zurita fabre](#) (adeia.zurita@cu.ucsg.edu.ec)

Recibido adeia.zurita.ucsg@analysis.urkund.com

Mensaje [Mostrar el mensaje completo](#)

1% de estas 49 páginas, se componen de texto presente en 3 fuentes:

Agradecimiento

Agradecida con Dios por darme salud, trabajo y las fuerzas para realizar la maestría. Le doy gracias a mi hijo quien con paciencia sufrió mi ausencia durante estos dos años de clases. A mi esposo Elías Ortiz quien al final fue un apoyo importante y a mi familia por ser siempre ese apoyo incondicional. A mis amigos quienes siempre me alentaron a seguir. A mis maestros quienes en cada clase impartieron conocimiento enriquecedor. Y a mis compañeros de clases con quienes hicimos un excelente equipo de trabajo.

Mariana Ulloa.

Dedicatoria

Este proyecto está dedicado a la memoria de mi tía abuela Margarita Sánchez y a mis padres Adela y Eloy por quienes doy gracias a Dios por su presencia en nuestras vidas y quienes emocionalmente me apoyaron siempre en seguir creciendo profesionalmente. Y a todos los AM que conozco y a todas las futuras generaciones que en un futuro no muy lejano también formaremos parte de ese grupo vulnerable.

Mariana Ulloa.

ÍNDICE GENERAL

Resumen.....	XVII
Abstract.....	XIV
Introducción.....	2
Antecedentes.....	4
Planteamiento del Problema.....	6
Formulación del Problema.....	8
Justificación de la Investigación.....	8
Preguntas de Investigación.....	10
Hipótesis de la Investigación.....	10
Objetivos.....	10
Objetivo general.....	10
Objetivos específicos.....	11
Capítulo I Marco Teórico.....	12
El AM: Clasificación y Comportamiento.....	12
Clasificación del AM y valoración integral.....	13
La depresión en el AM.....	16
Bienestar psicológico.....	19
Los Centros Gerontológicos Residenciales.....	20
Objetivo de un centro gerontológico.....	20
Estructura de un centro gerontológico.....	21
Satisfacción de la Atención del Servicio.....	22
Entendimiento de la satisfacción.....	26
Interacción enfermera-paciente.....	26
Habilidad del cuidado.....	27
El cuidador.....	28
Valoración de la Calidad en la Atención del AM.....	28
Capítulo II Marco Referencial.....	36
La Valoración de Depresión en Centros de Cuidado de AM.....	36
Centros Gerontológicos.....	43
Marco Legal.....	44
Constitución de la República del Ecuador.....	44
Ley del Anciano.....	46
Políticas públicas desarrolladas para el AM.....	47
Capítulo III.....	50

Metodología de la Investigación.....	50
Enfoque, tipo y alcance de la investigación.....	51
Población y muestra.....	52
Técnica y herramientas para recolección de información.....	53
Análisis de Resultados.....	55
Nivel de satisfacción con respecto al servicio recibido.....	55
Encuesta sobre el nivel de depresión del AM.....	71
Análisis General de Resultados.....	79
Capítulo IV Propuesta.....	84
Objetivos.....	84
Justificación.....	84
Beneficiarios	85
Detalle de la propuesta.....	85
Diseñar un protocolo de saludo y presentación a la hora de que ingresa el AM al centro.....	85
Información sobre el uso adecuado de los dispositivos que se encuentran en las habitaciones	86
Brindar talleres sobre el manejo óptimo de acuerdo a las diferentes dudas que presentan los ancianos en el centro geriátrico	87
Capacitar al personal sobre la atención brindada a ancianos que presentan malestar en su salud	88
Plantear actividades las cuales fomenten el trabajo en equipo en el personal de cuidado del centro diurno.....	89
Recursos, Materiales Necesarios y Cronograma de implementación	91
Conclusiones	93
Recomendaciones	95
Referencias	96
Apéndices	112
Apéndice B. Encuesta de Depresión, según la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage	113
DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN	114

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	Personas a encuestar.....	52
Tabla 2	Niveles de satisfacción e insatisfacción en la atención al usuario	69
Tabla 3	Dimensión de Variables	81
Tabla 4	Correlación satisfacción - depresión	81
Tabla 5	Correlación satisfacción - ingreso	82
Tabla 6	Protocolo de Presentación	85
Tabla 7	Taller sobre el Manejo Adecuado de AM	87
Tabla 8	Capacitación para Mejorar la Atención en AM.....	88
Tabla 9	Rompecabezas Grupal.....	89
Tabla 10	Juego de Posibilidades	89
Tabla 11	Recursos y materiales	90
Tabla 12	Recursos Financieros	90
Tabla 13	Calendario	91

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Identificación y presentación del personal al momento del ingreso del AM.....	55
Figura 2. Explicación sobre uso de dispositivos en habitaciones	56
Figura 3. Información sobre riesgos en las instalaciones	56
Figura 4. Dedicación del personal de cuidado y el tiempo que éstos ofrecen a los AM.....	58
Figura 5. Satisfacción con respecto a los cuidados de salud (análisis de sangre, curaciones, sondajes, etc.) recibidos por el personal	58
Figura 6. Información por parte del personal sobre la administración y toma de medicamentos	59
Figura 7. Amabilidad del personal	60
Figura 8. Supervisión en la alimentación	60
Figura 9. Cuidados recibidos durante su permanencia en cama.....	61
Figura 10. Supervisión de Higiene	62
Figura 11. Respeto a la intimidad.....	62
Figura 12. Estado de ánimo del paciente.....	63
Figura 13. Presencia de dolor o molestias	63
Figura 14. Conocimientos y habilidades del personal.....	64
Figura 15. Lenguaje utilizado por el personal	65
Figura 16. Confianza transmitida hacia los pacientes	66
Figura 17. Identificación del personal profesional	66
Figura 18. Trabajo en equipo.....	67
Figura 19. Información por parte del personal	68
Figura 20. Satisfecho con su vida.....	70
Figura 21. Ha renunciado a muchas actividades	71
Figura 22. Siente que su vida está vacía.....	71
Figura 23. Se encuentra a menudo aburrido/a.....	72
Figura 24. Tiene a menudo buen ánimo	73
Figura 25. Teme que le pase algo malo.....	73
Figura 26. Se siente feliz muchas veces	74
Figura 27. Se siente a menudo abandonado/a	74
Figura 28. Prefiere quedarse en casa a salir	75

Figura 29. Cree que tiene más problemas de memoria que el resto de la gente	75
Figura 30. Piensa que es maravilloso vivir.....	76
Figura 31. Le cuesta iniciar proyectos nuevos.....	76
Figura 32. Se siente lleno de energía.....	77
Figura 33. Siente que su situación es desesperada.....	77
Figura 34. Cree que mucha gente está mejor que usted	78
Figura 35. Flyer Uso de dispositivos.....	86

Resumen

La satisfacción ha sido denominada como un principio de excelencia que debe brindar la institución por ser un indicador de gestión, el cual se encuentra involucrado con el trato que se le otorga al usuario. La depresión es considerada un trastorno mental el cual da a cualquier edad, sin embargo, en el adulto mayor se da con mayores ocasiones por el estado de envejecimiento, lo cual disminuye la rapidez de recuperación, lo vuelve más vulnerable a enfermedades, provocando aceleración del deterioro cognitivo, físico y social. El objetivo general de esta investigación fue analizar la incidencia de la satisfacción en la atención en el nivel de depresión del adulto mayor en los centros diurnos geriátricos de la ciudad de Guayaquil, a través de una investigación cuantitativa, para mejorar su calidad de vida. Utilizando como metodología el enfoque cuantitativo, de alcance correlacional y descriptivo, la investigación fue de tipo no experimental. Se utilizó como técnica la encuesta, con una población de 278 AM. Los resultados mostraron insatisfacción en el tiempo recibido para aclarar las dudas, la falta de información en cuanto a riesgo de accidentes, la administración de medicina y la falta de presentación del personal. Se pudo observar que existe depresión en los adultos mayores puesto que no se sienten escuchados, tienen poca energía, por lo que prefieren quedarse en casa. Se concluye que la satisfacción y la depresión tienen una relación negativa fuerte significativa.

Palabras Clave: Satisfacción del usuario, depresión, adulto mayor, centros diurnos para adultos mayores, geriatría.

Abstract

Satisfaction has been denominated as a principle of excellence that the institution must provide for being an indicator of management, which is involved with the treatment given to the user. Depression is considered a mental disorder which gives at any age, however, in the older adult occurs with greater occasions by the state of aging. Depression decreases the speed of recovery, making it more vulnerable to diseases, causing acceleration of cognitive, physical and social deterioration. The general objective of this research was to analyze the incidence of satisfaction in the attention at the level of depression of the elderly in the geriatric day centers of the city of Guayaquil, through quantitative research, to improve their quality of life. Using as a methodology the quantitative approach, of correlational and descriptive scope, the research was non-experimental. The survey was used as a technique, with a population of 278 older adults. The results showed dissatisfaction in the time received to clarify the doubts, the lack of information regarding the risk of accidents, the administration of medicine and the lack of presentation of the personnel. It was observed that there is depression in older adults since they do not feel heard, they have little energy, so they prefer to stay at home. It is concluded that satisfaction and depression have a significant strong negative relationship.

Keywords: User satisfaction, depression, older adult, day centers, geriatrics.

Introducción

La calidad en la atención de salud es un tema de importancia que debe estar siempre presente dentro de un centro, hospital o en cualquiera de las instituciones de salud que existen en el país. Se ha realizado y se está realizando grandes esfuerzos a nivel del sector salud para tratar de mejorar la calidad en los servicios, con el fin de incrementar la satisfacción de las personas que necesitan ser atendidas y son atendidas. A su vez, se dice que el concepto de calidad radica en la forma de entregar el servicio o producto final al consumidor o usuario para que logre crear satisfacción en el mismo; sin embargo, la calidad es un término difícil de definir, ya que en realidad depende de la percepción del usuario en cuanto a si su necesidad o expectativa fue satisfecha o no. Es importante que la atención que se brinda en las instituciones de salud sea de calidad, debido a que con esto no sólo se podrá satisfacer las necesidades de las personas, sino que también logrará que el usuario regrese nuevamente, creando fidelidad en él ante la institución de salud (Espitia & Sáenz, 2015).

Cuando se recibe un servicio que no ha sido de total satisfacción para el usuario, se genera en éste decepción y, en algunos niveles, depresión ante una situación no aceptada ni consentida. Al utilizar el término *depresión*, “se hace referencia a un amplio espectro de trastornos que comparten ciertas características, que varían en sus causas, intensidad, sintomatología, cronicidad y curso, e incluso en el comportamiento epidemiológico” (Londoño & González, 2016, p. 316).

El término depresión se asigna a una intensa enfermedad que perjudica a las personas mentalmente, provocada primordialmente por un trastorno cerebral y se manifiesta a través de cuatro factores en el siguiente orden: genético, psicológico,

biológico y también el entorno ambiental; otro factor que también se considera en la actualidad es el efecto del funcionamiento familiar y la falta de apoyo social. Parecería que las mujeres son más vulnerables a sufrir de depresión a causa de ciertos factores sociales, aunque también se puede presentar en los hombres por su dificultad para solicitar ayuda para superar alguna forma de malestar emocional (Ramos, 2014).

La depresión, independientemente del género, se presenta también en los casos de las personas que asisten a centros de cuidado, concretamente en centros geriátricos, ya que si no reciben el servicio de forma adecuada o si consideran que no se satisface su necesidad, provoca indisposición y, por ende, depresión. Aunque la depresión denota un escenario negativo, lo importante es que se han creado productos y procedimientos como medicamentos antidepresivos y terapias para combatir la enfermedad (MedlinePlus, 2018). En los centros geriátricos cabe un análisis más profundo en cuanto a la atención que se ofrece, dado que la población que recibe los servicios se encuentra en una etapa que bien es difícil, delicada y de mucha deferencia.

Esta investigación está orientada al análisis de la relación de la satisfacción del servicio geriátrico y el nivel de depresión de los adultos mayores (AM) de los centros diurnos geriátricos de la ciudad de Guayaquil; los resultados de este estudio se presentan con la siguiente estructura:

El capítulo I está conformado algunas teorías y principios que rigen la clasificación y comportamiento del AM así como las características específicas de los centros geriátricos, para pasar a analizar los términos de la satisfacción de este sector de usuarios.

El capítulo II contiene otras investigaciones similares al presente proyecto de estudio, además se incluye las diferentes leyes proporcionadas por la Constitución de la República del Ecuador, la Ley del Anciano y políticas públicas desarrolladas para el AM.

El capítulo III presenta las variables de la investigación, así como el enfoque y tipo de investigación, población objetiva del estudio, las herramientas para obtener información y el análisis de los resultados obtenidos.

El capítulo IV muestra una propuesta para mejorar la calidad de atención percibida en los centros diurnos geriátricos de la ciudad de Guayaquil; finalmente, se ofrece algunas conclusiones y recomendaciones.

Antecedentes

La etapa de la vejez es un proceso natural. Investigaciones han dado a conocer que cada segundo dos personas cumplen 60 años y que, alrededor del mundo, se encuentran habitando aproximadamente 810 millones de personas con una edad mayor a 60 años; la historia ha mostrado que la cantidad de individuos mayores de esta edad se incrementó a partir del siglo XX y se estima que la población anciana llegue a 1 200 millones en el año 2025 (Llanes, López, Vásquez, & Hernández, 2015).

En Ecuador, según datos del Ministerio de Inclusión Social y Económico (MIES) existen 1 049 824 AM que tienen 65 años de edad o más; representando el 6.5% de la población total (MIES, 2013b). Uno de los objetivos prioritarios que se tiene dentro de la salud pública es crear una excelente calidad de vida en los ancianos para que a su vez sea posible alargar el tiempo de vida de estas personas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera a la depresión como una enfermedad que se produce frecuentemente en las personas a nivel mundial.

Estudios han mostrado que la misma perjudica el bienestar emocional de más de 300 millones de seres humanos. Esta enfermedad es muy seria y debe ser considerada como perjudicial para toda la humanidad; no obstante, su actividad es exponencialmente mayor al daño que pueden causar los cambios de estado de ánimo y emocionales que se dan cotidianamente (OMS, 2017).

La depresión puede llegar a un nivel en el que consiga comprometer gravemente el bienestar físico y mental de una persona, y mucho más cuando esta enfermedad se mantiene durante un largo tiempo de una manera intensa. Su aparición incide en muchas actividades que una persona realiza diariamente.

Puede causar un malestar y no permitir reflejar un buen desempeño en lo laboral, escolar y está propensa a afectar las relaciones familiares. Es probable que la gente que sufre de esta enfermedad se suicide; es más se ha evidenciado que anualmente aparecen 800 000 personas que se suicidan a causa de la depresión. El fenómeno de la depresión y otros problemas que se presentan a nivel mental están incrementando en el mundo (OMS, 2017).

Numerosos trabajos de investigación han sido orientados a la valoración de la atención y su relación con el fenómeno de la depresión en los AM, entre ellos se pueden mencionar los realizados en algunas ciudades de Ecuador tales como Ambato (Castillo, 2018), Cuenca (Siguenza, 2015) y Riobamba (Ponce, Samaniego, & Pino, 2019), pudiéndose evidenciar que para el caso de Ambato, los AM presentaron un nivel de depresión en un 23.3%; en Cuenca se observó que los pacientes de sexo femenino eran los más afectados, con un 28.2%; en cambio en Riobamba se evidenció que los hombres presentan una mayor depresión a nivel nacional que las mujeres, reflejándose un 25% de AM masculinos con depresión.

Por todo lo anterior y tomando como base los conocimientos adquiridos en el programa de posgrado de la Maestría en Gerencia en Servicios de la Salud combinados con la experiencia personal y el interés por generar soluciones para el sector del AM, se decidió contribuir a impulsar una atención de calidad en los centros gerontológicos a través de una propuesta que contemple estrategias de mejoramiento de los servicios que en estos se provee a una población tan importante como es el que está conformado por los ancianos.

Planteamiento del Problema

La depresión del AM se está transformando en un problema para la sociedad y la salud pública, en donde se denota una tendencia hacia el suicidio sin poder determinar las causas que pudieron generarla y diseñar su posible tratamiento, pues la prevalencia de la depresión en los ancianos puede variar por diferentes circunstancias, ya sea que estén establecidos en comunidades, hospitalizados, en residencias o recibiendo tratamiento (A. E. Gómez, 2007). La depresión a nivel mundial representa el tercer motivo de consulta en atención primaria; a pesar de aquello, con frecuencia está infradiagnosticada (Sarró, Ferrer, Rando, Formiga, & Rojas, 2013).

Los síntomas principales de la depresión es el estado de ánimo que se suele reflejar por la tristeza, sensación de fracaso, culpa, auto desprecio, ideas suicidas, irritabilidad, insomnio, pérdida de apetito, bajo nivel de energía, pesimismo, insatisfacción, retirada social, entre otros; pero la principal razón de la depresión en la vejez es la soledad; los factores de riesgo se incrementan en grupos sociales de avanzada edad, bajos nivel de ingresos, soledad, falta de atención y ausencia de cuidadores (Losada & Álvarez, 2014).

Existen varias leyes a nivel nacional e internacional que protegen a los AM quienes son parte de esta sociedad y están expuestos a sufrir diferentes tipos de abusos entre ellos el abandono de familiares, abuso físico y/o psicológico. Para prevenir este tipo de problemas el Estado ha puesto en marcha varios proyectos, entre éstos el Cuidado Diurno del Adulto Mayor.

El Estado tiene la obligación de garantizar los derechos de las personas y las colectividades a través de la ejecución de políticas y programas dirigidos a la consecución de los derechos constitucionales apegados al concepto del Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021 Toda Una Vida, siendo entendido desde una visión integral conseguir el bienestar de toda la población a través de la recuperación de valores e integración de grupos históricamente excluidos al proceso de democratización y participación de la sociedad; entre sus objetivos se especifica la implementación de “políticas que protejan a quienes requieren atención prioritaria (población en situación de pobreza y adultos mayores) asegurando el acceso a mecanismos de seguridad social” (SENPLADES, 2017, p. 50).

El artículo 2 de la Ley del Anciano dicta que las personas AM tienen derecho de disponer de acceso a una vida de calidad que esté forjada por la salud física y mental, la alimentación, la vestimenta, el hogar, la atención sanitaria, los servicios geriátricos y gerontológicos integrales y todos los servicios que sean necesarios e importantes para que la persona pueda tener una vida buena y útil (Congreso Nacional, 2006).

Por todo ello, es necesario determinar el nivel de incidencia de la satisfacción en la atención con el nivel de depresión del AM en los centros diurnos geriátricos de la ciudad de Guayaquil, tomando en consideración, además, lo obtenido en el

estudio de Guillén y Angulo (2016), quienes determinaron que la satisfacción va ligada de manera directa con el bienestar, de acuerdo a como se sienta el AM se verá reflejado en su vida, si el AM no se siente satisfecho con la atención brindada ya sea en casa o en algún centro al cual asista, su nivel de esperanza por vivir va disminuyendo al sentirse rechazado, lo que hace que pierda los objetivos de la vida, sintiendo que ha perdido sus capacidades físicas y mentales propias de su edad. Sin embargo, cuando los AM se sienten satisfechos este panorama cambia completamente ayudando a la vida afectiva y social del adulto, viendo su vejez con actitud positiva, destacando todo los logros que han tenido durante su vida, lo que permitirá que vivan su etapa de vejez de forma óptima, por medio de programas en las que se sientan sometidos a una inclusión adecuada a su edad, capacidades en el ámbito social y familiar, esto hará que su percepción hacia la vida cambie de forma positiva ayudando a que se planteen metas y logren alcanzarlas, siendo ésta una motivación para vivir.

Debido a estas circunstancias, es que se desea conocer si la satisfacción incide negativa y significativamente en el nivel de depresión de los AM de los centros diurnos geriátricos de la ciudad de Guayaquil.

Formulación del Problema

¿Cuál es la incidencia de la satisfacción en la atención con respecto al nivel de depresión del AM en los centros diurnos geriátricos, de la ciudad de Guayaquil?

Justificación de la Investigación

Este proyecto de investigación tiene como principales favorecidos a todos los AM que gozan de los servicios de cuidado geriátrico en los centros diurnos, de la ciudad de Guayaquil. Este trabajo de investigación cumple con la línea de

investigación de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil (UCSG) *Calidad de Atención en Salud*; ya que contribuye a identificar la incidencia de la satisfacción en la atención con respecto al nivel de depresión que experimentan estas personas. Los favorecidos indirectos son los familiares del AM al tener a su familiar con ánimos de vivir, salud, en buen estado, donde el AM pueda experimentar una excelente calidad en su atención. Tomando en cuenta que también es ventajoso para el Estado porque mejorando la calidad del centro existirá una disminución en el índice de morbilidad, gracias a una atención adecuada.

El presente proyecto de investigación cumple con el primer objetivo del Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021 Toda Una Vida, el cual se refiere a “garantizar una vida digna con iguales oportunidades para todas las personas” (SENPLADES, 2017, p. 53). A través de la Constitución del 2008 el Estado dicta y establece que todas las personas que habitan dentro de país tienen el derecho de vivir una vida digna, en donde se garantice la salud de la persona y la de sus familiares, donde exista una buena y adecuada alimentación y nutrición. También el Estado se responsabiliza en brindar y asegurar el derecho a las personas del líquido vital, casa, cuidado ambiental, educación y aprendizaje, trabajo remunerado, días de descanso, vacaciones, actividades físicas, vestimenta, seguridad social y otros servicios que son de vital importancia para mejorar la calidad de vida de las personas (Asamblea Nacional, 2008).

Se considera de gran relevancia realizar el estudio en los centros diurnos geriátricos, debido a que esta investigación permitirá conocer la satisfacción de los AM, lo que permitirá hacer cambios e implementar nuevas estrategias las cuales sean de beneficio para los centros diurnos y al AM, logrando la satisfacción

del mismo para mejorar su calidad de vida y la satisfacción sobre la atención percibida del centro geriátrico.

Preguntas de Investigación

- 1) ¿Cuáles son los conceptos relacionados con la satisfacción en la atención y el nivel de depresión en los AM de los centros diurnos geriátricos de la ciudad de Guayaquil?
- 2) ¿Qué incidencia tiene la satisfacción de la atención en la depresión del AM?
- 3) ¿Cuál es la propuesta adecuada para mejorar la calidad de atención percibida en los centros diurnos geriátricos de la ciudad de Guayaquil?

Hipótesis de la Investigación

La satisfacción en la atención tiene una relación negativa significativa sobre los niveles de depresión de los AM.

Variable independiente: satisfacción en la atención

Variable dependiente: relación negativa significativa sobre los niveles de depresión del AM

Objetivos

Con el fin de atender la problemática planteada, se han definido los siguientes objetivos:

Objetivo general

Analizar la incidencia de la satisfacción en la atención en el nivel de depresión del AM en los centros diurnos geriátricos de la ciudad de Guayaquil, a través de una investigación cuantitativa, que permita diseñar una propuesta orientada a mejorar su calidad de vida.

Objetivos específicos

- Conocer los factores relacionados con la satisfacción en la atención y su relación con el nivel de depresión de los AM.
- Medir el nivel de satisfacción en la atención y el nivel de depresión en los AM por medio de encuestas realizadas en los centros diurnos geriátricos de la ciudad de Guayaquil.
- Identificar la incidencia de la satisfacción en la atención percibida en relación a la depresión del AM, por medio de un análisis correlacional.
- Elaborar en base a la investigación una propuesta para mejorar la calidad de atención percibida en los centros diurnos geriátricos de la ciudad de Guayaquil.

Capítulo I

Marco Teórico

El análisis de la situación de los AM crece en importancia e interés por parte de las diferentes instituciones que ofrecen atención a este grupo etario. Del tipo y calidad de atención que éstos reciben muchas veces dependen su conducta o nivel de satisfacción con respecto al servicio que reciben en los centros especializados creados para su atención. En este capítulo se revisa algunas teorías y principios relacionados con los AM, sus necesidades y comportamientos ante el tipo de respuesta de cada uno ante las diferentes situaciones a las que se enfrentan en su cotidianidad, así también se revisa las características de los centros creados para su cuidado.

El AM: Clasificación y Comportamiento

Ecuador se encuentra en una etapa en donde el envejecimiento ha tomado su importancia tanto para la sociedad como para los organismos públicos y privados, ya que se considera que son personas que bien pueden utilizar sus funciones cognitivas para seguir generando y produciendo conocimiento, solamente deben ser atendidos y motivados. Las personas dentro de un rango de edad entre los 15 y los 65 años son consideradas en su generalidad, a nivel mundial, como aquellas que todavía tienen las posibilidades para realizar trabajos laborales.

En Ecuador se consideran AM a las personas que tienen 65 años en adelante. La Población Adulta Mayor (PAM) en el país para poder tener un buen ritmo de vida tiene que satisfacer sus necesidades por medio de la atención sanitaria de calidad y el ingreso de dinero en su hogar. En este país, hasta el 2013, se contaba con 985 000 AM (MIES, 2013a).

Convertirse en AM lamentablemente es considerado como sinónimo de envejecimiento. El envejecimiento es un proceso natural, extremadamente complejo y multifactorial, el cual “se caracteriza por continuos cambios universales, progresivos e irreversibles” (Medina, Muñoz, & Escobar, 2016, p. 578). A este respecto, la Asamblea General de las Naciones Unidas en 2002 reconoció tres ejes para el cuidado del envejecimiento de las personas: el primero lo que tiene relación directa con las AM y su desarrollo, el segundo con la búsqueda de la salud y su bienestar y, el tercero, la necesidad de generar un entorno propicio que le sea favorable para los AM (OMS, 2015).

Tomando en consideración estos tres ejes y dado que la calidad de vida de los AM se relaciona directamente con los factores físicos, sociales y culturales y, “en gran medida, a la escala de valores de cada individuo” (Varela, 2016, p. 200), los países en general han tomado conciencia de las necesidades y cómo responder a ellas, para ofrecer las condiciones que permitan mejorar sus condiciones de vida a medida que las personas van envejeciendo; por tanto, se reconoce que hay un “consenso en que la calidad de vida deber ser considerada desde una visión multidimensional, que además de lo anteriormente mencionado, debe incluir aspectos ambientales, culturales, económicos, de servicios de salud, satisfacción, actividades de ocio, entre otros” (OMS, 2015, p. 5; Varela, 2016, p. 200).

Clasificación del AM y valoración integral

Para comprender mejor las características y condiciones en que se desarrolla la vida de un AM, cabe establecer algunas diferencias según sus niveles de funcionalidad: el autovalente, el frágil y el dependiente.

Los AM autovalentes son considerados a aquellos que pueden realizar actividades diarias por su propia cuenta. Ellos pueden alimentarse, caminar,

transportarse, bañarse, uniformarse o vestirse, etc. Otras actividades que estas personas tienen la posibilidad de llevar a cabo son la realización de las tareas culinarias y también pueden realizar trabajos lejos de casa dentro de la misma ciudad o incluso fuera de ella (Licas, 2015; Medina et al., 2016).

La clasificación de los AM que son frágiles abarca a quienes se encuentran en una etapa en donde su condición fisiológica disminuye, causando que la persona se caracterice por estar en condiciones vulnerables a cualquier tipo de situación adversa. Estas personas son propensas a enfermarse, por ello es que este segmento poblacional tiene índices de morbilidad y mortalidad altos (González, Cardentey, Hernández, Rosales, & Jeres, 2017; Licas, 2015).

Los AM dependientes o postrados son aquellos que “por motivos de edad o enfermedad, y ligadas a la pérdida de autonomía física, sensorial, mental o intelectual, precisa con carácter permanente la atención de otra persona para realizar las actividades básicas de la vida diaria” (R. M. Rodríguez & Landeros, 2014, p. 88); son los que presentan una pérdida importante de los índices fisiológicos. Estas personas por lo general pierden la independencia funcional, por lo tanto, no pueden realizar actividades que tengan que utilizar la fuerza física, ya que ciertas situaciones pueden comprometer su bienestar. Esas personas se convierten en dependientes de otra. También reflejan altas probabilidades de enfermarse (Licas, 2015; Marante et al., 2014).

La consideración de estas tres características de los AM, resultan de una valoración funcional que incluye lo físico, lo síquico y lo social convirtiéndose en una valoración geriátrica integral. Esta identificación es importante ya que se puede identificar estados de enfermedad y/o riesgos con el fin de diseñar planes de cuidado para mejorar sus condiciones de vida mediante la intervención de una

atención geriátrica especializada; al respecto, Laguado, Camargo, Campo y Martín (2017) presentaron dos escalas, con sus respectivos niveles de funcionalidad que van desde el 3 equivalente a *dependencia total*, el 2 *requiere ayuda*, el 1 *necesita estímulo y/o supervisión* y el 0 que significa que el AM *tiene autonomía completa*. Entre las escalas mencionadas por estos autores están: (a) autonomía funcional y la de (b) dependencia; a continuación, se detalla ocho aspectos que integran la funcionalidad básica (Laguado et al., 2017):

1. Nutrición (alimentación, hidratación).
2. Cumplimiento (uso de medicamentos).
3. Sintomatología (síntomas).
4. Actividad-descanso (tareas domésticas, desplazamiento, deambulación, descanso, sueño).
5. Higiene (aseo-higiene).
6. Eliminación (eliminación intestinal, eliminación vesical).
7. Ocio-tiempo libre (ocupación del tiempo libre).
8. Uso de recursos (uso de los recursos).

En el caso de la escala para valorar la dependencia del AM, se consideran rangos que van desde 0-4% que significa que no hay problemas, 5-24% establece que tiene problemas ligeros, 25-49% presenta problemas moderados, 50-95% tiene problemas graves y 96-100% significa problema completo o total (Cervantes, Villarreal, Galicia, Vargas, & Martínez, 2015).

La valoración integral del AM es parte del diagnóstico que se debe realizar, con el fin de establecer sus condiciones de funcionalidad y poder diseñar planes de atención personalizadas, que permitan cuidar de su salud física y mental (Cervantes et al., 2015).

Mediante la valoración geriátrica desde la funcionalidad y grado de dependencia, se puede identificar la condición del AM con el propósito de diseñar planes de cuidados individuales, con acciones encaminadas a su autocuidado, otorgando protagonismo según sus preferencias; supone potenciar la motivación y cambio de comportamiento acorde a sus capacidades, que generen algún grado de autonomía e independencia elemental (Laguado et al., 2017).

La depresión en el AM

La depresión ha sido clasificada dentro del ámbito de la salud como un trastorno mental que puede aparecer en las personas frecuentemente. Aunque puede atribuirse el estado depresivo al envejecimiento, es una situación que se presenta a cualquier edad y nivel psico-social-cultural que bien puede ser revertida con un tratamiento oportuno y adecuado; en caso de que no sea atendida a tiempo, “la depresión puede acelerar el deterioro físico, cognitivo y social, dilatar la recuperación de enfermedades y cirugías, provocar un aumento del uso de la atención médica, y el suicidio” (Jonis & Llacta, 2013, p. 78).

“La depresión es la primera causa de discapacidad dentro de los trastornos mentales, y se estima que en el año 2020 se convertirá en la segunda causa de incapacitación y muerte, tan solo superada por las enfermedades cardiovasculares” (Gámez, Sosa, Columbié, Mojena, & Pavot, 2012, p. 1367); se puede generar diferentes estados de ánimo desde fases de tristeza, mínimo interés por hacer algún tipo de actividad, disminución de su autoestima y del apetito, fácil agotamiento y pérdida de concentración y, en general, como ellos desconocen la existencia de tratamientos para superar esta etapa, no buscan ayuda profesional y, es aquí en donde la familia desempeña una función importante de apoyo en el tratamiento de las diferentes situaciones que debe afrontar el AM, además de

proporcionar ayuda en la atención primaria; todos estos escenarios influyen en los costos en los servicios de salud pública y familiar, aun cuando en un bajo porcentaje de haber sido diagnosticados han seguido estrechamente el tratamiento diseñado por el médico (Licas, 2015; Peña, Herazo, & Calvo, 2009).

Cuando un AM se deja llevar por estas reacciones depresivas, pueden inclusive perder control sobre sus funciones cognitivas en lo relacionado con la atención, interpretación, procesamiento de información todo lo cual, pudiera llevarlos a un cuadro de demencia con tendencia y riesgo para tener Alzheimer (Licas, 2015) o, posiblemente, llegar al suicidio, siendo que la mortalidad por suicidio en AM “son mayores que en personas jóvenes, variando entre el 5 y el 10 por ciento, siendo los trastornos afectivos un factor de riesgo independiente y significativo para suicidio en este grupo de edad” (Peña et al., 2009, p. 350).

Estos cuadros de trastornos no siempre van a ser los mismos, ya que se presentan según las personas; pueden ser clasificados por niveles de depresión (leve, moderada o grave) y por el peligro que representan. El primer nivel de la depresión o *leve*, se caracteriza por episodios de tristezas y pérdida de interés por algo que, en algún momento, fue considerado importante, además de que ya no disfrutan como antes lo solían hacer de las actividades cotidianas y familiares y sus niveles de fatiga incrementan; el segundo nivel de depresión o depresivo moderado se presenta cuando a las personas se les empieza a dificultar el desarrollo progresivo de situaciones sociales, de trabajo, etc.; el tercer episodio o nivel de depresión grave está dado cuando el afectado se encuentra angustiado o agitado por cualquier situación en particular, su autoestima está por los suelos y se siente culpable (Calderón, 2018; Licas, 2015). Existen varios episodios de la vida que inciden para que los AM presenten cuadros depresivos. Estos factores pueden

afectar directamente a la salud mental de estas personas por la dificultad para afrontar determinada situación. Estos son: (a) fallecimiento de un familiar o de la persona que los cuida, también por algún accidente que estos hayan tenido; (b) cambios en los hábitos de sueño, incapacidad o alguna situación depresiva que se haya presentado previamente; (c) cuadro de demencia, salud comprometida por enfermedad crónica; (d) inactividad social, inexistencia de un respaldo social; (e) bajo nivel económico (Ramón, 2017).

Para que una persona AM pueda prevenir la depresión la American Association for Geriatric Psychiatry recomienda que la persona debe jubilarse para ya no tener que realizar mayores esfuerzos físicos laborales y que no exista estrés, también pueden cambiarse de casa. Otra de las formas de evitar la depresión es manteniendo contacto con las amistades, reunirse frecuentemente para contrarrestar la soledad que los AM pueden sentir a esa etapa de su vida por la pérdida de su esposa o esposo. Agregar a su vida diaria un pasatiempo para que exista la oportunidad de mantenerse activo y pensando en cosas diferentes (Tello, Alarcón, & Vizcarra, 2016).

Los AM deben estar cerca de sus familiares para que reciban apoyo incondicional cada vez que lo necesiten, más cuando existan situaciones de tristeza. Para poder evitar cuadros depresivos el AM tiene que realizar actividades físicas o también puede realizar actividades de jardinería, bailo-terapia o natación. El que estas personas se sientan de una manera estable y perfecta físicamente, además de seguir una dieta balanceada, ayuda a eludir afecciones que son producidas por la depresión (Ramón, 2017).

Bienestar psicológico

La depresión está establecida como una enfermedad con un índice elevado en cuanto a su presencia en AM, lo que acarrea consecuencias negativas en su bienestar psicológico y físico, por lo que Guillén y Angulo (2016) determinaron seis dimensiones para identificar la presencia de la depresión en AM: relaciones positivas con otras personas, auto-aceptación, autonomía, crecimiento personal, dominio del entorno y el propósito en la vida. Las relaciones positivas con la sociedad, el tener un círculo social grande y de calidad ayuda al AM, se ha determinado que el aislamiento, la soledad y la pérdida de apoyo en personas que se pueda confiar están estrechamente relacionados con el riesgo de presentar este tipo de enfermedad, la misma que reduce la satisfacción del entorno y el tiempo de vida de los AM.

La auto-aceptación es un factor importante en un AM, ya que depende mucho de las ganas de seguir viviendo y de superar enfermedades, aun sabiendo de que se encuentran con algún tipo de dolencia propia de su edad, los adultos que se aceptan son capaces de crear actitudes positivas hacia la vida y la etapa de adultez que están viviendo, lo que disminuye la presencia de depresión en sus vidas. Otra dimensión que disminuye la incidencia de tener depresión es la autonomía que las personas tengan, lo que permitirá resistir de mejor manera al comportamiento, la crítica y la presión de la sociedad a la que se está expuesta en esta etapa, ayudando al crecimiento personal por medio de objetivos planteados los que ayudarán a que su vida cobre un sentido positivo por medio de propósitos. El dominio del entorno que puedan lograr los AM está determinado por la habilidad que desarrollen creando entornos sociales saludables que ayuden a sus necesidades, haciendo que se sientan capaces y que tienen control sobre su vida y el entorno que los rodea

(Guillén & Angulo, 2016). Estas dimensiones ayudan a aumentar sus ganas de vivir la que se desarrolla en función de las habilidades y el empeño que pongan en desarrollarlas para mejorar esta etapa de su vida.

Los Centros Gerontológicos Residenciales

Dado que la prolongación de la vida es una necesidad y al mismo tiempo un anhelo de las sociedades, considerando además que el envejecimiento es solamente una etapa de esa persona que en tiempos anteriores fue parte de un aparato productivo, se hace necesario proporcionarles un ambiente en el que puedan ser ellos mismos, buscando mantenerlos de alguna forma activos para que no caigan en la depresión propia del abandono y de la inseguridad emocional. La creación de un centro tiene su propósito único y una estructura básica.

Objetivo de un centro gerontológico

En diferentes partes del mundo se ha creado instituciones dirigidas a la atención del AM, sea con asistencia diaria en el centro o como residente, lo importante es que se sienta que hay preocupación e interés por su bienestar físico, emocional y mental. Todo ello hace que se oriente esfuerzos institucionales para diseñar programas para ofertar “servicios de salud de calidad a un segmento de la población que, por su edad avanzada, se encuentra en desventaja para afrontar las exigencias sociales actuales” (Rocha, Álvarez, & Bayarre, 2015, p. 148).

En este sentido, Villanueva, García, Canga, y Canga (2015, p. 94), determinaron que “la institucionalización en un centro geriátrico puede ser uno de los acontecimientos más importantes en la vida de una persona anciana y de su familia”. La intención principal de estos centros es brindar un servicio especial y personalizado a los AM; en estos lugares se busca priorizar el cuidado y atención garantizada para cada una de estas personas. Estos establecimientos acogen a las

personas que normalmente necesitan ser protegidos temporal o indefinidamente o bien porque no pueden ser cuidados y atendidos por sus propios familiares, así como a quienes se encuentran en una situación de abandono, de una pobreza extrema y que no cuenten con algún lugar o casa para vivir.

La creación de estos centros geriátricos, si bien produce alivio a los familiares del AM, puede no generar tranquilidad del envejeciente dado que pueden llegar a sentir un cierto nivel de abandono de los integrantes de su seno familiar, ello llevaría a generar reacciones hacia sus cuidadores en el centro y crear un ambiente de estrés. Por ello, la familia debe seguir involucrada en el cuidado del AM participando activamente en el centro de cuidados y, además, es imprescindible que los profesionales de estos centros (enfermería, trabajo social, psicología, geriatría) conozcan las características y necesidades de las familias y a los diferentes retos que deben responder al ingresar a su AM en el centro (Villanueva et al., 2015).

Estructura de un centro gerontológico

Un centro geriátrico debe cumplir con ciertos requisitos y estructura que le permita ofrecer el servicio para el que fue creado, que es el de dar atención a los AM en todos los ámbitos del ser humano, así como de apoyar a los familiares para que se mantenga el vínculo emocional y familiar, “basándose en el respeto y consideración de las preferencias del residente, reconociendo el valor intrínseco de la persona, respetando su individualidad, necesidades y derechos” (Miralles & Rey, 2015, p. 134).

En primera instancia, la ubicación es importante ya que debe permitir fácil acceso hacia y desde el centro tanto para familiares como para los AM; así también, debe contar con espacios verdes y, de ser posible, cercano a centros de

aprovisionamiento de artículos básicos. Su estructura física deberá contemplar áreas comunes para interacción de los AM, espacios de lectura, gimnasio, salón multiusos, cafetería, etc., con pasillos amplios, rampas y condiciones que facilite la movilización; ingreso de luz natural; camas articuladas, elementos de baño geriátrico (Miralles & Rey, 2015; Puello, Amador, & Ortega, 2017). Los servicios asistenciales e intervenciones deben ir desde las actividades de su diario vivir, tomando en consideración las capacidades del AM hasta sus preferencias y necesidades; ello, por supuesto, requiere de diseñar una biografía de la persona para conocer sus gustos, temores y potencialidades (Hanzeliková, López, & Fusté, 2017), siempre en condiciones de privacidad y respeto hacia su individualidad.

En cuanto al equipo profesional y funcionamiento del centro, la flexibilidad horaria es importante, consultas e interconsultas; debe contar con áreas de enfermería, geriatría, trabajo social y psicología; así mismo es necesario mantener una relación estrecha con los familiares del AM con el fin de proporcionarles estrategias para hacer frente a las situaciones diversas que se pudiera presentar con el envejeciente (Hanzeliková et al., 2017; Miralles & Rey, 2015). Se considera como básico contar con programas diversos de actividades en las que puedan participar los AM de acuerdo con sus intereses y capacidades.

Es de resaltar que todos estos elementos van a constituirse en el pilar del funcionamiento del centro, así como para proveer de un servicio necesario para el mantenimiento físico, psicológico y emocional del AM; de ello dependerá su nivel de satisfacción por la atención recibida.

Satisfacción de la Atención del Servicio

En el mercado empresarial existen dos elementos básicos, los que ofrecen o proveen y los que solicitan o reciben el servicio objeto de la transacción. Esto es,

se trata de realizar actividades mayormente intangibles con el objetivo de satisfacer necesidades y elevar el nivel de competitividad de las organizaciones. En el mundo actual la prestación de servicios se ha convertido en un verdadero sustento de una institución, por ello es que es importante determinar cuáles son las expectativas y percepciones de un usuario con respecto al servicio que requería para, de esta manera, alinear las actividades y decisiones con las necesidades y niveles de satisfacción de los clientes (Y. Rodríguez, de León, Gómez, Diéguez, & Sablón, 2016).

Hablar de satisfacción significa ahondar en un campo bastante amplio y debidamente debatido en varios aspectos; sin embargo, en cuanto a la atención en el servicio de salud se refiere, es uno de los principios de excelencia de las instituciones de este sector, en donde la satisfacción debe ser considerada como uno de los indicadores más importantes de su gestión, relacionada íntimamente con el término calidad, que involucra no solamente “una correspondencia con los avances tecnológicos y contar con personal calificado” (Rojas, 2017; Suárez, Rodríguez, & Martínez, 2018, p. 1003), sino también el trato personalizado y el respeto y empatía que demuestran los profesionales de salud hacia el usuario; por todo ello se hace necesario que las instituciones realicen evaluaciones periódicas y diseñen estrategias y soluciones orientadas a prevenir y/o corregir situaciones que pudieran afectar el servicio, su calidad y, por ende, la satisfacción del paciente.

En el ámbito de este estudio se hace importante dirigir el centro del análisis al AM que, como es sabido, entran en muchos casos a una etapa de deterioro mental y físico, así también comienzan a presentarse con mucha más frecuencia los problemas de salud, todo ello hace que se requiera un mayor nivel de atención en los servicios sanitarios. La vida del AM transcurre dentro de un círculo de cuidado

en donde participa la familia, esta situación es conocida como la situación residencial de los sujetos; sin embargo, muchos de ellos requieren recibir una atención especializada por instituciones dedicadas al cuidado y protección de AM.

Un servicio sanitario de calidad causará satisfacción en los usuarios, pero sin embargo no hay un procedimiento especial y específico que establezca una excelente gestión para evaluar la calidad. La calidad y la satisfacción son dependientes de la actividad y los índices de desempeño de los colaboradores (Rocha, Álvarez, Bayarre, et al., 2015). Como complemento, M. Hernández y otros (2012) señalaron que la calidad del servicio prestado va a depender del contexto laboral donde se desenvuelve el empleado, en donde se consideran aspectos como el estrés, fatiga, higiene, seguridad, comodidad, horarios, políticas institucionales, estabilidad, laboral, salarios, entre otros aspectos que van a influir en la calidad del servicio.

De acuerdo al estudio realizado por Llanes, López, Vásquez y Hernández (2015) se relacionó el término *satisfacción* como el estado de ánimo con aspectos del funcionamiento psíquico y social lo que deriva con la calidad de vida que lleve el AM. En esta etapa de la vida en muchas ocasiones se asocia la depresión como parte natural de la edad, siendo un dato erróneo, por lo que se ha investigado de manera más detallada, con lo que se evidencian los factores psicosociales como los que inciden más en la depresión ya que el AM siente la necesidad de ser escuchado, el miedo a la muerte, la viudez y la poca participación en la sociedad siendo este un punto esencial en la supervivencia del individuo. Debido a estos síntomas o sentimientos que presentan los AM se vincula con la satisfacción que ellos tienen de su entorno, afectando a su salud psicológica, la misma que puede desencadenar diferentes tipos de enfermedades, la atención que se debe brindar a

los AM y la participación en la sociedad son vitales para prevenir la depresión y disminuir la tasa de mortalidad en el AM.

Con respecto a la satisfacción relacionada con la depresión, Sinchire (2017) indicó que dentro de los factores principales que intervienen en la satisfacción que siente una persona por la vida se debe a la personalidad que esta posee, por lo que no en todos los adultos mayores se encontrarán los mismos síntomas o niveles de depresión; así como también las pérdidas de los seres queridos, ya sea por fallecimiento, porque se encuentran lejos del país o por abandono, lo cual se lo puede asociar con la insatisfacción personal del AM. Esto debido a que la satisfacción personal es lograda cuando los objetivos, metas, intereses o deseos que se ha planteado una persona a lo largo de su vida han sido alcanzados. Dentro de las expectativas más anheladas que se ha observado en los AM está el contar con sus hijos o familiares en esta etapa de sus vidas, lo cual ayuda a elevar la satisfacción de la vida (Sinchire, 2017).

Carlos Gómez, Rodríguez, Díaz, Cano y Tamayo (2013) mediante investigación realizada en un grupo personas, sobre satisfacción y depresión, lograron evidenciar que las personas que muestran depresión son las que tienen una mayor insatisfacción con la vida, al igual se demostró que 68 personas que se encontraban con depresión consideraban que no sentían que era maravilloso estar vivo. Asimismo, se evidencia que las personas que cuentan con depresión tienen una menor esperanza sobre su situación actual. Por lo que se asocia la salud con la que cuentan los AM con los índices de depresión, ya que el presentar ciertas enfermedades los limita en muchas ocasiones a realizar sus actividades con normalidad, por lo que se ven obligados a pedir ayuda.

La satisfacción con respecto al cuidado se puede medir en cuatro dimensiones que dependen del momento del servicio. Prieto y otros (2017) afirmaron que la primera dimensión es el servicio brindado justo al ingreso donde se evalúan aspectos como la presentación y la información recibida. La segunda dimensión es durante la estancia donde se evalúa la predisposición a aclarar las dudas, los cuidados de salud brindados, la amabilidad, supervisión, respeto, higiene, entre otros aspectos. La tercera dimensión es la valoración global que evalúa el conocimiento del personal, el lenguaje, el trabajo en equipo. La cuarta dimensión es la valoración al alta, que es cuando la persona se retira y evalúa la información brindada antes de salir.

Entendimiento de la satisfacción

Muchas investigaciones evidencian definiciones y lo que significa la satisfacción, pero no lo que se entiende por satisfacción. Esta variable es vista y se entiende como un factor de medición y como un elemento que asegura y garantiza la percepción de calidad de los usuarios acerca del servicio sanitario asistencial que es provisto especialmente por el equipo de enfermería de un centro o institución de salud. Estructuralmente la función que cumplen los enfermeros está calificada como un factor importante capaz de determinar la relación enfermero- usuario-mensaje-entendimiento-satisfacción (Ruiz, Romero, Trejo, Martínez, & Cuevas, 2015). Es importante denotar este concepto, ya que las personas cuidadoras del AM actúan como los enfermeros en los hospitales y son la cara visible de la institución ante el paciente.

Interacción enfermera-paciente

La interacción o relación que existe entre el enfermero(a) y el paciente nace por medio de la acción del cuidado. Esta actividad está considerada como la

naturaleza de la carrera de enfermería. Las personas que ostentan como uno de sus logros la disciplina de ser médicos tienen que tener habilidades para proporcionar un cuidado en base a la prestación de un servicio de atención de calidad de salud de forma oportuna. Una actividad de cuidado adecuada es la que se centra en solucionar las situaciones difíciles que afectan perjudicialmente a los usuarios, entiéndase como usuarios a los AM y demás personas con edades menores (Ruiz et al., 2015). Por su parte, Lagoueyte (2015) determinó que el área de enfermería se enfoca en el cuidado de la salud y la vida, por tanto, todo el esfuerzo y trabajo requerido va a ir direccionado en ese camino, tomando en cuenta que los sujetos de cuidado son seres humanos, que tienen familias y pertenecen a una comunidad; para esto el profesional debe de disponer de ciertos conocimientos, destrezas y habilidades con la finalidad de brindar el servicio con la mayor calidad posible.

Habilidad del cuidado

La habilidad del cuidado se define como una cualidad que tienen algunas personas para aportar con el crecimiento y progreso de un individuo vulnerable a causa de una enfermedad o dolencia. El cuidado presenta algunos aspectos importantes para desarrollar y realizar una buena atención, estas son (a) el conocimiento y las capacidades que una persona debe de tener para mantener un comportamiento y sentimiento positivo conforme a la situación y debe reflejar una postura enfocada al cuidado, protección y atención de la persona dependiente, (b) el valor tiene que ver con la preocupación que siente la persona al tener a otro bajo su responsabilidad, (c) la paciencia, el cuidador debe ser paciente ante toda situación que se presente durante la atención que otorga al afectado (Y. Gómez, Villareal, Baldovino, Madrid, & Ordóñez, 2013).

El cuidador

Se puntualiza que un cuidador es un hombre o mujer que se encarga de atender a una persona afectada por alguna enfermedad, dolencia o discapacidad en particular. Los cuidadores procuran que las personas que están bajo su responsabilidad se sientan seguras y estables a pesar de las circunstancias en las que se encuentran. Los individuos que se pueden desempeñar como cuidadores son los miembros de la familia o los colaboradores médicos. Un cuidador puede encontrarse al servicio de una persona dependiente durante un periodo indefinido o durante un tiempo prolongado (Y. Gómez et al., 2013).

Valoración de la Calidad en la Atención del AM

Dentro del concepto de calidad, se debe considerar lo descrito por Deming quien señaló que es el nivel perceptible de fiabilidad y uniformidad con un costo bajo y que se adecúa a las necesidades del usuario (Ingrande, 2018); otro concepto destacado es el de Fajardo Dolci, mencionado por Robledo, Meliem, Fajardo, y Olvera (2012), quien indicó que la calidad en los servicios de salud es el brindar una atención médica oportuna, con profesionales competentes, que tengan principios éticos que satisfagan las necesidades sanitarias y expectativas de los usuarios a un costo accesible para ellos (Robledo et al., 2012).

La calidad en los servicios de salud no es un aspecto de tipo estándar o universal, más bien existen diversas conceptualizaciones que enriquecen este término, debido principalmente a los diferentes elementos que se han adicionado como parte de su análisis. La OMS define a la atención sanitaria de calidad como aquella que detecta las necesidades en cuestiones de salud de las personas de manera eficaz, destinando los recursos que sean necesarios para suplir estas necesidades, en base a la realidad del conocimiento médico (OMS, 2009).

La calidad ha sido y será siempre un elemento a tener en consideración en todos los ámbitos de producción de un bien o un servicio. En el caso de este estudio, está directamente relacionado con la atención en salud y ya, afines de los 80, la preocupación por la calidad se extendió a los servicios de salud por lo que a inicios del siglo XXI y debido a la preocupación por solucionar problemas en la atención en salud, se buscó la implementación de sistemas de gestión de calidad (Padovani, Brito, Crespo, Deulofeu, & Padovani, 2012) y, aunque implementar un sistema, ello no es fácil ya que se requiere como inicio un cambio de mentalidad, un cambio cultural, tanto de personas e instituciones para satisfacer las necesidades de los usuarios del servicio (Forrellat, 2014), comenzando desde la identificación de los ámbitos en los que se representan mayormente los niveles de satisfacción del paciente.

Se reconocen diversas formas de evaluar la calidad del servicio y que pudieran ser aplicables a la medición del nivel de satisfacción del AM por la atención recibida. En 1985 Zeithaml, Parasuraman, & Berry (2007) desarrollaron una herramienta para medir la calidad de servicio denominada SERVQUAL (SERVice QUALity), esta herramienta busca establecer una comparación entre las percepciones (lo que recibió) y expectativas (lo que realmente esperaba) de los usuarios con respecto al servicio (Numpaque & Rocha, 2016). En contraposición de este modelo, años más tarde Cronin y Taylor, mencionados por Ibarra y Casas (2015), a manera de crítica, propusieron otro basado solamente en la valoración del desempeño de la calidad en el servicio llamado SERVPERF (SERVice PERFormance), cuya diferencia con el modelo anterior se basa en que con el SERVQUAL el entrevistado debe llenar las mismas preguntas dos veces: a

manera de expectativa y como resultado de la percepción final del servicio recibido. Mediante el SERVPERF “el entrevistado ocupa menos tiempo en responder el cuestionario, ya que solo se le pregunta una vez por cada ítem; los trabajos de interpretación y de análisis son más sencillos” (A. P. Ramírez, 2017, p. 62).

En todo caso, ambos modelos reconocen cinco dimensiones para medir la satisfacción del usuario con respecto a la calidad del servicio: elementos tangibles, la fiabilidad, seguridad, capacidad de respuesta y empatía. Los elementos tangibles incluyen aspectos como la apariencia personal, instalaciones, infraestructura, equipos, limpieza, orden y todos los aspectos visibles de la institución de salud. La fiabilidad se enfoca en la habilidad de los prestadores del servicio para brindar un servicio eficaz y eficiente. La capacidad de respuesta tiene que ver con la rapidez y predisposición con que los empleados atienden y cumplen las promesas de la organización para con los usuarios. La seguridad es la dimensión que evalúa la confianza que perciben los usuarios y su credibilidad con la institución. La empatía se refiere a la humanización y personalización del servicio (Prieto et al., 2017; M. Á. Ramírez, Priego, & Armenta, 2016).

La buena calidad asistencial depende de hacerlo bien en cada caso que se presente, en cada proceso, al menor costo posible y de manera que el usuario obtenga la satisfacción de un servicio de calidad en la asistencia recibida, todo con la participación de los profesionales del centro de atención; esto es, la “calidad asistencial pasa por conseguir la adecuación de la práctica clínica, la excelencia de ésta y la satisfacción de quien la recibe” (M. P. Rodríguez & Grande, 2014, p. 3).

En el medio sanitario se manifiestan una serie de aspectos para realizar una evaluación de la calidad asistencial en las instituciones o centros sanitarios. Estos

aspectos se consideran como los requerimientos que pueden mostrar si una persona fue o no satisfecha. Entre los aspectos para la evaluación de la calidad en la atención o asistencial se hace mención en primer lugar a la satisfacción de los pacientes y usuarios (amigos o familiares); ya que la satisfacción de estos sujetos refleja el nivel del servicio que se brinda en un lugar determinado. La evaluación de esta situación entregará resultados que mostrarán los puntos en donde se está fallando; si es que existe de por sí una insatisfacción del usuario. Inmiscuirse en la evaluación de la calidad genera que se conozca la realidad de la situación; ya que se realiza una gestión que permite captar y confirmar toda opinión de los usuarios con respecto al acceso que han reflejado los programas de salud, también sobre la comunicación, el trato que han recibido, la habilidad y el conocimiento de los colaboradores, la seguridad y apariencia de los recursos utilizados para brindar el servicio, dentro de lo ético, lo social, lo procedimental y lo económico (Cabadas, 2015).

Según la percepción de Rocha, Álvarez, Bayarre, y otros (2015) el entorno general de la calidad además de incluir la calidad de los servicios, procedimientos o del bien que se ofrece, también incluye la satisfacción de la persona que percibe y experimenta el servicio y la satisfacción del colaborador encargado de prestar el servicio. Otro aspecto que sirve para evaluar el nivel de calidad de los servicios de atención es el estado de ánimo de los colaboradores sanitarios, ya que el comportamiento de los trabajadores incide directamente en la calidad del servicio (Coheña, 2012).

Independientemente de los modelos existentes de satisfacción del usuario con respecto a la calidad de la atención recibida, y tomando algunos aspectos incluidos en los dos modelos mencionados aquí (SERVQUAL y SERVPERF) y que tienen

que ver con las dimensiones de evaluación, se puede fácilmente diseñar preguntas más orientadas a la realidad del contexto en el que se desarrolla la investigación, por tanto, el cuestionario a aplicar debe ser coherente, pertinente y de fácil respuesta dadas las características de los encuestados, en este caso, los AM.

Valoración de la Depresión en AM

Adicionalmente a lo analizado con respecto al modelo que se utilice para la evaluación de la satisfacción del AM, vale revisar otras opciones que permitan valorar también el nivel de depresión que pueden desarrollar estas personas y que tienen diferentes orígenes. Y, es que los cambios que se observan en personas de la tercera edad, sea de diferentes índoles: biológicos, afectivos, psicológicos, cognitivos, económicos, sociales, etc., se asocian a muchas patologías que pueden presentarse en esta etapa y ello lleva al AM a que se deprima y, si se no realiza un adecuado diagnóstico y tratamiento acertado, puede causar sufrimiento e inconvenientes tanto al AM como a su familia, tanto que de padecerlo se convierte en un signo de fragilidad (L. Rodríguez, Sotolongo, Luberta, & Calvo, 2013) con un “riesgo aumentado para enfermedades cardiovasculares y de muerte” (Carine Gómez & Campo, 2011, p. 736); por ello, no se debe relacionar a la depresión como un *estado natural* del envejeciente.

En la actualidad se puede utilizar una variedad de instrumentos de evaluación de trastornos mentales que facilitarían la identificación de los niveles de depresión y que bien pueden ser combinados con el juicio clínico para emitir un diagnóstico; sin embargo, no todas “deberían ser aplicadas en los ancianos porque no están adaptadas para ellos, lo que puede favorecer que se detecten un excesivo número de falsos positivos” (Martínez et al., 2002, p. 27).

Dentro de las herramientas posibles para medir el nivel de depresión del AM, surge la opción de la Escala de Depresión Geriátrica (o GDS por sus siglas en inglés de Geriatric Depression Scale, GDS); este instrumento fue desarrollado por Brink y Yesavage en 1982 conteniendo originalmente 30 ítems; luego pasó a tener 15 ítems entre positivas (10) y negativas (5) como resultado de un análisis de Sheikh y Yesavage en 1986 (De Dios, Hernández, Rexach, & Cruz, 2001). Esta escala ha sido altamente valorada ya que tiene como particular interés la exploración única de “síntomas cognoscitivos de un episodio depresivo mayor, con un patrón de respuesta dicotómica para facilitar el diligenciamiento por el evaluado” (Carine Gómez & Campo, 2011, p. 736).

La valoración de los comportamientos depresivos en los AM requiere de instrumentos efectivos, con ciertas propiedades psicométricas, que provean de una aproximación diagnóstica para uso de personal profesional en los niveles de atención primaria, tales como el GDS porque facilita una evaluación de síntomas afectivos de manera correcta y permite una evaluación global del AM, sobre todo en su aspecto funcional (De Dios et al., 2001; Carine Gómez & Campo, 2011; Runzer et al., 2017).

De acuerdo con Martínez et al. (2005, 2002), hay un importante porcentaje de ancianos que presentan trastornos depresivos; para quienes viven en el seno familiar asciende a un 10% y, entre 15 y 35% en aquellos que viven en centros de cuidado, estas apreciaciones se constituyen en un problema de salud. Estos investigadores reconocen la efectividad de la escala de Yesavage o GDS, recomendada por la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria

Así, analizados los estudios existentes en relación con la atención a los AM y su influencia en una condición de depresión, se considera necesario que se evalúe

la calidad de los servicios en los centros gerontológicos para conocer el estado de situación real de un centro de cuidado de personas AM, todo ello aportará a tomar decisiones correctas y ayudará a cimentar un progreso de mejoramiento continuo.

Marco Conceptual

Si bien abordar el tema del AM se constituye en un elemento de base de esta investigación, cabe también hacer una revisión conceptual de algunos términos que se han incluido en este documento, con el fin de poner en contexto el ámbito del análisis global realizado. Así, es necesario iniciar este apartado definiendo al **AM** como una persona que ha alcanzado una edad de 65 años en adelante (Varela, 2016), algunos de ellos son **autovalentes** ya que pueden cuidar de sí mismos de manera óptima, sin la necesidad de que una persona los asista en sus labores diarias (Licas, 2015), otros son los considerados **frágiles** porque su condición fisiológica disminuye y pueden enfermarse o sufrir accidentes (González et al., 2017), mientras que una tercera condición son los **dependientes** que se encuentran sin movilidad básica y dependen totalmente de otras personas para que los ayuden en sus actividades diarias (R. M. Rodríguez & Landeros, 2014).

Para atender a los AM, cualquiera que sea su condición, fueron creados los **centros gerontológicos** en los que se reúnen personas de la tercera edad a realizar diferentes actividades de acuerdo a sus posibilidades físicas, en las que brindan atención, cuidado y entretenimiento a los adultos mayores, ya sea de forma temporal o permanente (Miralles & Rey, 2015), otros se han especializado para atención de forma permanente, debido a que los AM viven en estos centros de cuidado (Villanueva et al., 2015). En estos centros en general se realiza una **valoración integral** lo que se refiere a un análisis de forma detallada y completa

sobre los síntomas, problemas que requiere un paciente, esto corresponde a exámenes físicos, psicológicos, funcionales, terapéuticos y sociales (Nieto, 2016).

La situación de este grupo etéreo algunas veces desarrollan un cierto nivel de **depresión** que implica un estado emocional el cual afecta y limita la capacidad de relacionarse con la sociedad de forma fluida, ésta se presenta generalmente con el desánimo lo cual causa que la persona se retraiga de su entorno, en el que sus pensamientos se basan en el dolor, sufrimiento y rechazo del resto hacia ella (Segal, Williams, & Teasdale, 2017).

La calidad de la atención en estos centros, sea que el AM se encuentre en forma temporal o permanente, influye en su satisfacción y genera cierto nivel de seguridad en el usuario, dado que la **satisfacción** es producto de la calidad percibida sobre un bien o servicio recibido, que cubra las necesidades del individuo (Ruiz et al., 2015).

Capítulo II

Marco Referencial

Las experiencias y buenas prácticas en torno al tema de investigación son importantes para reforzar el propósito de este proyecto; por ello, en este capítulo se presenta los diferentes aportes que apoyan y respaldan al cuidado del AM tomando en consideración el tema de la depresión y sus consecuencias, así como algunas regulaciones y normativas establecidas en Ecuador que refuerzan la importancia del AM en la sociedad y en la familia.

La Valoración de Depresión en Centros de Cuidado de AM

La calidad en los servicios, en general, tiene un carácter multidimensional pudiéndose incluir muchas dimensiones, dependiendo de lo que se quiere medir en relación con la satisfacción del usuario final con respecto al servicio recibido, lo que debe llevar finalmente a evaluar los factores que hayan incidido en la percepción del beneficiario con el fin de buscar una mejora continua de los procesos de atención, que incluya a los individuos en su totalidad (Prieto et al., 2017).

La valoración de la satisfacción del servicio recibido por los AM en centros de salud puede realizarse mediante diferentes instrumentos, tal como lo muestran algunas experiencias con resultados concluyentes, algunos orientados a aspectos generales y otros relacionados concretamente a la evaluación de la depresión de los ancianos.

Con el fin de evaluar el nivel de satisfacción tanto de los prestadores del servicio como de los usuarios con respecto a la atención recibida en el Centro de Cuidado de Ancianos General Peraza, de Cuba, con la participación de 40 AM y 30 colaboradores, Rocha, Álvarez, y Bayarre (2015) en el 2013 aplicaron dos

formularios previamente validados por la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP) de Cuba, el uno para medir la satisfacción de usuarios y el otro para identificar la satisfacción de los prestadores del servicio. Se concluyó que la percepción de los ancianos en base a la atención que reciben en el establecimiento es baja, también se confirmó la insatisfacción de los colaboradores médicos con respecto al ambiente de trabajo. A continuación se describen los resultados obtenidos (Rocha, Álvarez, & Bayarre, 2015):

- El nivel de satisfacción de los AM, con respecto a la dieta el 57.5% calificó como buena y el 42.5% como regular; sobre la higiene de los baños, el 42.5% manifestó que era buena y el 47.5% mencionó que era regular; la higiene de la habitación fue calificada por la mayoría como regular; el 10% de los AM calificaron como buena con el 10% la privacidad, eso significó que existe una insatisfacción por parte de la mayoría de estos; en general, la atención médica y de enfermería fue calificada como buena.
- La satisfacción de los colaboradores fue diferente; el 60% de los médicos evaluó a la privacidad como mala y el 40% como regular; la privacidad del personal de enfermería fue evaluada por el 43.3% como regular y por el 56.7% como mala; el 50% de los colaboradores médicos señaló que sí cuenta con los recursos necesarios para trabajar, mientras que la otra mitad manifestó que no contaba con ciertos recursos; adicionalmente, el 86.7% comentó que el hogar no contaba con las suficientes camas.

Partiendo de la necesidad de evaluar la calidad de la atención que se debe ofrecer a los usuarios de un centro de salud y, concretamente, en lo que se refiere a medir el nivel de depresión de los AM en estos centros, Martínez et al. (2005)

realizaron una investigación para evaluar la validez de los cuestionarios basados en la versión española de la escala geriátrica de depresión de Yesavage (GDS- VE), con la participación de usuarios del Centro de Salud de Azahara, en Córdoba. Además de concluir que “la GDS es probablemente el cuestionario para el cribado de la depresión en personas mayores más utilizado en el ámbito internacional” (Martínez et al., 2005, p. 63), determinaron que la depresión de los AM tiene una alta incidencia para éste y para su familia, así como para quienes están a su cuidado en los centros, adicionalmente se obtuvo que los niveles de depresión aumentan, entre otros aspectos, cuando deben visitar al médico o al tener que ingerir medicamentos.

Otra investigación similar fue llevada a cabo durante el período de enero de 2013 a marzo de 2015 por Tartaglino y otros (2017), con el objetivo de evaluar la prevalencia de depresión y alexitimia (incapacidad de identificar sus propias emociones) y su relación con características sociodemográficas de los ancianos, seleccionaron 176 AM residentes en Buenos Aires, Argentina, con una edad media de 73 años y con un 72.7% de mujeres, a quienes se les aplicó dos formularios: la escala de Yesavage (GDS-VE) y la de Alexitimia (LAC TAS-20); los resultados fueron los siguientes: la prevalencia de depresión fue de 35.8%, y de alexitimia del 50.6%, la primera se asoció con las mujeres y en general con los que no trabajan; la segunda estuvo relacionada con aquellos que tenían estudios primarios y bajo nivel ocupacional, independientemente de si eran hombres o mujeres.

Tras estos resultados, los investigadores sugieren que se debe realizar periódicamente este tipo de evaluaciones en la atención a los AM, no solamente

para “diagnóstico y tratamiento, sino también para la promoción de las conductas saludables” (Tartaglino et al., 2017, p. 526).

Valdés y otros (2017) buscaron confirmar si el deterioro cognitivo en los AM puede convertirse en un problema de salud, para ello entre Enero y Marzo de 2016 aplicaron el GDS-VE a 20 ancianos de la Casa de Abuelos del Municipio Cerro Celia Sánchez Manduley, de La Habana, Cuba. Como resultado se obtuvo que el 60% de los pacientes presentaron depresión y el 95 % enfermedades crónicas no transmisibles, lo cual confirma que tanto la depresión como las enfermedades crónicas se han convertido en dos de los principales factores de riesgo que están íntimamente relacionados con el deterioro cognitivo de los AM.

Complementariamente, Sigüenza (2015) desarrolló una investigación, cuyo fin era determinar la prevalencia de la depresión y factores asociados en los AM del Instituto de Promoción para el Envejecimiento Activo del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), en la ciudad de Cuenca; se aplicó el modelo de Yasavage (GDS-VE) a 117 AM jubilados, tomando como referencia una población aproximada de 1,000 que asisten al Centro de Promoción para el Envejecimiento Activo del IESS de Cuenca, el cual cuenta con servicios de salud mental, física y talleres a la recreación.

Para Sigüenza era importante determinar el nivel de depresión de los AM y su efecto en las relaciones familiares. Los datos concluyentes fueron que la depresión perjudica más a los AM en edades de 70-79 años de edad, siendo el sexo femenino el más afectado con un 28.2%; predominó la depresión leve con un 30.77%, seguido de la depresión moderada de 2.56%. Los resultados obtenidos por este investigador, le permitieron concluir que los principales problemas en los AM son la depresión, demencia, medicamentos y abuso del alcohol; sin embargo,

la depresión es un problema de salud frecuente que afecta a la calidad de vida del adulto, provocando tristeza, ansiedad, quejas, recaídas y mayor mortalidad; los AM institucionalizados presentan mayor sintomatología depresiva moderada, comparado con los que viven con sus familias (Siguenza, 2015).

Otras investigaciones llevan a proponer algunos cambios en el servicio al AM, con miras a su bienestar y el de las personas que conforman su entorno. Aponte (2015), se refirió a la necesidad de analizar los factores que pueden garantizar una vida plena al anciano, qué es lo que hace que algunos se sienten impulsados a mantenerse activos mientras que otros llevan una vida sedentaria. Luego de un estudio realizado a participantes voluntarios de este grupo etario, en La Paz, Bolivia, identificó cuatro factores que deben ser potenciados en un centro de cuidado de ancianos: espiritualidad, familia, salud y vida social como necesarios para generar en el AM un cambio que bien puede ayudar a prevenir la depresión y el deterioro de la salud.

Como complemento, Sanhueza, Castro, y Merino (2012) realizaron un estudio experimental puro, desde junio a agosto de 2002, con intervención de AM de entre 65 y 79 años de un centro de salud familiar del sur de Chile, con el fin de valorar la efectividad de un programa de autocuidado en el aumento de la funcionalidad del anciano a través de medir su nivel de funcionalidad con respecto a sus necesidades básicas, mentales y la percepción sobre su propia salud. El programa, con un grupo experimental y uno de control, se desarrolló considerando cuatro temas dirigidos a potenciar la funcionalidad física, psíquica y social. Los resultados de los AM del grupo experimental en donde se desarrolló todo un conjunto de actividades de autocuidado fueron como sigue (Sanhueza et al., 2012, p. 29):

- Cuando un AM participa en sesiones de autocuidado ayuda favorablemente a mantener su nivel de funcionalidad, con cierto grado de independencia.
- En relación con sus funciones mentales (orientación espaciotemporal, memoria, cálculo y concentración) que componen su funcionalidad psíquica, también, son influenciadas favorablemente
- La evaluación que hacen sobre su propio estado de salud, es totalmente positiva, con una autopercepción buena de su estado de salud.

Los investigadores concluyeron que “un programa de actividades integrales con sesiones de autocuidado en salud, memoria, canto, baile, manualidades, relajación y ejercicio mejoran la autopercepción del estado de salud” (Sanhueza et al., 2012, p. 29), dará a los AM mayor protagonismo en la satisfacción de sus propias necesidades, incrementando así su funcionalidad. Además, sugieren que se deba continuar con otras investigaciones relacionadas que consideren un enfoque social y cultural, desde una perspectiva integral.

Castillo (2018) realizó una investigación sobre la depresión y su relación con la atención en AM atendidos en el IESS de la ciudad de Ambato. Como principal objetivo estuvo el determinar la relación entre depresión y la atención en AM atendidos en el IESS.

La metodología aplicada en su investigación tuvo un enfoque cuantitativo en donde se utilizaron técnicas como escalas y test, de tipo correlacional por la asociación de variables, las cuales permitieron medir el nivel de relación entre las mismas, se trabajó con un diseño transversal el cual contó con una muestra de tipo no probabilístico de 9 hombres y 81 mujeres, los que se encontraban en edades de 60 y 87 años; el modelo utilizado en la investigación fue la escala de depresión de

Yesavage y la subescala de Neuropsi, como prueba estadística se utilizó chi cuadrado por medio del SPSS, en la que se evidenció que no existe relación entre la atención de los AM atendidos en el IESS y la depresión.

Los resultados mostrados en cuanto a la atención percibida por parte de los encuestados, mostraron que el 21.1% tiene un nivel de afectación leve, el 23.3% presentó afectación severa, 24.4% moderado, mientras que el 31.15% presentó un nivel de atención normal. En lo que respecta a la depresión se halló que el 2.2% de los encuestados se encuentra en depresión moderada, el 21.1% presenta depresión leve, mientras que el 76.7% de la población no tiene depresión.

Obteniendo una hipótesis nula por los datos obtenidos mediante la prueba chi cuadrado, sin embargo, se estimó que estos niveles podrían presentar cambios en un futuro debido a que se presentó depresión moderada con afectación severa en cuanto a la atención.

Ponce, Samaniego, y Pino (2019) realizaron una investigación acerca de la Inteligencia emocional y depresión en AM, realizada en la casa hogar Virgen del Carmen, Chambo, la cual tuvo como objetivo principal analizar la inteligencia emocional y la depresión en los AM por medio de un estudio descriptivo de tipo documental y bibliográfico de tipo transversal, la muestra que se utilizó estuvo concormada por 20 historias clínicas de los asistentes a la institución, utilizando como instrumento la escala geriátrica de Yesavage y la TMMS-24 que es de escala emocional.

Los resultados obtenidos en cuanto a la inteligencia emocional mostró que el 83% de mujeres y el 100% de los hombres presentan problemas emocionales, mientras que de la escala de depresión geriátrica los datos obtenidos fueron que el 25% de los hombres presenta una depresión ya establecida, en cuanto a las

mujeres el 83% mostró una depresión de nivel leve. Evidenciando de esta manera que la influencia de un bajo nivel inteligencia emocional en los AM y la depresión que puedan adquirir en esta etapa de sus vidas está relacionado de forma directa por lo que se deben de considerar estrategias para este tipo de situaciones y disminuir así la depresión en AM.

Centros Gerontológicos

El Centro Gerontológico Sagrado Corazón el cual mantiene un convenio con el MIES fue fundado en el año de 1982. Se encuentra ubicado en el norte de la ciudad de Guayaquil, en este asisten aproximadamente 300 personas las cuales reciben rehabilitación física, cuidados médicos, paseos, actividades diarias que ayudan a ejercitar la mente (Zambrano, 2019). El centro de atención Nuevo Amanecer es un centro geriátrico privado, el cual brinda el servicio de cuidado y recreación para el adulto mayor ya sea de forma permanente (las personas que residen en el lugar) o de tipo guardería, los cuales asisten de nueve de la mañana hasta las cuatro de la tarde. El centro cuenta con área de psicología, terapia física, ejercicios mentales y físicos de acuerdo a los requerimientos de cada persona (Chiriboga, 2018).

El Hogar Geriátrico Memory se encuentra ubicado en la ciudad de Guayaquil, en la ciudadela Ceibos, este cuenta con el servicio de atención médica, terapias ocupacionales, ludoterapia y terapia física para los AM. Brinda atención en tres modalidades: Centro de día el cual se divide en tiempo completo de 8:30 a 17:00 horas y de medio tiempo 8:30 a 12:00 y vespertino de 14:00 a 17:00. Centro de corta estadía, siendo éste por días en específico, feriados o fines de semana y el sistema de residencia el cual brinda atención durante todo el año las 24 horas del día.

El centro gerontológico Municipal Dr. Arsenio De La Torre Marcillo recibe a personas mayores de 60 años de edad, indistintamente del sexo con el fin de brindar a los adultos mayores una mejor satisfacción sobre la vida por medio de la realización de diversas actividades recreativas que comparten y ejecutan de manera grupal, ya que el número de personas que asiste varía de 50 a 800 personas al día en cada club. En estos realizan ejercicios físicos que ayudan al funcionamiento de sus extremidades, canto, baile, pintura y otras tareas donde ponen en práctica la memoria. El horario de atención es de nueve de la mañana a cinco de la tarde. Este cuenta con varios clubes en la ciudad de Guayaquil en los que se realizan diversas actividades y programas en día especiales que permiten que los adultos mayores participen (Centro Gerontologico Dr. Arsenio de La Torre Marcillo, 2016).

Marco Legal

Como primer cuerpo legal que se convierte en la base para otras normativas se menciona a la Constitución de la República del Ecuador, para luego analizar su relación con la Ley del Anciano seguido de las políticas públicas para el cuidado del AM.

Constitución de la República del Ecuador

En su artículo 36 ha estipulado que los AM tienen el derecho de percibir servicios de atención prioritaria y especializada en las instituciones sanitarias estatales y privadas, especialmente en escenarios de inclusión social y económica, sin dejar a un lado la protección contra cualquier tipo de violencia que estas personas hayan sido expuestas. Las personas que son consideradas como AM son los que tienen una edad de 65 años en adelante (Asamblea Nacional, 2008).

En el artículo 37 se estipula que el Estado es el responsable de garantizar que se cumplan los siguientes derechos de los AM: (a) gratuidad de la atención sanitaria y productos medicinales; (b) pago de estipendio por todo trabajo realizado y reconocimiento por parte del empleador de los límites en cuestiones de esfuerzo físico; (c) jubilación; (d) los costos de los servicios estatales y privados de transporte y presentaciones deben ser menores al costo real; (e) librarse de realizar pagos de impuestos; (f) poder gozar de una casa que garantice una buena calidad de vida bajo criterios de dignidad (Asamblea Nacional, 2008).

Mediante el artículo 38 se busca garantizar la atención integral de calidad y especializada que asegure la salud, el aprendizaje, el cuidado y protección, así como también la creación de centros de cuidados para los AM, protegiéndolos de toda explotación laboral y proporcionando programas enfocados a la creación de la autonomía personal para lograr su integración a la sociedad, protegerlos ante toda situación de violencia, creación de programas que puedan influenciar en el desarrollo de actividades de recreación y de espiritualidad, atención prioritaria a las emergencias que se presenten, cuidado y atención especial cuando estén pasando por una situación de enfermedad poniendo énfasis en su estabilidad física y psicológica por medio de una atención asistencial económica y mental (Asamblea Nacional, 2008).

Adicionalmente, como lo señala el Artículo 276, el Estado debe cumplir con sus deberes y obligaciones ante la ciudadanía, en donde se explican los objetivos que deben ser realizados con obligatoriedad (Asamblea Nacional, 2008):

- Establecer una mejoría en la calidad de vida de las personas, así como también se debe buscar incrementar las habilidades, capacidades y los aspectos claves de las que conste la población ecuatoriana en base a los

reglamentos, principios y todos los derechos que la Constitución da a conocer en cada uno de los artículos estipulados.

- Edificar un régimen económico que cumpla con parámetros de justicia, democracia, que sea productivo, que funcione bajo parámetros de solidaridad y sostenibilidad tomando en cuenta la igualdad en el desarrollo de la sociedad, la productividad y la creación de plazas de trabajo.
- Promover la implicación y el control social, identificando las diferentes identidades y publicidad de la representación equitativa dentro de todas las etapas del proceso del poderío estatal.

Los derechos mencionados en la Constitución se encuentran plasmados en leyes y resoluciones secundarias como la Ley del Anciano y en mecanismos generadores de bienestar para el AM como políticas públicas ejecutadas por entidades estatales. Sin embargo, la puesta en práctica de los derechos humanos de la población AM requiere de la internalización de la situación social, económica, política y participativa por parte de las personas de mayoría de edad, pues sin su autoconocimiento como población con alto riesgo de vulneración de derechos, su posibilidad de exigirlos queda reducida a la voluntad social y estatal.

Ley del Anciano

En la carta magna se establece al Estado como responsable de garantizar el acceso a la salud, así como “medicinas gratuitas, trabajo remunerado en función de sus capacidades tomando en cuenta sus limitaciones, jubilación universal, rebajas en los servicios públicos y privados de transportes y espectáculos, entre otros” (MIES, 2014, párr. 2). Alrededor del establecimiento de políticas públicas, el Estado tiene la obligación de crear programas de atención a los AM a través de sus instituciones teniendo en cuenta las particularidades de la población.

El Estado debe promover el desarrollo de programas y políticas destinadas a fomentar la autonomía, independencia, la integración social y cuidado de las personas AM, sancionando su abandono por parte de familiares o instituciones encargadas de su protección. La Ley del Anciano y la Constitución de Ecuador tienen como objetivo fundamental garantizar un nivel de vida que asegure el acceso a una buena alimentación, vestido, vivienda, asistencia médica, servicios sociales, salud corporal y psicológica necesarios para lograr una vida dinámica y decorosa para la población AM (Congreso Nacional, 2006).

El proyecto de reforma de la Ley del Anciano busca, a nivel judicial, asegurar la alimentación de los AM por parte de sus familiares, la creación de centros de protección a nivel nacional, la sustitución de la palabra anciano por AM debido a la tergiversación de su significado y menor alcance de la misma. Promueve la creación de un Consejo de protección y veeduría para el cumplimiento de los derechos de los AM ante su vulnerabilidad social.

Políticas públicas desarrolladas para el AM

Desde el 2007, Ecuador ha aprobado 103 leyes que en un 30% se encuentran dirigidas a la población AM (MIES, 2012). Las políticas públicas que se han generado en el país se articulan a procesos de gestión e inversión social para mejorar el buen vivir de los AM, que se encuentran amparados por la Constitución del 2008 y el Plan Nacional de Desarrollo. En este sentido, las políticas responden a la garantía y promoción de los derechos universales. De esta manera, el marco jurídico del país se encuentra apoyado por varias leyes que pretenden asegurar el bienestar de este grupo poblacional. Las leyes que promueven los derechos de la población AM y las garantías estatales en atención a este grupo: Constitución de la República del Ecuador, Ley del Anciano y la Ley de Seguridad Social.

Las leyes que reconocen a los AM como grupo de atención prioritaria son la “Ley Orgánica de Salud, Ley de Derechos y Amparo al paciente, Ley de prevención, protección y atención especial a las personas que padecen Diabetes” (MIES, 2012, p. 16). Las leyes y normas que incluyen regulaciones específicas u operativas en relación AM son la Ley Orgánica de Régimen Tributario Interno (LORTI) y la Ley Orgánica de Transporte, Terrestre, Tránsito y Seguridad Vial (LOTTTSV).

Por otro lado, la ejecución de políticas públicas de asistencia a la población AM es llevada a cabo por el MIES desde el año 2009, esta misma institución es señalada por la Ley del Anciano como el organismo encargado de la ejecución de políticas y servicios que fomenten la protección del AM mediante la promoción de campañas de atención a nivel nacional.

Del mismo modo las políticas sociales aplicadas por el MIES se encuentran sujetas al enfoque de derechos e inclusión teniendo en cuenta al proceso de envejecimiento como un proceso activo, digno y seguro. Es por ello, que según el MIES (2014) los programas llevados a cabo se proyectan a través de tres ejes de política pública:

- Considerar a las personas AM como personajes importantes para originar el cambio social en el país.
- Garantizar una protección enfocada en la prevención o reducción de la pobreza, marginación social y debilidad de las personas.
- Por medio de la gestión de servicios y de establecimientos especializados en el cuidado de los AM proporcionar una atención, supervisión y cuidado de calidad.

Luego de las diferentes opiniones de expertos investigadores sobre el tema que se analiza, se confirma que hay que considerar a los AM, ofrecerles un buen trato, garantizándoles un ambiente de seguridad que garantice el cuidado y el buen vivir, además siempre hay que priorizar la atención sanitaria de estas personas para mejorar sus condiciones de vida y mantenerlos activos y afectivos.

Esto se refuerza con la existencia de la diferente normativa relacionada con el respeto, cuidado y atención que deben tener los AM como parte de un grupo social con características especiales.

Capítulo III

Marco Metodológico y Discusión de Resultados

A través de la investigación realizada, con la metodología propia de un tema de esta índole, ha permitido recoger la información necesaria para cumplir con los objetivos planteados originalmente. Así, en este capítulo se describe el procedimiento investigativo desde su enfoque, tipo, diseño, pasando por la identificación de la población estudiada y la selección de la muestra, luego la selección de la técnica e instrumentos de recolección de información, su procesamiento y finalmente la presentación de los resultados con el correspondiente análisis, que dan paso a la elaboración de la propuesta correspondiente.

Metodología de la Investigación

A la investigación se la considera el pilar básico para presentar soluciones a las diferentes problemáticas de orden social y natural, desde diferentes puntos de vista: científico, técnico, educativo, económico, etc.; con sus hallazgos se puede potenciar el conocimiento y enriquecer la ciencia, con apoyo de los avances de la tecnología y el pensamiento (Rivera, Espinosa, & Valdés, 2017), creando oportunidades para dar respuestas y generar nuevas expectativas, buscando además aclarar y/o confirmar los supuestos que guían la acción investigativa.

Es así que este estudio y sus actividades estuvieron orientadas a verificar el cumplimiento o no de la hipótesis planteada: *La satisfacción en la atención tiene una relación negativa significativa sobre los niveles de depresión de los AM.*

Variable independiente: *satisfacción en la atención*

Variable dependiente: *relación negativa significativa sobre los niveles de depresión del AM*

Enfoque, tipo y alcance de la investigación

Para orientar una investigación es preciso determinar sus características en función del objeto de estudio y su propósito, esto es, establecer su correspondiente clasificación, tipo, diseño, etc. Así, esta investigación, dentro de una primera clasificación es considerada con un *enfoque cuantitativo* que, según Bernal (2010, p. 60) “se fundamenta en la *medición* de las características de los fenómenos sociales, lo cual supone derivar de un marco conceptual pertinente al problema analizado, una serie de postulados que expresen relaciones entre las variables estudiadas de forma deductiva”, además de que “refleja la necesidad de medir y estimar magnitudes de los fenómenos o problemas de investigación” (R. Hernández, Fernández, & Baptista, 2014, p. 5), así como la frecuencia y magnitud de su ocurrencia de los hechos en estudio. Por medio de ese enfoque se estableció la medición de la satisfacción del AM en los centros diurnos geriátricos de Guayaquil, a su vez lo cuantitativo permitió dar un paso más hacia el conocimiento de la incidencia que tiene la satisfacción en la atención sobre el índice de depresión de este grupo poblacional.

Adicionalmente, esta investigación es descriptiva y correlacional, no experimental de corte transversal. El alcance *descriptivo* es ideal para analizar el comportamiento de las personas, sus rasgos y particularidades que los caracterizan y diferencian de los demás; este tipo de alcance facilita la descripción de las características de los individuos así como las tendencias de un grupo en particular; por otro lado, el alcance *correlacional* se concentra en analizar el vínculo entre dos variables o teorías, esto es, conocer si el comportamiento o suceso específico provoca la reacción de un individuo o desarrollo de un fenómeno (Bernal Torres, 2014).

Por medio del alcance descriptivo se armó un perfil de los AM que son afectados por la depresión dentro de los centros diurnos geriátricos de Guayaquil, así como también su satisfacción con respecto al servicio; en tanto el alcance correlacional permitió establecer la incidencia entre la satisfacción en la atención en el nivel de depresión de las personas que fueron estudiadas en su momento.

La investigación *no experimental* se ha expuesto ante el mundo de la evaluación y análisis científico como esa función que se otorga para estudiar el comportamiento y evolución de un fenómeno dentro de su contexto y expresión natural, lo que refiere que se restringe el hecho de manipular cualquier resultado o manipular cualquier variable que puede incidir en el comportamiento de los individuos (R. Hernández, Méndez, Mendoza, & Cuevas, 2017), fue así como se desarrolló el levantamiento de la información, sin manipular el escenario, en donde los AM se encontraban la mayoría de su tiempo, lo que permitió que tanto la percepción de la satisfacción o insatisfacción de los ancianos se muestre en su entorno real y no de forma irreal, a su vez esto dejó en claro el estudio de su comportamiento depresivo.

Por otro lado, el contenido de *corte transversal* es definido como una teoría de tiempo, ya que se contextualiza como el estudio de teorías y variables en un solo momento, lo que a su vez muestra un parámetro de restricción que impide que se estudie la evolución de una situación o problema en particular (Arias, 2012).

Población y muestra

El *universo del estudio* estuvo conformado por pacientes mayores de 65 años de edad, de ambos sexos de los siguientes centros geriátricos de la ciudad de Guayaquil:

- Centros de Convenio con el MIES: Modalidad Diurna: Sagrado Corazón.
- Centros de Atención Privada: Centro de Atención Nuevo Amanecer, Hogar Geriátrico Memory y Centro Gerontológico Municipal.

Se estima que la cantidad de AM en estos centros alcanza las 1 000 personas; no se posee una cantidad exacta debido a la variabilidad de personas que entran y salen de los centros. A partir de esta población se calculó la *muestra* con un 95% de intervalo de confianza, 5% de probabilidad de éxito o no éxito en las preguntas y un 5% de error muestral.

$$n = \frac{N * Z\alpha^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z\alpha^2 * p * q}$$

$$n = \frac{1,000 * 1.962^2 * 0.5 * 0.5}{0.05^2 * (1,000 - 1) + 1.962^2 * 0.5 * 0.5}$$

$$n = \frac{962.36}{3.46}$$

$$n = 278$$

La muestra resultante fue de 278 AM; su selección fue realizada considerando a 69 personas de cada uno de los tres centros y 71 del Centro Gerontológico Municipal que es el más grande, completando así el total de la muestra (Tabla 1).

Tabla 1
Personas a encuestar

Centros Gerontológicos	Personas a encuestar
Sagrado Corazón	69
Nuevo Amanecer	69
Hogar Geriátrico Memory	69
Municipal Dr. Arsenio De La Torre Marcillo	71

Técnica y herramientas para recolección de información

La encuesta puede ser expuesta como una técnica y un método, como técnica se la define como la acción de recolección de datos por medio de un proceso interrogatorio que es enfocado hacia un segmento específico, el cual está

conformado por personas que cumplieron con las características de inclusión; como método se plantea como una fase metodológica de investigación social en donde su interpretación y desarrollo significa otorgarle un proceso de acompañamiento a la actividad investigativa. El cuestionario es una guía que puede constar de diferentes tipos de interrogantes; preguntas abiertas, cerradas, de opciones múltiples, de escala de Likert, entre otras. El cuestionario funciona en base a diferentes técnicas de investigación, su desarrollo depende del tipo de técnica que se utilice (López & Fachelli, 2015).

La herramienta utilizada en esta investigación fue el *cuestionario de encuesta*; se diseñó un modelo para cada propósito: uno de satisfacción respecto a los cuidados de enfermería recibidos durante el ingreso hospitalario el cual está conformado por 19 preguntas, divididas en cuatro dimensiones las cuales son: justo al ingreso, durante la estancia, valoración global y valoración al alta, el mismo que se encuentra con las preguntas correspondientes en el Apéndice A (Prieto et al., 2017). El segundo en base a la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, con 15 preguntas, para medir el nivel de depresión del AM y detectar el trastorno depresivo en personas mayores (De Dios et al., 2001). Los actores claves dentro de la investigación fueron los cuidadores y los residentes de los centros diurnos geriátricos de la ciudad de Guayaquil.

Dentro de las técnicas usadas para el análisis de los datos obtenidos por medio de la realización de las encuestas realizadas a los 278 AM, se utilizó el pastel estadístico que sirvió para presentar las frecuencias relativas de cada pregunta. Para demostrar la hipótesis de investigación se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson, el cual mientras más cercano esté a uno significa que existe una relación más fuerte entre las variables. Los valores cercanos a 0.5 se

consideran como moderados, mientras que los más cercanos a cero se consideran como débiles o no correlacionados.

Para el procesamiento de datos se utilizó el programa estadístico Microsoft Excel 2016 con el cual se tabularon los datos que sirvieron para la creación de los pasteles estadísticos que fueron presentados con los respectivos porcentajes de acuerdo a los niveles de satisfacción establecidos en la escala de Likert. Para evidenciar la correlación existente entre cada dimensión y sus variables se usó el software estadístico SPSS 25.

Análisis de Resultados

Procesada la información recogida, se procedió a analizar los datos para llegar a una interpretación a la luz del propósito de esta investigación e identificar los puntos de valor que permitan negar o confirmar la hipótesis planteada.

Los resultados y su interpretación se presentan en dos secciones, la primera está relacionada con el nivel de satisfacción del AM con respecto a la atención recibida; la segunda presenta los resultados de la aplicación del GDS y conocer los comportamientos relacionados con la depresión del AM.

Nivel de satisfacción con respecto al servicio recibido

Los resultados de esta encuesta están agrupados según dos momentos: justo al ingreso y durante la estancia, luego se presenta la valoración global y la valoración al alta.

Las preguntas relacionadas con la atención *justo al ingreso*, son:

1. La identificación y presentación al ingreso del personal de cuidado
2. La información recibida sobre el uso de los dispositivos de su habitación:
timbres, luces y cama

3. La información que ha recibido sobre posibles riesgos del entorno (caídas, productos tóxicos, etc.)

De acuerdo con la Figura 1, en donde se presenta los niveles de satisfacción sobre la *identificación y presentación al ingreso del personal de cuidado*, se tiene que el 15.5% están totalmente insatisfechos con la forma en que el personal hizo contacto en el momento del ingreso; el 17.3% insatisfecho, el 18.3% se encontró indeciso con respecto a la pregunta, el 30.6% se mostró satisfecho, mientras que el 18.3% indicó total satisfacción; todo ello da que el 32.8% del total de los encuestados mostró grados de insatisfacción; cabría, entonces, incluir este aspecto en un programa de desarrollo de la motivación y sentido de pertenencia para el personal que ofrece cuidados directos al AM.

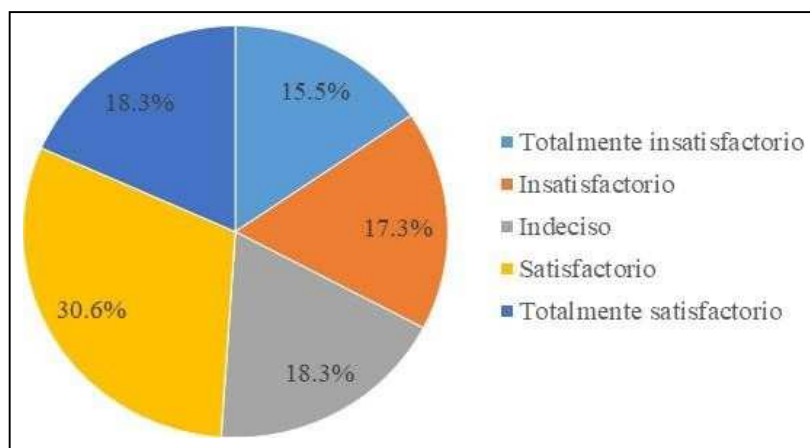


Figura 1. Identificación y presentación del personal al momento del ingreso del AM

Los resultados sobre la información recibida con respecto al uso de los dispositivos en la habitación (Figura 2) permiten conocer que un 12.9% estuvo totalmente insatisfecho, el 18.7% insatisfecho, el 27.3% indeciso, el 23.4% mostró satisfacción, mientras que el 17.6% indicó estar totalmente satisfecho; por tanto, en general el 31.6% no estuvo satisfecho con la comunicación establecida para proporcionar información de uso de los dispositivos que hay en cada habitación; ello significaría que el personal no presta atención en detallar cómo es el

funcionamiento de los dispositivos a los AM y ello generalmente ocurre cuando las actividades y acciones son repetitivas sin detenerse a considerar que los usuarios no son siempre los mismos.

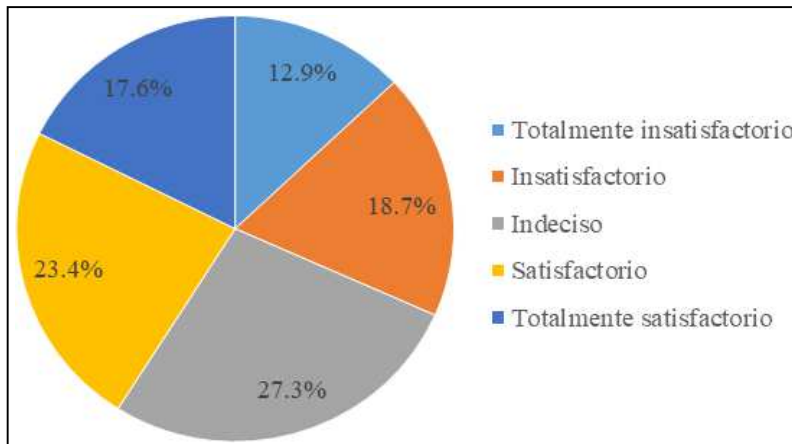


Figura 2. Explicación sobre uso de dispositivos en habitaciones

Con respecto a los riesgos que debe tener en cuenta el AM durante su movilización y estancia, se aprecia un ligero cambio en su nivel de satisfacción (Figura 3), dado que el 13.3% se encontró totalmente insatisfecho, el 15.8% insatisfecho, 24.1% reflejó estar indeciso, el 26.6% mostraron satisfacción, mientras que el 20.1% estuvo totalmente satisfecho; se evidencia, entonces que el 29.1% de los AM encuestados no estuvo satisfecho con la información sobre los riesgos a los que pueden estar expuestos en el centro diurno. Cabe establecer la necesidad de reforzar esta información para los prestadores del servicio, de manera que puedan transmitirlo de manera eficiente a los usuarios.

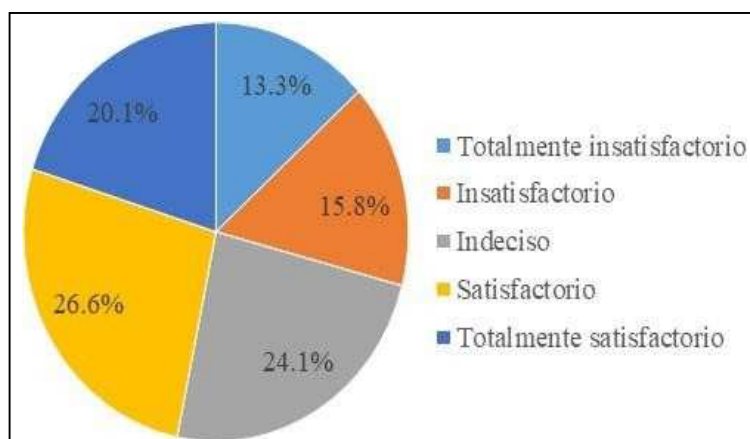


Figura 3. Información sobre riesgos en las instalaciones

Las preguntas relacionadas con el momento *durante la estancia*, son:

4. El tiempo que invirtió el personal de cuidado para aclarar sus dudas durante su estancia
5. Los cuidados de su salud recibidos por el personal de cuidado en cuanto a las diferentes técnicas que le realizaron (análisis de sangre, curas, sondajes, etc.)
6. La información recibida por parte del personal de cuidado en cuanto a la administración y toma de medicamentos
7. La amabilidad del personal de cuidado con usted y con otros pacientes
8. La supervisión del personal de cuidado sobre su alimentación
9. Los cuidados recibidos por parte del personal de cuidado durante su permanencia en cama
10. La supervisión de su higiene por parte del personal de cuidado
11. El respeto a la intimidad por parte del personal de cuidado
12. La actuación del personal de cuidado con respecto a su estado de ánimo y el de su familia
13. La actuación del personal de cuidado cuando usted presentó molestias o dolor

A continuación, se presenta el comportamiento de satisfacción de los usuarios durante la estancia en el centro gerontológico.

La Figura 4 representa los niveles de satisfacción en cuanto a la dedicación del personal de cuidado y el tiempo que éstos ofrecen a los AM para aclarar dudas sobre aspectos relacionados con su estancia. Consideraron como totalmente insatisfactorio el 17.6%, insatisfactorio el 20.1%, el 16.2% indeciso, el 28.4% como satisfactorio el tiempo brindado, mientras que el 17.6% lo consideró

totalmente satisfactorio. Por lo que se pudo determinar que para el 37.7% de los encuestados el tiempo brindado para aclarar las dudas que presentan fue insatisfactorio.

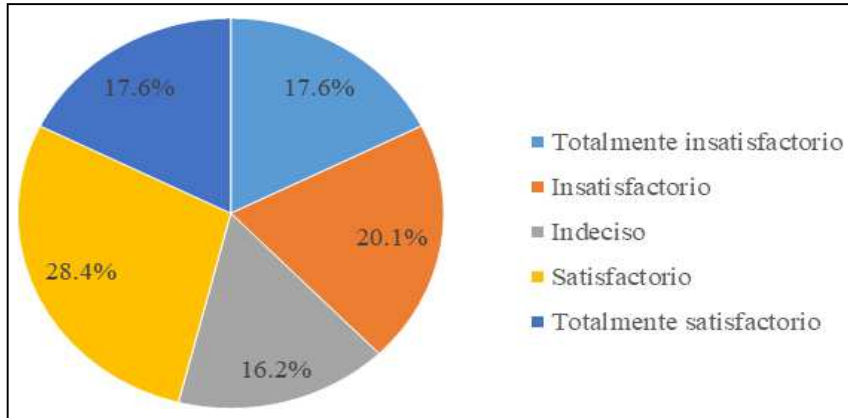


Figura 4. Dedicación del personal de cuidado y el tiempo que éstos ofrecen a los AM

La Figura 5 contiene el nivel de satisfacción de los usuarios con respecto a los diferentes cuidados y atención recibidos por el personal de la institución. Nótese que a un 8.3% de los encuestados les resultó totalmente insatisfactorio; insatisfactorio para un 10.4%, el 16.5% indeciso, 31.3% señaló que es satisfactorio, mientras que para el 33.5% fue totalmente satisfactorio.

Evidenciando un 18.7% de insatisfacción en relación con los cuidados que ofrece el centro diurno. Todo ello hace pensar que el cumplimiento de estas actividades que, debido a su cotidianidad, pudieran estar siendo cumplidas sin considerar la personalización del servicio y la actitud empática del prestador del cuidado.

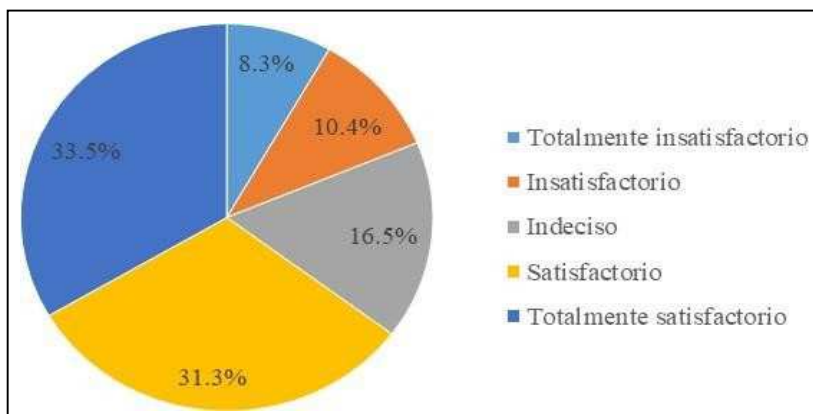


Figura 5. Satisfacción con respecto a los cuidados de salud (análisis de sangre, curaciones, sondajes, etc.) recibidos por el personal

En cuanto a las instrucciones sobre la toma de medicamentos (Figura 6), se ha detectado que la satisfacción del usuario en un 11.5% fue totalmente insatisfactoria, para el 17.3% insatisfactoria, para el 22.3% indecisa, para el 31.3% satisfactoria, mientras que para el 17.6% de los encuestados fue totalmente satisfactoria; todo esto permite establecer que en un 28.8% las personas no recibieron de manera adecuada la información necesaria sobre la dosis y administración de los medicamentos enviados a casa, lo que puede provocar una descompensación en la salud, seguido de posible desconfianza en las instrucciones que puedan ser proporcionadas en una posterior ocasión.

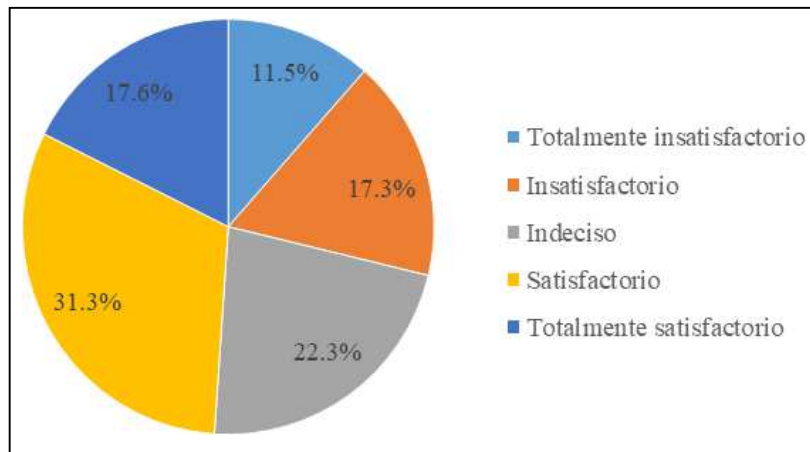


Figura 6. Información por parte del personal sobre la administración y toma de medicamentos

Con respecto a la amabilidad en el trato a los pacientes, por parte del personal de cuidado, tal como se aprecia en la Figura 7, las respuestas de totalmente insatisfactorio se dan en un 8.6%, para el 11.2% es insatisfactoria, para el 16.2% estaba indeciso, para el 34.5% satisfactorio, mientras que el 29.5% la señaló como totalmente satisfactorio. Se evidencia que el 19.8% no consideró que el personal fue completamente amable en cuanto al cuidado que brinda para su salud, reflejando deficiencias en cuanto a la paciencia con que debe desempeñarse el personal.

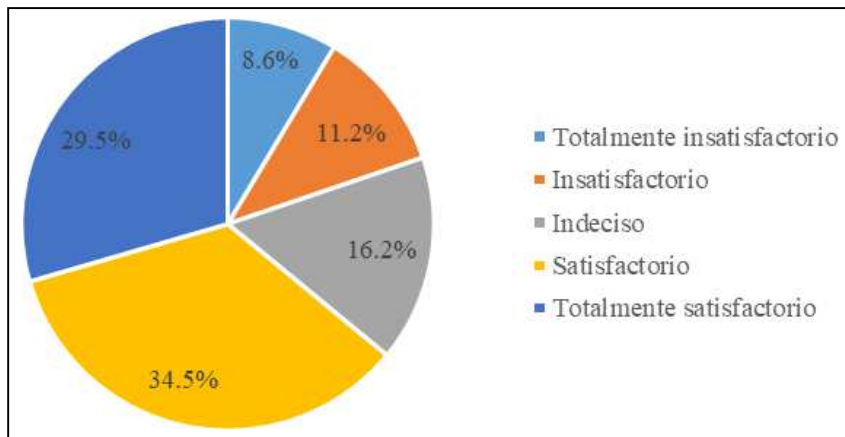


Figura 7. Amabilidad del personal

En lo que tiene que ver con la percepción sobre la alimentación (Figura 8) se pudo evidenciar que el 6.5% de los encuestados calificó como totalmente insatisfactoria la supervisión sobre la alimentación, el 8.3% insatisfactoria, 16.5% indecisa, el 37.1% satisfactoria, mientras que el 31.7% percibió que la supervisión sobre la alimentación brindada fue totalmente satisfactoria. Por lo que se observa que el 14.8% de las personas que asisten al centro diurno de geriatría declaran su insatisfacción en cuanto a la supervisión en los alimentos.

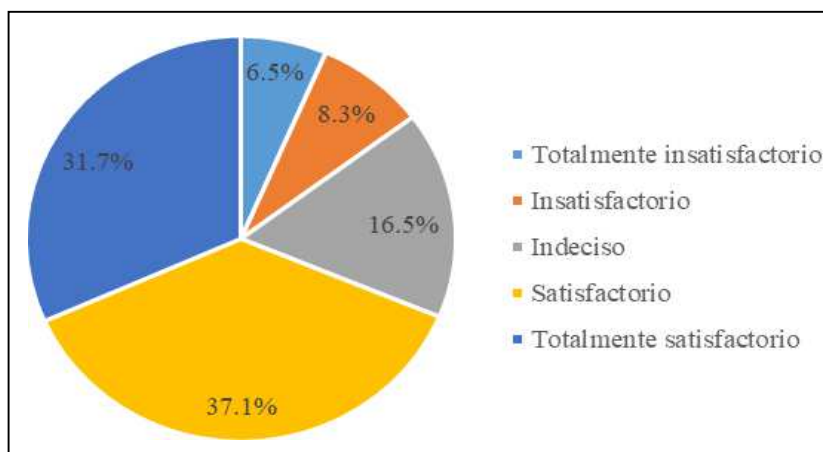


Figura 8. Supervisión en la alimentación

Los resultados de las encuestas de acuerdo a los cuidados que recibe durante la permanencia en cama en el centro diurno geriátrico (Figura 9) por parte del personal de cuidado fue para el 10.4% totalmente insatisfactorio, 12.6%

insatisfactorio, 18% indeciso, 31.3% satisfactorio, mientras que el 27.7% de los encuestados sintió que el cuidado recibido por el personal fue totalmente satisfactorio. Evidenciando que el 23% de las personas que asistieron se sintió insatisfecho con los cuidados que brinda el centro. Este tipo de inconformidades es dado por la falta de capacitación constante al personal sobre los cuidados que se deben de brindar al AM.

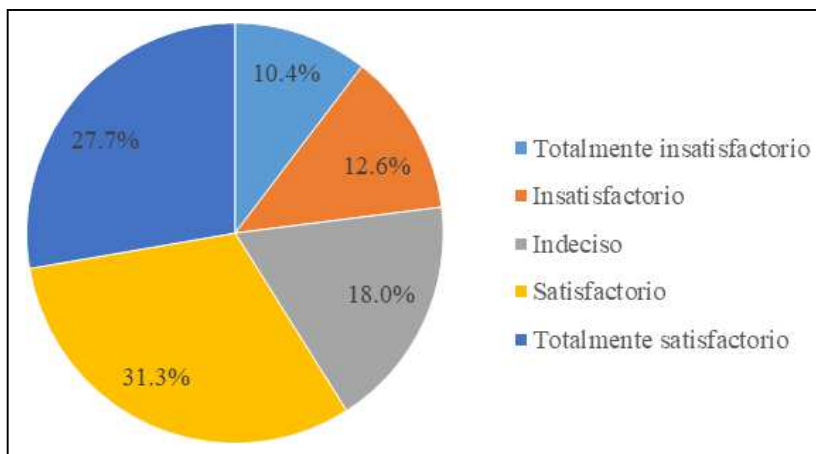


Figura 9. Cuidados recibidos durante su permanencia en cama

Los resultados sobre la supervisión de la higiene por parte del personal de cuidado (Figura 10), fue totalmente insatisfactoria en un 6.5%, 9.4% insatisfactoria, 15.5% indecisa, el 37.8% indicó que fue satisfactoria, mientras que el 30.9% de los adultos percibieron la supervisión como totalmente satisfactoria. Todo ello da que el 15.9% de la muestra no estuvo satisfecha con la supervisión de la higiene, que pudo ser provocado porque no están acostumbradas o no les gusta que otra persona supervise su higiene provocando incomodidad.

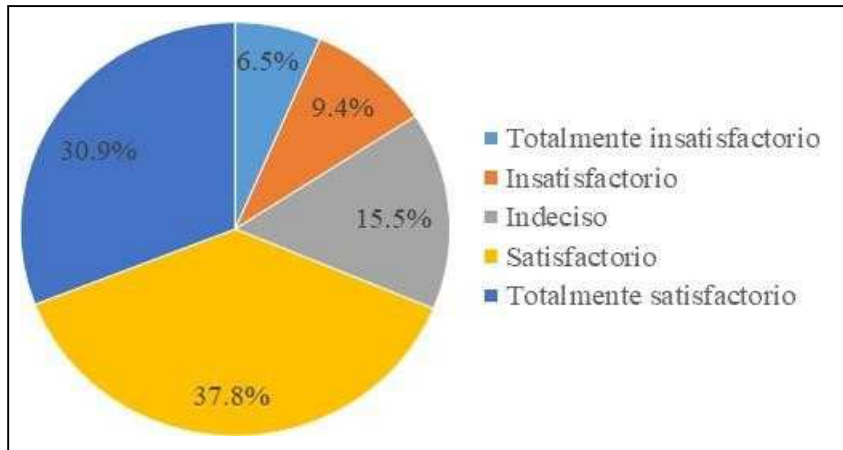


Figura 10. Supervisión de Higiene

De acuerdo con lo que refleja la Figura 11, los resultados sobre el respeto a la intimidad por parte del personal fueron: 5.8% como totalmente insatisfactorio, 9.7% insatisfactorio, 20.1% indeciso, 29.1% como satisfactorio, mientras que el 35.3% de los encuestados lo calificó como totalmente insatisfactorio. Por tanto, el 15.5% de los AM creen que no respetan su privacidad durante su permanencia.

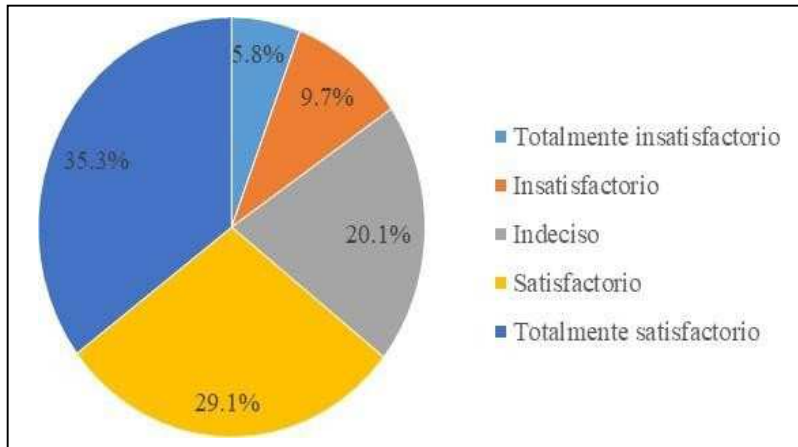


Figura 11. Respeto a la intimidad

La Figura 12 refleja que el 11.9% de los encuestados calificaron la actuación que tiene el personal con respecto al estado de ánimo y el de su familia como totalmente insatisfactorio, 16.9% insatisfactorio, 21.2% indeciso, 27.3% satisfactorio, mientras que el 22.7% lo calificó como totalmente satisfactorio.

Evidenciando un 28.8% de insatisfacción en relación a cómo actúa el personal en

ciertos casos, por lo que se refleja la falta de capacitación que posee el personal del centro diurno sobre el trato y manejo de situaciones.

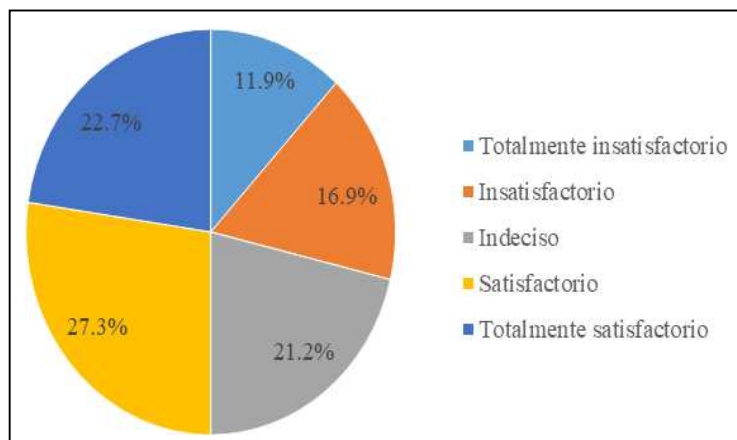
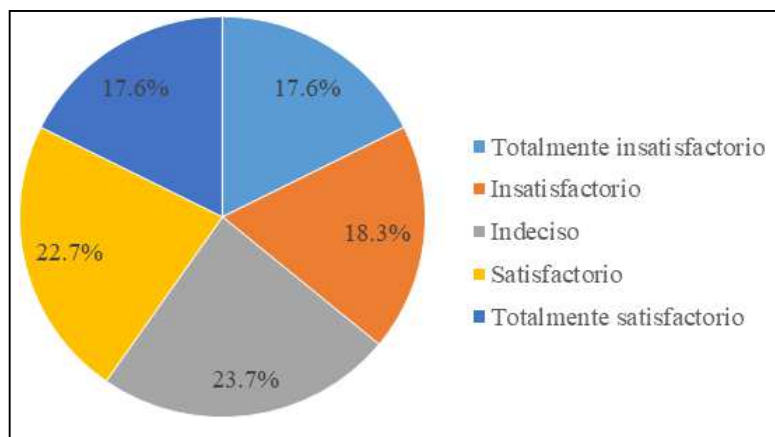


Figura 12. Estado de ánimo del paciente

Los resultados sobre la actuación del personal cuando los pacientes presentan molestias o dolor (Figura 13) ha sido para el 17.6% totalmente insatisfactorio, el 18.3% indicó que la actuación ha sido insatisfactoria, 23.7% indeciso, el 22.7% mostró que ha sido satisfactorio, mientras que el 17.6% de los encuestados señaló que el servicio brindado por el personal fue totalmente satisfactorio. Por lo que se puede apreciar que el 35.9% reflejó estar insatisfecho con la respuesta recibida por parte del personal cuando ellos presentan algún tipo de dolor o molestia, resaltando que no todo el personal sabe atender a los AM que muestran alguna dolencia física.

Figura 13. Presencia de dolor o molestias



Las preguntas relacionadas con la valoración *global*, son:

14. Los conocimientos y habilidades del personal de cuidado que le atendió
15. El lenguaje utilizado por el personal encargado respecto a sus cuidados
16. La confianza transmitida por el personal de cuidado
17. La identificación del personal que le atendió durante su ingreso (Médicos, Auxiliares, Técnicos, Enfermeras, Celadores, etc.)
18. El trabajo en equipo del personal de cuidado de la planta

A continuación, se presenta el comportamiento de satisfacción de los usuarios con respecto a una valoración global.

Los resultados que se obtuvieron en las encuestas de acuerdo a las habilidades y conocimientos del personal para la atención fue calificado para el 13.7% como totalmente insatisfactorio, 16.9% insatisfactorio, el 19.4% indeciso, el 27.3% satisfactorio, mientras que el 22.7% indicó que fue totalmente satisfactorio el desempeño de conocimientos y habilidades del personal. Por lo que se refleja que el 30.6% estuvo insatisfecho con el personal que lo atendió cuando llegó al centro, mostrando que los colaboradores que están a cargo de los AM no están completamente calificados para esa área (Figura 14).

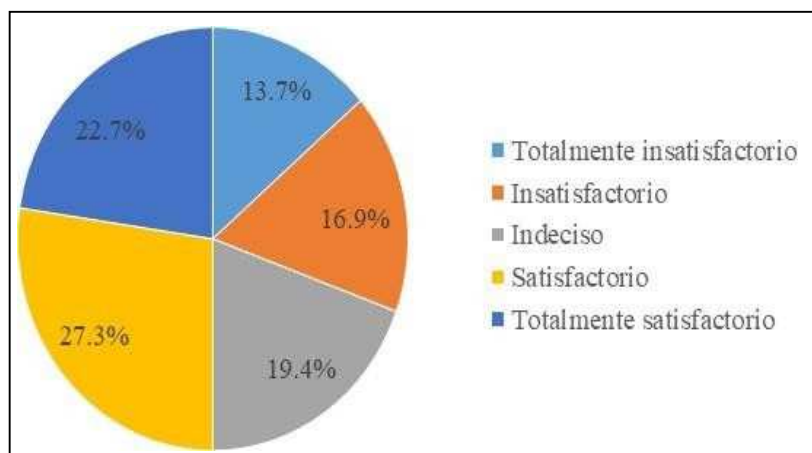


Figura 14. Conocimientos y habilidades del personal

Los resultados en cuanto al lenguaje que utilizó el personal al momento de indicar los cuidados que debe de tener cada paciente (Figura 15) fue totalmente insatisfactorio en un 10.4%, insatisfactorio en un 10.8%, el 20.5% indeciso, el 30.9% satisfactorio, mientras que el 27.3% percibió que el lenguaje usado fue totalmente satisfactorio. Lo cual muestra que el 21.2% de adultos no logró entender con total claridad las indicaciones y cuidados que deben de tener en cuenta, puesto que el lenguaje que utiliza el personal no es de fácil entendimiento.

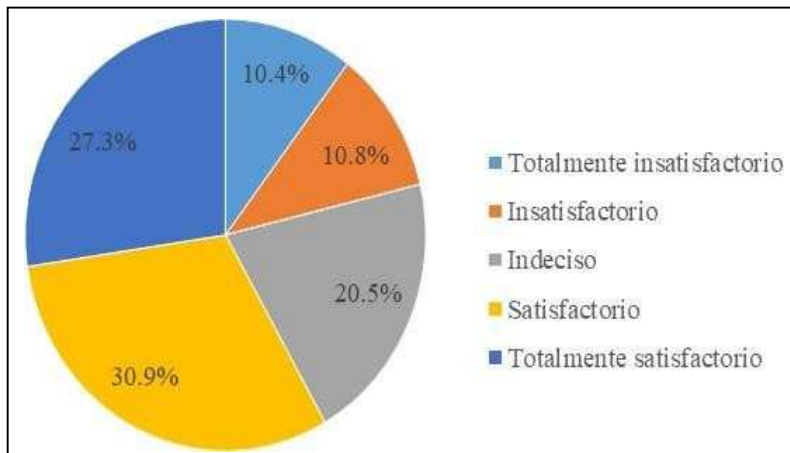


Figura 15. Lenguaje utilizado por el personal

Con respecto a la confianza que transmite el personal de cuidado a las personas que acuden al centro geriátrico en un 6.1% ha sido totalmente insatisfactorio, un 7.6% insatisfactorio, un 13.7% indeciso, un 35.3% lo señaló como satisfactorio, mientras que el 37.4% dijo que la confianza brindada por el personal fue totalmente satisfactoria (Figura 16). Por lo que se evidenció que el 13.7% no percibió confianza por parte del personal, indicando que los colaboradores tienen mayor inclinación afectiva con algunas personas del centro diurno.

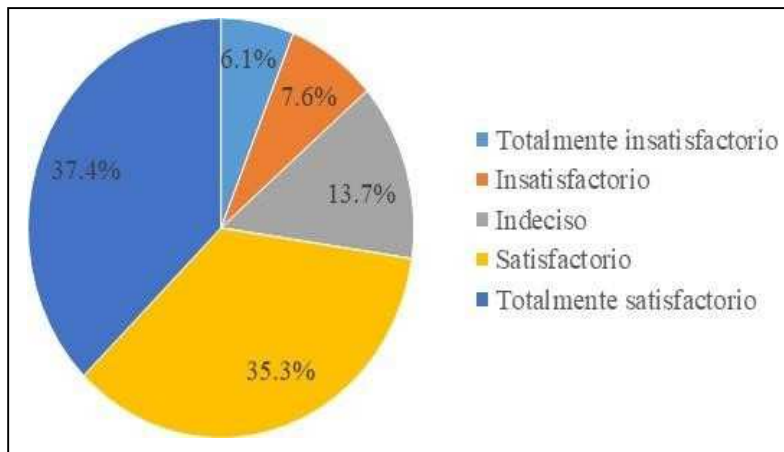


Figura 16. Confianza transmitida hacia los pacientes

En referencia a la identificación que mostró el personal durante el ingreso (Figura 17) fue totalmente insatisfactorio en un 7.2%, insatisfactorio con un 9.4%, indeciso en el 13.7%, en un 32.7% fue satisfactorio, mientras que el 37.1% indicó que la identificación mostrada por el personal fue totalmente satisfactoria. Por lo que se observa que el 16.6% no conoce al personal, puesto que éste no se identifica de forma adecuada al momento que ingresan los pacientes.

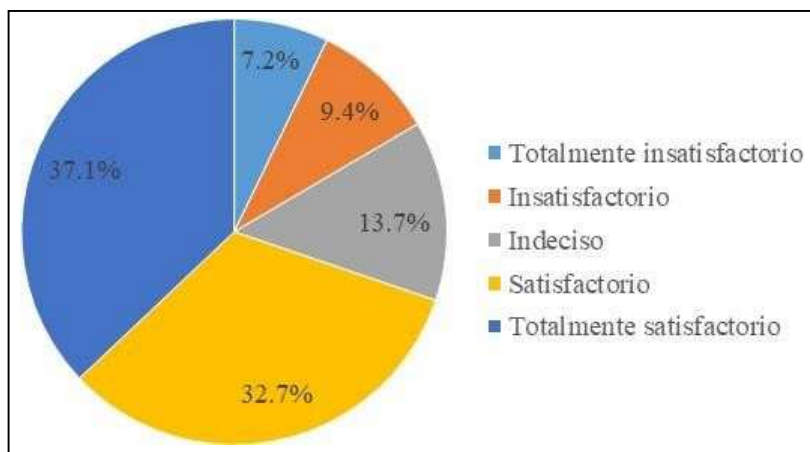


Figura 17. Identificación del personal profesional

Sobre la percepción con respecto al trabajo en equipo de los colaboradores, ha sido calificado como totalmente insatisfactorio en un 14.4%, como insatisfactorio en un 19.1%, indeciso en un 24.5%, satisfactorio el 21.9%, mientras que el 20.1%

dijo que el trabajo en equipo realizado fue totalmente satisfactorio (Figura 18). Por lo que el 33.5% de los encuestados mostraron insatisfacción en el trabajo realizado en equipo por el personal, demostrando que no existe una coordinación y buena comunicación entre compañeros, por lo que se debe de tomar acciones a fin de evitar errores sobre los pacientes debido a esta situación.

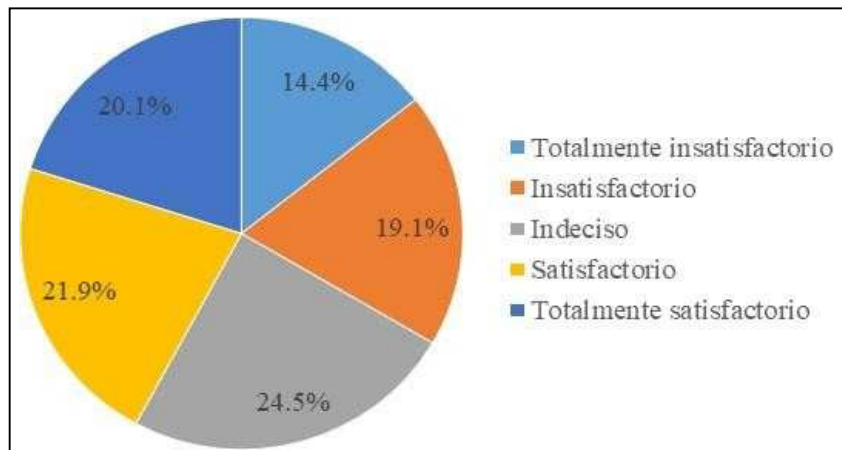


Figura 18. Trabajo en equipo

La pregunta relacionada con la valoración *al alta*, es:

19. La información dada por el personal de cuidado al alta (alimentación, medicación, curas, derivación a otros profesionales, etc.)

Con relación a la información que brinda el personal al momento que el paciente es dado de alta médica (Figura 19) fue para el 10.4% totalmente insatisfactorio, para el 11.2% insatisfactorio, el 16.9% se mostró indeciso, el 31.3% satisfactoria, mientras que el 30.2% indicó que la información recibida fue totalmente satisfactoria. Lo que indica que el 21.6% del total de encuestados no está satisfecho con la información que brinda el personal al momento de darle el alta, siendo esto un problema para la institución, ya que el paciente puede recaer médicamente o administrarse de forma inadecuada los medicamentos por la falta de información.

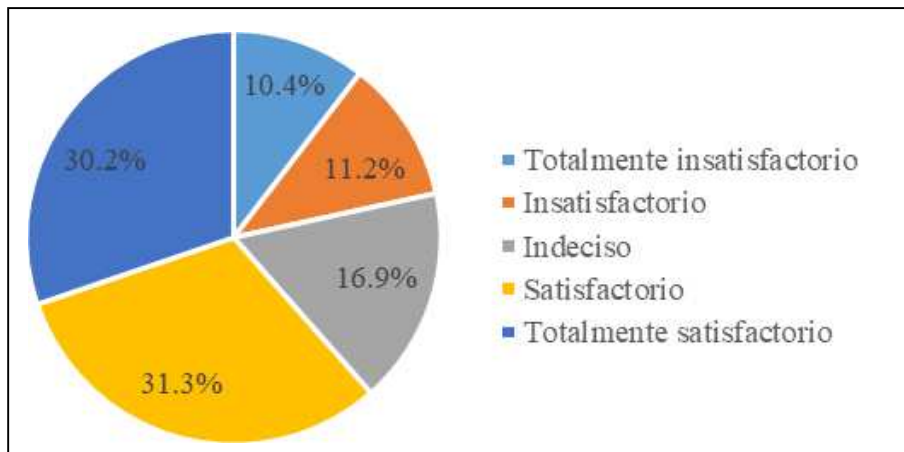


Figura 19. Información por parte del personal

De la revisión realizada a los resultados de esta primera encuesta, se tiene algunos aspectos que deben ser considerados de importancia para buscar una mejora en el desempeño del personal y funcionamiento de la institución. Dado que este cuestionario tenía preguntas divididas en cuatro secciones (al ingreso, durante la estancia, valoración global de la institución, valoración al alta), en la Tabla 2 se presenta un resumen de los promedios logrados por cada una de ellas.

Tomando en cuenta los niveles de insatisfacción reflejados, según las respuestas a las cuatro secciones de esta encuesta, debe tenerse en cuenta que en ningún caso se puede ignorar estos porcentajes ya que se trata de ofrecer la mejor atención posible a los usuarios considerando que cualquiera de estas acciones podría generar indisposición que lleve a algún nivel de depresión del AM con sus correspondientes consecuencias. Nótese que hay un considerable porcentaje con la característica de *indeciso* que no tuvo razones para registrar su percepción como parte de la satisfacción del servicio recibido.

Cabe, entonces, analizar más detenidamente en qué parte del servicio que se presta a los AM se debe establecer las mejoras necesarias para proyectar una atención de calidad.

Tabla 2
Niveles de satisfacción e insatisfacción en la atención al usuario

Preguntas	Insatisfacción	Indeciso	Satisfacción
Al ingreso			
1. La identificación y presentación al ingreso del personal de cuidado			
2. La información recibida sobre el uso de los dispositivos de su habitación: timbres, luces y cama	31.2%	23.3%	45.5%
3. La información que ha recibido sobre posibles riesgos del entorno (caídas, productos tóxicos, etc.)			
Durante la estancia			
4. El tiempo que invirtió el personal de cuidado para aclarar sus dudas durante su estancia			
5. Los cuidados de su salud recibidos por el personal de cuidado en cuanto a las diferentes técnicas que le realizaron (análisis de sangre, curas, sondajes, etc.)			
6. La información recibida por parte del personal de cuidado en cuanto a la administración y toma de medicamentos			
7. La amabilidad del personal de cuidado con usted y con otros pacientes			
8. La supervisión del personal de cuidado sobre su alimentación	23.9%	18.6%	57.5%
9. Los cuidados recibidos por parte del personal de cuidado durante su permanencia en cama			
10. La supervisión de su higiene por parte del personal de cuidado			
11. El respeto a la intimidad por parte del personal de cuidado			
12. La actuación del personal de cuidado con respecto a su estado de ánimo y el de su familia			
13. La actuación del personal de cuidado cuando usted presentó molestias o dolor			
Valoración global de la institución			
14. Los conocimientos y habilidades del personal de cuidado que le atendió			
15. El lenguaje utilizado por el personal encargado respecto a sus cuidados			
16. La confianza transmitida por el personal de cuidado	23.1%	18.3%	58.5%
17. La identificación del personal que le atendió durante su ingreso (Médicos, Auxiliares, Técnicos, Enfermeras, Celadores, etc.)			
18. El trabajo en equipo del personal de cuidado de la planta			
Valoración al alta			
19. La información dada por el personal de cuidado al alta (alimentación, medicación, curas, derivación a otros profesionales, etc.)	21,6%	16,9%	61,5%

Encuesta sobre el nivel de depresión del AM

Las preguntas incluidas tomando como modelo la escala de GDS, estaban orientadas a establecer cómo se siente el AM y su respuesta a las situaciones diversas que se le presentan en su diario vivir.

La primera pregunta estuvo orientada a conocer si el AM estaba satisfecho con su vida, a lo que las respuestas fueron como sigue: totalmente en desacuerdo en un 24.5%, en desacuerdo el 26.3%, indeciso el 12.2%, el 24.1% estuvo de acuerdo, mientras que el 12.9% dijo estar totalmente de acuerdo (Figura 20); por tanto, se da que en un 37% de los AM no están satisfechos con su vida en esta etapa, provocando que se sientan deprimidos.

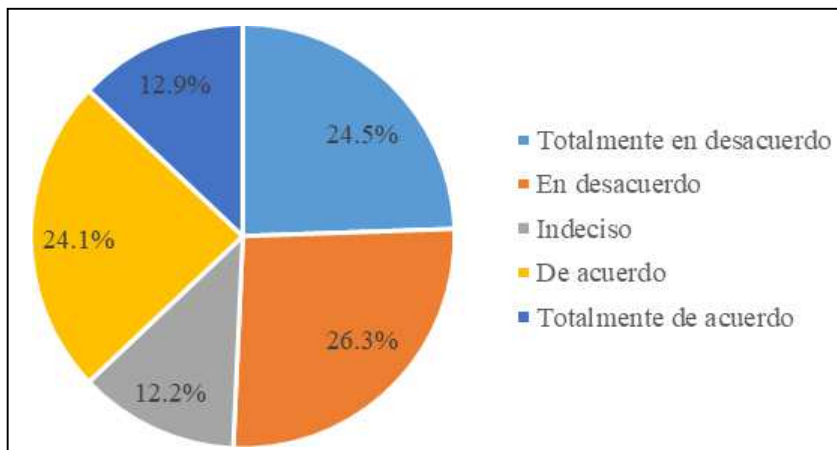


Figura 20. Satisfecho con su vida

Sobre actividades que han tenido que ser suprimidas debido a su edad, indicaron estar totalmente en desacuerdo en un 10.1%, el 11.9% estuvo en desacuerdo, el 14.4% se encontró indeciso, el 31.7% estuvo de acuerdo con la pregunta, mientras que el 32% dijo estar totalmente de acuerdo con que ha renunciado a muchas actividades que en su juventud hacía con frecuencia; ello se resume en que el 22% de los encuestados (Figura 21) aseguran haber renunciado a actividades y no han podido asimilar los cambios propios de la edad.

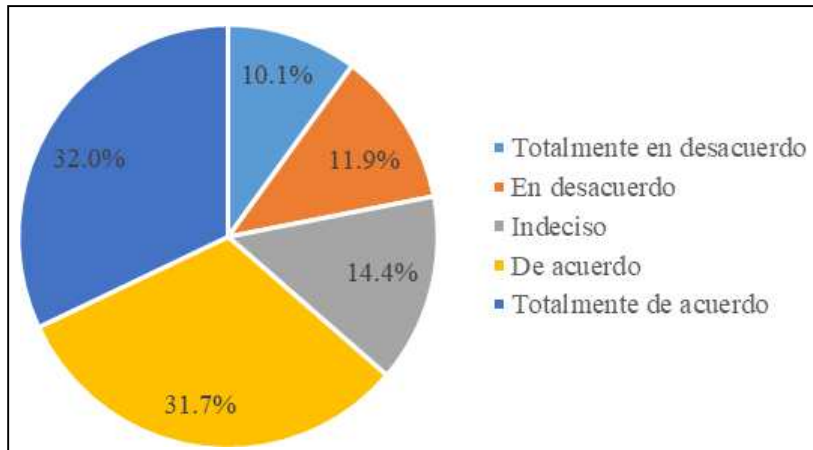
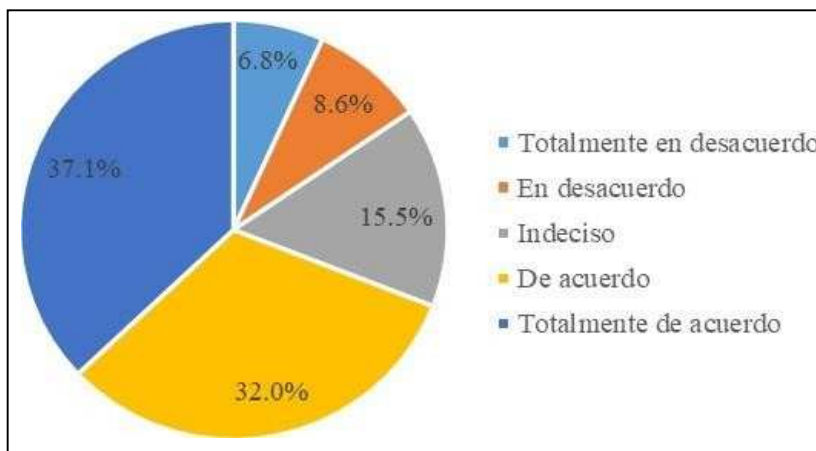


Figura 21. Ha renunciado a muchas actividades

En la pregunta sobre si siente que su vida está vacía los encuestados indicaron en un 6.8% estar totalmente en desacuerdo, el 8.6% en desacuerdo, el 15.5% dijo estar indeciso, el 32% de los adultos encuestados estuvo de acuerdo, mientras que el 37.1% mostraron estar totalmente de acuerdo con la pregunta realizada. Por lo tanto, se evidenció que el 15.4% de los encuestados estuvo de acuerdo con respecto a la pregunta realizada, lo que muestra que los adultos sienten con frecuencia vacío en sus vidas, ya que muchos de ellos viven solos o no tienen personas a su alrededor con las que puedan conversar, generando problemas de depresión.

Figura 22. Siente que su vida está vacía



Con respecto a sensación de aburrimiento frecuente, indicaron estar totalmente en desacuerdo el 6.5%, el 9.4% dijo estar en desacuerdo, de acuerdo estuvieron el 32.7%, mientras que el 36.3% indicó estar totalmente de acuerdo. Por lo tanto, se pudo evidenciar que el 15.9% se encontró de acuerdo con la pregunta, dando como resultado que la mayoría de los AM se encuentra aburridos con frecuencia, mostrando depresión, ya que ellos han estado acostumbrados a mantener una vida activa y en esta etapa se dificulta la realización de ciertas actividades.

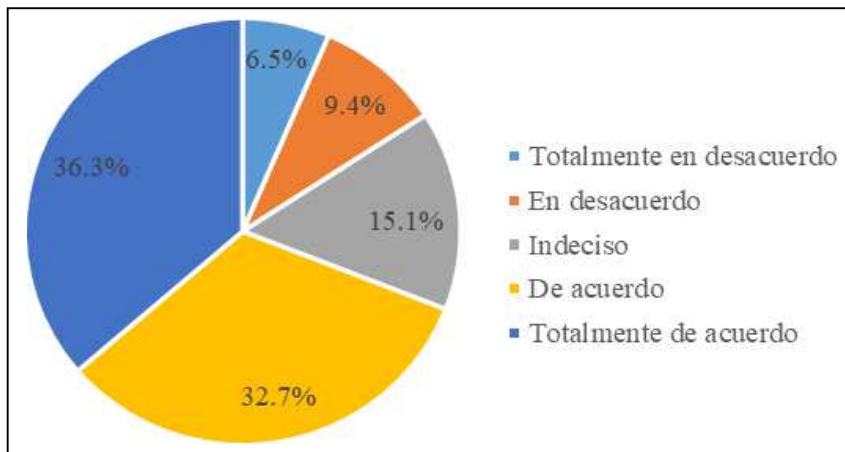


Figura 23. Se encuentra a menudo aburrido/a

En relación con su estado de ánimo, resultaron en totalmente en desacuerdo un 16.9%, en desacuerdo el 32 %, el 14% se mostró indeciso, de acuerdo estuvieron el 24.1%, mientras que el 12.9% indicó estar totalmente de acuerdo con la pregunta realizada. Se evidenció que el 48.9% de los AM no presentan con frecuencia buen ánimo, este estado anímico es una señal de presencia de depresión en sus vidas, lo que genera que se sientan la mayor parte del tiempo irritables, o tristes.

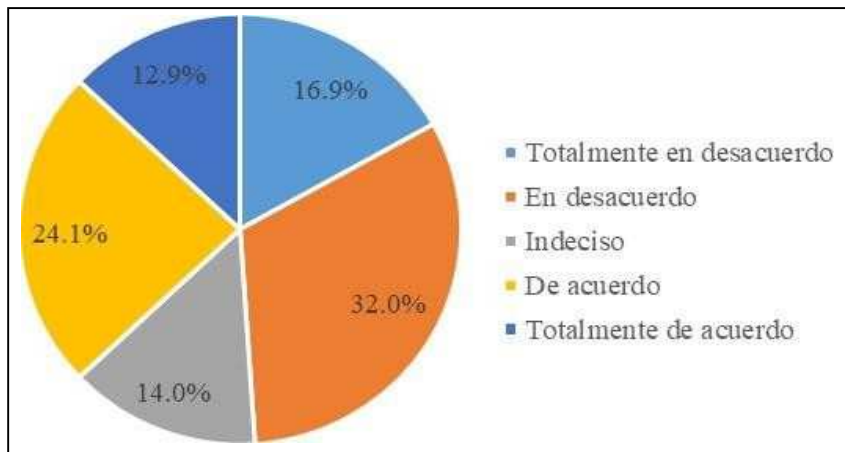


Figura 24. Tiene a menudo buen ánimo

Sobre temores a que les pase algo malo, se pudo identificar que el 8.3% estuvo totalmente en desacuerdo, el 11.2% estuvo en desacuerdo, el 14% indicó estar indeciso, con un 34.5% se mostró que los adultos estaban de acuerdo, mientras que con un 32% del total de los encuestados dijeron estar totalmente de acuerdo. Lo que permite evidenciar que el 66.5% de los encuestados teme a que le pase algo malo en la vida, mostrando temor sobre el desempeño de sus capacidades, por lo que ellos sienten que son propensos a adquirir más enfermedades o sufrir algún tipo de accidente.

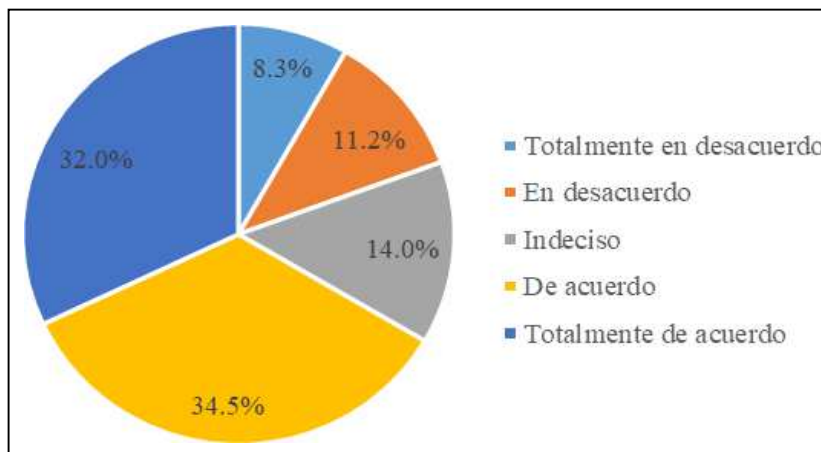


Figura 25. Teme que le pase algo malo

En cuanto a períodos de felicidad frecuente, el 19.4% estuvo totalmente en desacuerdo, el 32% en desacuerdo, el 19.1% indeciso, de acuerdo estuvieron el

16.5% de los encuestados, mientras que el 12.9% estuvo totalmente de acuerdo. Por lo que se puede evidenciar que el 51.4% de los AM no sienten felicidad con frecuencia, siendo un nivel alto mostrando que los niveles de depresión son recurrentes, por lo que se debe de mejorar el trato que se les brinda a los AM para que eleven su estado anímico.

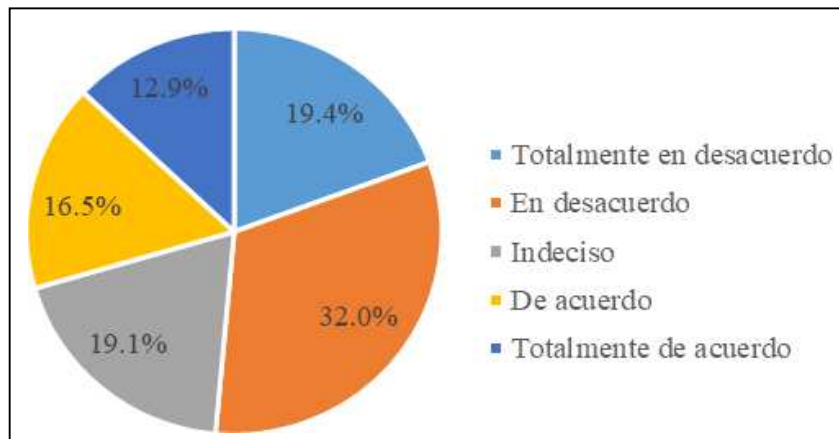


Figura 26. Se siente feliz muchas veces

Con respecto a una sensación de abandono, el 14.4% estuvo en total desacuerdo, el 15.5% en desacuerdo, el 19.8% indeciso, el 23.7% estuvo de acuerdo, mientras que el 26.6% dijo estar totalmente de acuerdo. Se evidenció que el 50.3% siente que está abandonado muy a menudo, ya sea por parte de su familia o amigos, por lo que se debe de mantener a los AM realizando diferentes actividades en las que sientan que están acompañados, ya que de no ser así esto incrementará los niveles de depresión en los adultos.

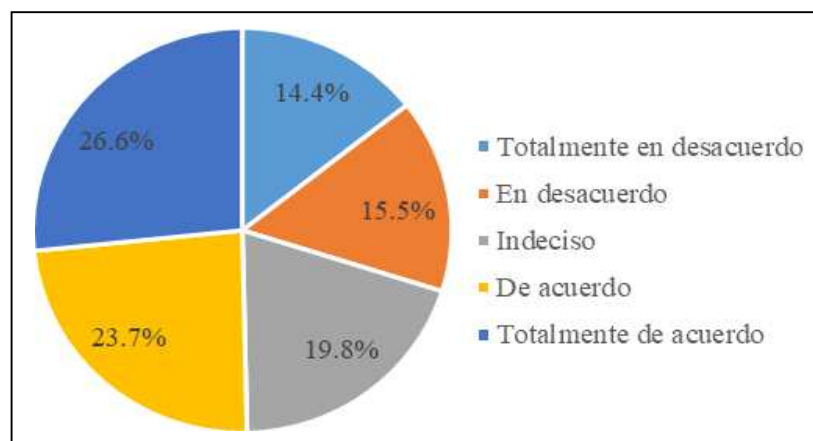


Figura 27. Se siente a menudo abandonado/a

En cuanto a la preferencia de quedarse en casa en lugar de salir el 9.7% estuvo totalmente en desacuerdo, el 11.2% en desacuerdo, el 18% indeciso, el 26.3% estuvo de acuerdo, mientras el 34.9% de los encuestados dijo estar totalmente de acuerdo; por lo que se evidenció que el 55.8% de los adultos prefiere estar en casa, lo que provoca que caigan en estados depresivos.

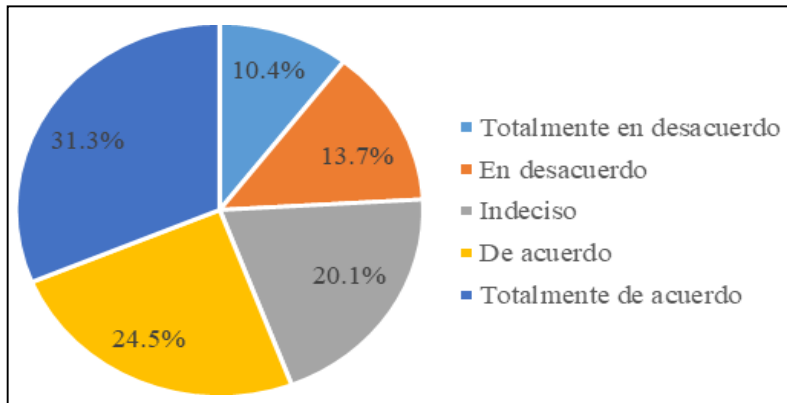


Figura 28. Prefiere quedarse en casa a salir

Los resultados en base a la pregunta sobre si cree tener más problemas de memoria que el resto de la gente, indicaron estar totalmente en desacuerdo en el 14.7%, el 16.5% en desacuerdo, un 20.1% dijo estar indeciso, el 23% estuvo de acuerdo, mientras que el 25.5% de los encuestados dijo estar totalmente de acuerdo con la pregunta realizada. Por lo tanto, se puede evidenciar que el 48.5% de los AM tienen problemas de memoria más frecuentemente, causando que sientan limitaciones al realizar sus actividades.

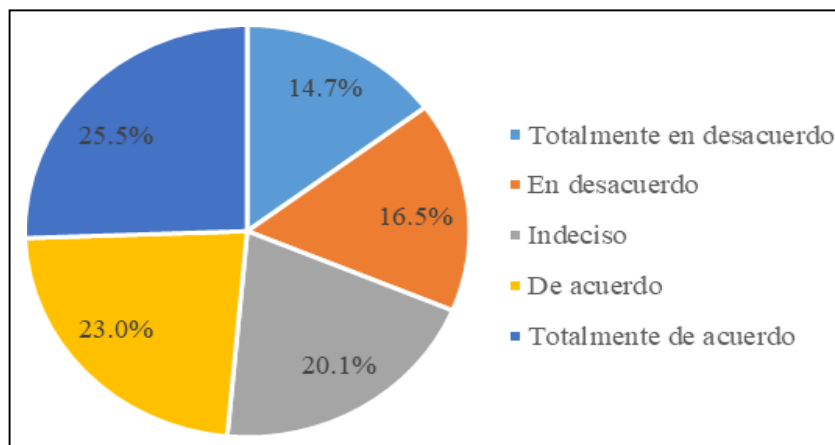


Figura 29. Cree que tiene más problemas de memoria que el resto de la gente

El 17.6% de los AM encuestados estuvieron totalmente en desacuerdo sobre que es maravilloso vivir, el 31.3% en desacuerdo, el 14% estuvo indeciso, el 24.1% dijo estar de acuerdo, mientras que el 12.9% estuvo totalmente de acuerdo. Se evidenció que el 48.9% de los adultos creen que la vida no es maravillosa, este pensamiento se debe a que muchos de ellos presentan deficiencias en su salud, sumado a la depresión hace que pierdan de a poco las ganas de vivir.

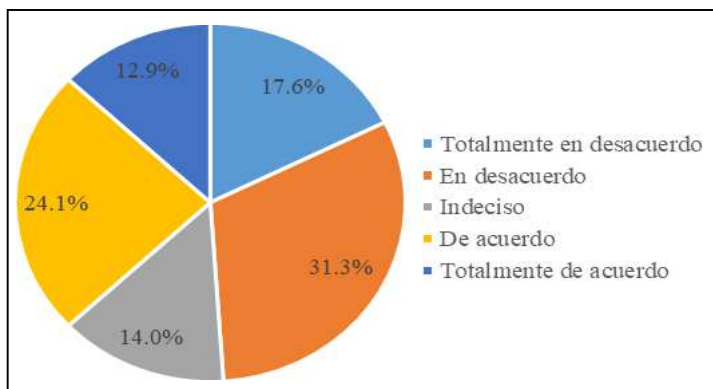


Figura 30. Piensa que es maravilloso vivir

En la pregunta relacionada con la posibilidad de iniciar nuevos proyectos, el 11.5% estuvieron totalmente en desacuerdo, en desacuerdo el 12.9%, el 20.9% se mostró indeciso, de acuerdo se encontró el 23.4%, mientras que el 31.3% estuvo totalmente de acuerdo con respecto a que le cuesta iniciar proyectos nuevos; esto es, el 54.7% de los AM sienten temor a realizar actividades o proyectos nuevos.

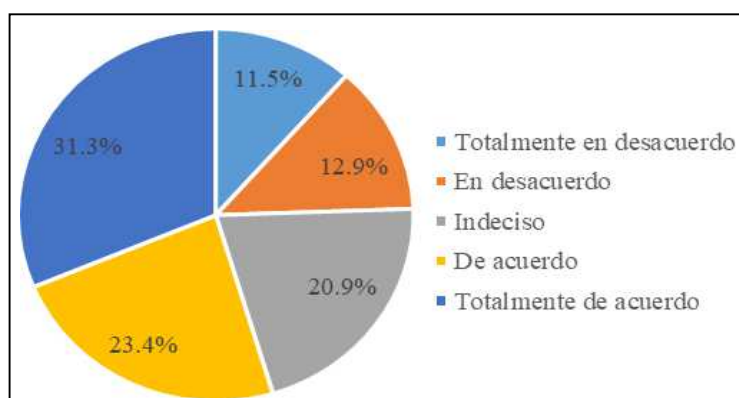


Figura 31. Le cuesta iniciar proyectos nuevos

Los resultados de la encuesta realizada sobre si los AM se sienten llenos de energía indicaron que el 24.1% se encontró totalmente en desacuerdo, el 32% en

desacuerdo, el 16.9% se mostró indeciso, el 12.9% dijo estar de acuerdo, mientras el 14% de los AM encuestados estuvo totalmente de acuerdo. Se evidenció que el 53.1% de los adultos en esta etapa de sus vidas no sienten estar llenos de energía, esto se puede deber a complicaciones en su salud, la alimentación, el estado de ánimo en el que se encuentren, los cuales están ligados con la presencia de niveles de depresión.

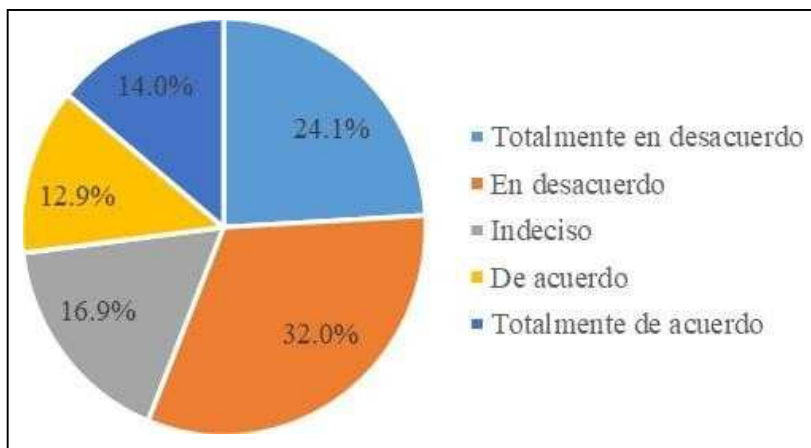


Figura 32. Se siente lleno de energía

De acuerdo a si los adultos sienten que su situación es desesperada se obtuvo que el 12.9% estuvo totalmente en desacuerdo, el 14% se encontró en desacuerdo, el 16.2% se mostró indeciso, el 29.5% estuvo de acuerdo, mientras que el 27.3% dijo estar totalmente de acuerdo. Por lo que se evidenció que 56.8% de los AM, sienten que la situación por la que están pasando es desesperada, mostrando depresión constante en su vida diaria.

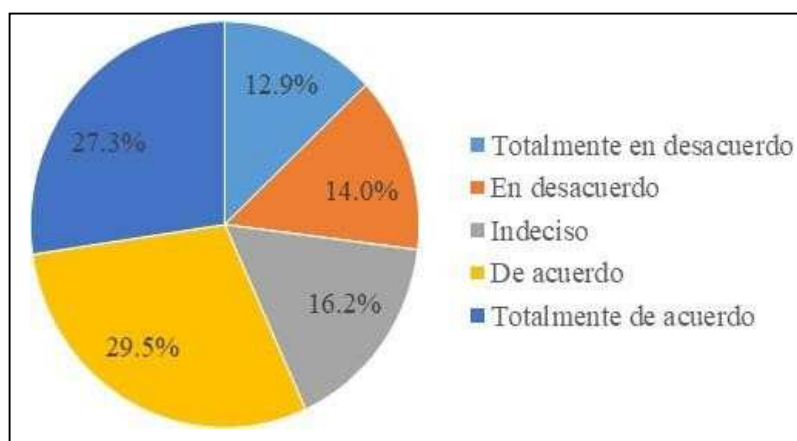


Figura 33. Siente que su situación es desesperada

Los resultados obtenidos en las encuestas con respecto a que, si perciben que mucha gente está mejor que usted realizada a los AM, ellos indicaron estar totalmente en desacuerdo en un 12.9%, en desacuerdo el 15.5%, el 17.6% dijo estar indeciso, el 25.9% estuvo de acuerdo, mientras el 28.1% indicó estar totalmente de acuerdo. Se evidenció que el 54% de los AM creen estar en malas condiciones con respecto al resto de personas, percibiendo niveles de depresión causadas por el trato recibido del entorno.

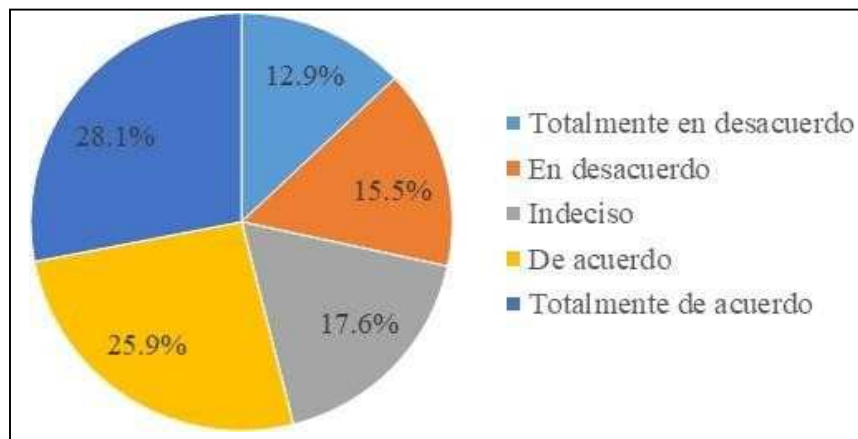


Figura 34. Cree que mucha gente está mejor que usted

Análisis General de Resultados

En la *variable de satisfacción* se identificó que el 32.8% de las personas que asisten al centro diurno de geriatría siente insatisfacción, debido a que el personal que labora en esta entidad no se identifica, ni se presenta al momento que llega un paciente nuevo por lo que ellos no saben a quién acudir en el momento que requieren ayuda. El 31.6% no tiene conocimiento sobre el uso de los dispositivos electrónicos que se encuentran en la habitación, puesto que el personal no siempre informa sobre el uso de los mismos, en los riesgos sobre caídas y productos tóxicos que se puedan encontrar en el lugar, el 29.1% de los AM indica no tener conocimiento sobre ello, al 37.7% de los encuestados les parece insuficiente el tiempo que brinda el personal para aclarar las dudas que presentan, ya que el

28.8 % no recibe información completa sobre la administración y dosis de los medicamentos, generando incertidumbre en los pacientes a la hora de tomar los medicamentos.

El 28.8% de las personas que asisten presentaron insatisfacción en relación a cómo actúa el personal respecto al estado de ánimo en el que se encuentre el paciente, a esta edad es muy común que los AM tengan variación en su estado anímico, por lo que se debe de capacitar al personal para que pueda ayudar a sobrellevar de mejor manera esta situación, de la misma forma también es recomendable capacitar al personal sobre el manejo en episodios de dolor o molestias físicas por lo que se encontró que el 35.9% no estuvo de acuerdo con el trato recibido al presentarse estos casos.

El 30.6% de las encuestas reflejaron que el conocimiento y habilidades mostradas por parte del personal no tuvieron un buen desempeño, lo que puede causar que las personas dejen de frecuentar debido a que piensan que el personal no está capacitado totalmente para la atención. En cuanto al trabajo en equipo se mostraron falencias en un 33.5%, ya que este equipo no se mantiene informado sobre las actividades que deben de desempeñar, lo que provoca confusión a la hora de atender al paciente, debido a que no saben que administró o recetó su compañero.

De acuerdo a la *variable de depresión* se lograron observar datos muy importantes, evidenciando la situación por la que pasan la mayor parte de personas que llegan a esta etapa de adultez. El 48.9% tienen problemas con mantener un buen estado de ánimo, el 66.5% presentó miedo en cuanto a que le suceda algo malo, por lo que en muchas ocasiones evitan realizar actividades que creen peligrosas para su vida, siendo este un motivo para que el 55.8% de las

personas adultas mayores que fueron encuestadas, prefieran quedarse en casa que salir a distraerse, restando la posibilidad de iniciar nuevos proyectos al 54.7% de adultos del centro diurno. El 53.1% de los AM no sienten estar llenos de energías lo cual genera episodios de depresión, el 56.8% sienten que están pasando por una situación desesperada al igual que el 54% piensa que el resto de personas está mejor que ellos.

Por lo que se puede destacar dentro de los datos más importantes de la variable satisfacción que existen deficiencias en el personal en relación al trato que necesitan los AM, ya que a muchos de ellos les cuesta entender las cosas, por lo que necesitan que se les brinde más tiempo. También se detectaron problemas por falta de comunicación del personal que recibe a los usuarios, con las personas que asisten al centro sobre medicamentos, el uso de las instalaciones, los peligros que pueden ocurrir y entre empleados.

En cuanto a la variable depresión se evidenció que muchos adultos se encuentran en estado de depresión, por lo que la mayor parte del tiempo no pasan de buen humor, sienten poca energía durante el día para realizar actividades lo cual dificulta su desempeño, optando por quedarse en casa y no realizar proyectos nuevos por lo que sienten miedo, creen que su situación es desesperante ya que ven que el resto de personas a su alrededor está en mejores condiciones físicas.

Los resultados muestran que los colaboradores no brindan el afecto y la dedicación que los AM necesitan. En esta etapa los adultos buscan compañía y ser entendidos, sin embargo, si no se demuestra paciencia en el trato que se les brinda, estos sienten que son marginados y que no son útiles en la vida, por lo que causarían que entren en estados depresivos y que busquen aislarse debido a que el entorno que los rodea no les genera satisfacción.

Tabla 3
Dimensión de Variables

Variables	Media
Dimensión ingreso	3.2
Dimensión estancia	3.0
Dimensión valoración global	3.0
Dimensión alta médica	3.0
Escala de satisfacción	3.0
Escala de depresión	3.0

De acuerdo a los resultados se pudo observar en la dimensión de ingreso una media de 3.2, en la dimensión de estancia se obtuvo un valor de 3.0, dimensión valoración global un total de 3.0, mientras que en la dimensión de alta médica se observó una media de 3.0. En cuanto a la escala de satisfacción el total obtenido fue de 3.0, mientras que la escala de depresión mostró una media de 3.0. Por lo que se puede observar que el total de la media de las variables se encontró en el rango medio entre uno y cinco, de acuerdo al rango de evaluación que se realizó; mostrando un nivel central en ambas variables.

Para establecer si las variables estaban relacionadas se procedió a utilizar la correlación de Pearson, la cual evidenció un valor de -0.926 con una significancia bilateral de 0.000, lo que establece que existe una relación negativa significativa entre la satisfacción y la depresión. Esto comprueba la hipótesis de este trabajo que señalaba que la satisfacción en la atención tiene una relación negativa significativa sobre los niveles de depresión de los AM.

Tabla 4
Correlación satisfacción - depresión

		Satisfacción	Promedio de depresión
Satisfacción	Correlación de Pearson	1	-,926**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	278	278
Promedio de depresión	Correlación de Pearson	-,926**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	278	278

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

En la Tabla 5 se aprecia que la dimensión de satisfacción que tiene una mayor correlación negativa con la depresión es la de ingreso; en tanto que la que menos valoración tuvo fue la dimensión de alta médica. A pesar de ello, todas las dimensiones tuvieron correlaciones negativas fuertes sobre la depresión, mostrando una significancia menor a 0.05.

Tabla 5
Correlación satisfacción - ingreso

Dimensiones		Dimensión Ingreso	Dimensión estancia	Dimensión Valoración global	Dimensión de alta medica	Promedio de depresión
Dimensión ingreso	Correlación de Pearson	1	,980"	,980"	,939"	-,948"
	Sig. (bilateral)		,000	,000	,000	,000
	N	278	278	278	278	278
Dimensión estancia	Correlación de Pearson	,980"	1	,994"	,979"	-,922"
	Sig. (bilateral)	,000		,000	,000	,000
	N	278	278	278	278	278
Dimensión valoración global	Correlación de Pearson	,980"	,994"	1	,972"	-,915"
	Sig. (bilateral)	,000	,000		,000	,000
	N	278	278	278	278	278
Dimensión de alta medica	Correlación de Pearson	,939"	,979"	,972"	1	-,881"
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000		,000
	N	278	278	278	278	278
Promedio de depresión	Correlación de Pearson	-,948"	-0,922	-,915"	-,881"	0
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,000	
	N	278	278	278	278	278

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral)

En base a los resultados identificados en ambas variables y conociendo que tienen una relación negativa significativa estadísticamente, lo que permitió confirmar la hipótesis planteada. Para superar esta situación, se procedió a desarrollar la propuesta de este trabajo de investigación.

Capítulo IV

Propuesta

En este capítulo se plantean diversas actividades que ayudarán al mejoramiento de conocimiento y del desempeño de los profesionales que trabajan en el centro diurno de geriatría, buscando elevar la satisfacción de las personas que acuden regularmente al centro, puesto que se han detectados deficiencias en el área las mismas que están ligadas a la depresión que puede presentarse en esta etapa de la vida. Siendo la adultez para muchas personas un limitante de actividades y desenvolvimiento físico y mental, lo cual se da por el desconocimiento sobre las actividades que pueden ser desarrolladas por AM o por la falta de aceptación que sienten en la sociedad por las limitantes propias de la edad.

Objetivos

- Brindar talleres y capacitación al personal del centro diurno, sobre el manejo óptimo de los AM en cuanto al trato brindado y las dudas que presentan.
- Plantear actividades que fomenten el trabajo en equipo del personal y la presentación adecuada del personal que está al cuidado del AM.

Justificación

La satisfacción en el servicio de salud se refiere al respeto, empatía, trato que muestran los profesionales a las personas que acuden por un servicio, por lo que se debe de capacitar constantemente a los empleados sobre la atención que se brinda, la resolución de problemas que se presentan. No obstante, es importante invertir en la satisfacción de las personas, por medio de actividades que ayuden a mejorar las estadísticas obtenidas en el estudio realizado.

Beneficiarios

Dentro de las personas que se van a beneficiar con la propuesta planteada a continuación están las personas que laboran en los centros diurnos geriátricos de Guayaquil, por medio de capacitaciones recibidas, talleres, y demás actividades las mismas que fomentarán el mejor desempeño y el trabajo en equipo. Esto ayudará a enriquecer sus conocimientos, permitiendo que se pueda escalar en los puestos de trabajo o acceder a mejores ofertas de trabajo, debido al conocimiento que poseen sobre los diferentes ámbitos que son en pro de una mejor satisfacción.

También se encuentran como beneficiarios los AM que asisten a los centros, por lo que van a poder percibir un mejor ambiente y atención por parte del personal, mejorando la satisfacción percibida, sintiéndose a gusto y con ganas de volver con más frecuencia al centro, disminuyendo la depresión que se puede ver reflejada en la adultez.

Por último, los centros diurnos también se verán beneficiados puesto que, al obtener mejores niveles de satisfacción de los pacientes, estos traerán más pacientes debido a la satisfacción que sienten al estar en el lugar, llegando a ser mayormente reconocidos por la atención, satisfacción y la calidad de personal que labora en la institución.

Detalle de la Propuesta

Diseñar un protocolo de saludo y presentación a la hora de que ingresa el AM al centro

Para el diseño del protocolo de saludo y presentación del personal en los centros diurnos se han establecido ciertos pasos básicos que debe de realizar el personal de cuidado al momento que ingresa un AM a los centros, puesto que se ha determinado que el trato que recibe el cliente en el primer momento que llega a

un establecimiento es muy determinante a la hora de evaluar la satisfacción del servicio. Es por esta razón que se plantea el protocolo, con el fin de que los empleados lo hagan propio y se cree este hábito de saludo al momento que ingrese un paciente.

Este protocolo se lo dará a conocer vía correo electrónico y por WhatsApp a fin de que el personal lo pueda llevar consigo a todos lados y repasarlo en sus tiempos libres; a partir de enero del año 2020. Además, que será supervisado por el jefe de personal de cada centro geriátrico, que hará rondas cada cierto tiempo para comprobar que se ponga en marcha los protocolos de presentación.

Tabla 6
Protocolo de Presentación

Protocolo	Descripción
Saludo	<ul style="list-style-type: none"> • El saludo que brinde al usuario deberá ser en tono amigable y cordial.
Presentación	<ul style="list-style-type: none"> • El colaborador deberá indicar su nombre, área en la que labora, poner a la disposición del usuario sus servicios.
Despedida	<ul style="list-style-type: none"> • Preguntar al usuario si hay algo más en que pueda servir de ayuda. • En caso de que el usuario requiera ayuda, ayudarlo. • Despedirse en tono amable.

Información sobre el uso adecuado de los dispositivos que se encuentran en las habitaciones

Se ha podido observar que hay muchos AM que no tienen conocimiento de cómo utilizar los dispositivos electrónicos que se encuentran en cada habitación, ya sea porque no comprendieron el uso al momento que el personal se lo indicó o por la falta de información brindada por el personal. Por este motivo se ha planteado la creación de flyers informativos sobre el uso de los dispositivos, a fin de que todas las personas tengan conocimiento sobre el uso adecuado. Esto ayudará al personal a optimizar su tiempo, el cual podrá servir para ayudar a otras

personas en las dificultades que presenten y a los pacientes a que tengan la información disponible en todo momento.

Los flyers serán repartidos en cada una de las habitaciones, en partes visibles para que los pacientes puedan observar al momento que vayan utilizar los dispositivos. Se repartirán a partir de enero del 2020, durante todo el año el costo aproximado de los flyers es de \$25.00 por los mil flyers.

El responsable de hacer la entrega de las flyers será una de las personas que laboran en los centros, que serán seleccionados previamente e incorporado dentro de sus funciones, así como una breve explicación de la información.



Figura 35. Flyer Uso de dispositivos
Nota. La figura se creó como un modelo de ejemplo.

Brindar talleres sobre el manejo óptimo de acuerdo a las diferentes dudas que presentan los ancianos en el centro geriátrico

Para el personal que está a cargo de los AM, se realizarán talleres los cuales tratarán temas que enseñen a los colaboradores sobre el manejo adecuado que se le debe de brindar a los AM de acuerdo a las diversas dudas que presenten durante

su estadía en el establecimiento. Esto mejorará la comunicación y la satisfacción de los usuarios en cuanto al manejo de las inquietudes que presenten.

En la Tabla 7 se muestran algunos de los temas que se tratarán en los talleres a fin de que el personal tenga conocimiento de lo que se realizará. Los temas de estos talleres podrán variar de acuerdo a las necesidades que se presenten durante el desarrollo, lo que se pretende es que no queden dudas o espacios en blanco en los asistentes y lograr mejorar en caso de que se requiera.

El costo estimado para los talleres es de \$500.00 cada uno y se realizará tres veces en el año en los meses de marzo, julio y noviembre. Para revisar que todo el personal asista al taller se tomará asistencia a través de un listado donde deben firmar su asistencia, la persona encargada de esta función será el jefe de personal.

Tabla 7
Taller sobre el Manejo Adecuado de AM

Talleres	Temas a tratar
Manejo del AM	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo mantener un contacto frecuente con el AM? • ¿Cuál es el grado de vulnerabilidad del AM?
Brindar confianza	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo brindar independencia al AM? • ¿Qué actividades se puede realizar con el AM para generar confianza? • ¿Cuáles es la forma adecuada de manejar a un AM triste?
Manejo de Emociones	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué actividades ayudan a elevar el ánimo del AM? • ¿Qué hacer cuando el AM está deprimido?

Capacitar al personal sobre la atención brindada a ancianos que presentan malestar en su salud

Para mejorar el nivel de satisfacción que tienen actualmente los usuarios sobre el trato brindado por el personal cuando presentan malestar o algún tipo de dolor se planteó la capacitación al personal para que puedan ayudar de manera adecuada a los AM.

Cada capacitación tendrá un costo de \$500.00, las que se realizarán en los meses de enero, mayo y septiembre del 2020, la persona encargada de verificar

mediante la asistencia que cada personal que labora en el centro asista a la capacitación será el jefe de personal de cada centro. Para comprobar que la información que se brindará sea del todo comprendida, se hará una prueba de conocimiento al finalizar la capacitación que se enviará a través del correo electrónico.

En estas capacitaciones se realizarán diferentes temas los cuales serán detallados en la Tabla 8.

Tabla 8
Capacitación para Mejorar la Atención en AM

Cursos	Temas a tratar
Valoración geriátrica integral	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué es la valoración geriátrica integral? • ¿Cómo elaborar una valoración geriátrica integral? • ¿Cuál es el estado de salud del paciente? • ¿Qué alimentos consume el paciente?
Plan de atención	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuáles son las estrategias más adecuadas para el cuidado del AM?
Atención	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué estrategias se usan en el AM sano? • ¿Qué estrategias se usan en el AM enfermo? • Ventajas y Desventajas del plan atención al usuario • ¿Cómo detectar la condición afectiva y mental del AM?

Plantear actividades las cuales fomenten el trabajo en equipo en el personal de cuidado del centro diurno

A la falta de comunicación y trabajo en equipo que presentan los empleados de los centros diurnos de geriatría se ha planteado la creación de actividades que sean de tipo grupales e integrativas, para que los colaboradores tengan la oportunidad de conocerse y compartir las vivencias que han tenido a lo largo de su trabajo y profesión. Esto mejorará el trabajo que desempeñan en los centros. El rompecabezas grupal (Tabla 9) se realizaría en el mes de febrero y agosto, con una duración de cinco a siete minutos, estará conformada por grupos de cinco personas; y, el juego de posibilidades (Tabla 10) en el mes de mayo y noviembre correspondientes al año 2020.

Entre los materiales que se requiere para realizar las actividades se encuentra el costo de los rompecabezas que están valorados en \$60.00. La persona encargada de velar porque se desarrollen las actividades es el jefe de personal de cada centro geriátrico, de esta forma puede interactuar con todo el personal y mejorar las relaciones entre niveles jerárquicos, permitiendo que exista una armonía en el centro, beneficiando a los AM ya que percibirán un ambiente más amigable y cómodo.

Tabla 9
Rompecabezas Grupal

Detalles de la dinámica	
Integrantes	Cuatro equipos. Cuatro integrantes por equipo.
Tiempo	30 minutos.
Implementos	Cuatro rompecabezas diferentes.
Dinámica	Se entregará a cada grupo un rompecabezas el cual deberán de armar y completar. La negociación que planteen para recuperar las piezas que les hacen falta deberán de ser grupal.
Dificultad	Algunas piezas del rompecabezas estarán mezcladas en los rompecabezas de los otros grupos. Por lo que cada grupo deberá crear una estrategia de negociación que convenga al otro equipo en dar las piezas que necesitan para terminar de armar su rompecabezas.
Objetivos	Demostrar la creatividad. Rapidez. Demostrar la habilidad de la comunicación.
Ganador	El equipo que haya terminado de armar el rompecabezas en menos de 30 minutos.

Tabla 10
Juego de Posibilidades

Detalles de la dinámica	
Integrantes	Cinco integrantes por grupo.
Tiempo	Seis minutos por equipo.
Implementos	Usarán objetos que encuentren en la habitación al azar.
Dinámica	Cada participante deberá de escoger un objeto al azar sin mostrárselo al resto. Luego deberá de pasar al frente y enseñar cual es el uso que tiene el objeto, el grupo contrario tendrá un minuto por cada objeto en el que se deberá de poner de acuerdo con su equipo para dar su respuesta sobre qué objeto se refería el participante.
Objetivos	Demostrar la creatividad. Mejorar la toma de decisión grupal.
Recompensa	El grupo con más aciertos será el ganador y deberá de poner un castigo o penitencia al grupo perdedor.

Recursos, Materiales Necesarios y Cronograma de implementación

Dentro de los recursos y materiales (Tabla 11) que serán necesarios para la puesta en marcha de la propuesta se detallan a continuación: los materiales y el personal que será necesario para realizar cada una de las actividades mencionadas anteriormente, a fin de que se tenga a disposición toda para poder iniciar con normalidad la propuesta. La Tabla 12 presenta los requerimientos financieros que requiere la propuesta debidamente especificada y en la Tabla 13 se encuentra el cronograma de actividades detallando cada una de las tareas que se han planteado en la propuesta.

Tabla 11
Recursos y materiales

Cantidad	Descripción de recursos
3	Talleres de manejo de AM
3	Capacitación para atención a AM
1 000	Material de información impreso
4	Rompecabezas
150	Cajas de esfero punta fina Bic
2	Hojas papel bond x 500 unidades

Tabla 12
Recursos Financieros

Cantidad	Descripción de recursos	Precio	Total
3	Talleres de manejo de AM	\$ 500.00	\$ 1 500.00
3	Capacitación en atención a AM	\$ 500.00	\$ 1 500.00
1 000	Material informativo	\$ 0.025	\$ 25.00
3	Cajas de esfero punta fina Bic	\$ 6.25	\$ 18.75
2	Hojas papel bond x 500 unidades	\$ 4.25	\$ 8.50
4	Rompecabezas	\$ 15.00	\$ 60.00
Total			\$ 3 112.25

Tabla 13
Calendario

Actividades para el 2020	Meses											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Flyer informativo	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Talleres de manejo a AM			•				•				•	
Capacitación en atención de AM	•				•				•			
Protocolo de bienvenida	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Rompecabezas grupal		•						•				
Juego de Posibilidades					•						•	

Los flyers se entregarán al inicio del año 2020 y de forma periódica cada mes a fin de que todos los usuarios estén informados sobre el uso de los dispositivos electrónicos.

Los talleres de manejo a AM se empezarán a realizar en el mes de marzo y se harán cada tres meses, los cuales tendrán una duración de un día.

Las capacitaciones brindadas al personal sobre atención de AM tendrán una duración de un día e iniciará la capacitación en el mes de enero del año 2020 y cada tres meses se llevará a cabo una capacitación nueva.

El protocolo de bienvenida a usuarios se implementará a partir del mes de enero del año 2020 y se enviará por medios digitales a los colaboradores de los centros cada mes.

Para las actividades que mejoren el trabajo grupal de los empleados se han destinado dos dinámicas: la primera se dará en los meses de febrero y agosto, mientras que la segunda dinámica se realizará en los meses de mayo y noviembre del 2020.

Conclusiones

El presente trabajo de investigación se realizó de acuerdo a la investigación teórica sobre los factores que están relacionados con la atención y el nivel de depresión que presentan los AM, lo que permitió conocer las necesidades que ellos presentan; estas necesidades se diferencian por los niveles de funcionalidad que pueden ser desde frágil, dependiente hasta autovalente. En el nivel frágil las personas se vuelven más propensas a enfermedades debido a la condición fisiológica. Los dependientes, por condiciones propias de la edad o por algún tipo de accidente o enfermedad, están postrados en cama por lo que requieren atención continua de otra persona, mientras que los autovalentes hacen referencia a las personas que pueden desenvolverse por sí solas como el movilizarse, salir de compras, bañarse, alimentarse, etc.

En cuanto a la depresión en AM se pudo analizar que está relacionada con el estado de envejecimiento, la cual causa la falta de apetito, concentración, baja autoestima entre otras, las cuales agudizan en nivel de deterioro físico y mental de la persona. Se logró identificar tres niveles de depresión; el primero es el leve en el que la persona no disfruta las cosas que hacía con regularidad, o presenta la pérdida de interés por ciertas actividades. En el nivel moderado de depresión se puede observar que las personas empiezan a tener dificultades a la hora de desarrollar situaciones en el ámbito social. En el último nivel de depresión se encuentra a la persona constantemente agitada y con baja autoestima culpándose de todo lo malo que pase a su alrededor, por lo que se ha catalogado a este nivel como grave.

Se realizó un estudio investigativo por medio de encuestas a los AM que asisten a los centros diurnos geriátricos en los que se midió el nivel de satisfacción

y depresión que estos presentan actualmente, logrando observar mayores niveles de insatisfacción en cuanto a la falta de información brindada por el personal sobre el uso de dispositivos en las habitaciones, el poco tiempo que se toma el personal para aclarar las dudas, la poca información que es brindada al momento que ingresan a los centros. También se observó que el personal no brinda la información necesaria sobre la ingesta de medicamentos, al igual que se encontró insatisfacción en cuanto al manejo de situaciones y la atención brindada por lo que se pudo encontrar falencias en el personal que trata diariamente a los AM.

En relación a la depresión se encontró que existen problemas depresivos en los AM viéndose estos reflejados en los altos niveles en cuanto al temor de realizar proyectos nuevos, en la preferencia de quedarse en casa que salir a pasear, perciben que están en una situación grave y que los demás están en mejores condiciones, lo que les genera comúnmente tener bajos niveles de ánimo y poca energía para realizar actividades.

Todo lo anterior permitió confirmar la hipótesis planteada en cuanto a que la satisfacción en la atención de un centro gerontológico y el nivel de depresión tienen una relación negativa fuerte significativa estadísticamente.

Se realizó una propuesta en base a los resultados que se obtuvieron en las encuestas, a fin de mejorar la insatisfacción por los AM, la cual consta de capacitaciones, talleres y varias actividades para fomentar el trabajo grupal del equipo que labora en los centros diurnos de Guayaquil, las cuales ayudarán a la mejora del desempeño y capacidades que posee el personal, permitiendo mejorar la satisfacción recibida y los niveles de depresión de los AM que asisten a los centros diurnos geriátricos, ya que se pudo determinar que estas dos variables se encuentran relacionadas entre sí.

Recomendaciones

Realizar investigaciones sobre las variables satisfacción y depresión donde se involucren otros instrumentos de evaluación con el fin de comparar resultados, puesto que los AM es un grupo etario muy propenso a caer en depresión, logrando ayudar a los AM con mayor rapidez.

Aplicar encuestas periódicas sobre depresión y satisfacción de los servicios percibidos en los centros diurnos, para poder analizar los avances que se ha tenido en cuanto a la mejora en la atención por parte del personal.

Implementar la propuesta en su totalidad y de la forma establecida, a fin de que el personal que labora dentro de la institución brinde un servicio de calidad, generando un ambiente idóneo para los AM, al igual que la realización de evaluaciones al personal sobre el trato brindado a los AM.

Continuar con el análisis e investigaciones sobre la incidencia de las variables, para poder desarrollar actividades de control a fin de garantizar la satisfacción del AM en los centros diurnos geriátricos, por medio de la implementación de nuevas estrategias recreativas que esté dirigidas a los AM.

Referencias

- Aponte, V. C. (2015). Calidad de vida en la tercera edad. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSP*, 13(2), 152–182. Recuperado de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2077-21612015000200003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Arias, F. G. (2012). *El proyecto de investigación. Introducción a la metodología científica* (Sexta edición). Recuperado de <https://ebevidencia.com/wp-content/uploads/2014/12/El-Proyecto-De-Investigación-6ta-Ed.-FIDIAS-G.-ARIAS.pdf>
- Asamblea Nacional. Constitución de la República del Ecuador. , Pub. L. No. Registro Oficial 449, 449 Registro Oficial 223 (2008).
- Bernal, C. A. (2010). *Metodología de la investigación: Administración, economía, humanidades y ciencias sociales*. Bogotá: Pearson Educación.
- Bernal Torres, C. A. (2014). *Fundamentos de investigación* (Primera edición). México, D.F.: Pearson.
- Cabadas, R. (2015). La calidad asistencial: ¿de qué estamos hablando? *CMA Cirugía Mayor Ambulatoria*, 20(2), 79–82. Recuperado de http://www.asecma.org/Documentos/Articulos/07_20_1_FC_Cabadas.pdf
- Calderón, D. (2018). Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. *Revista Médica Herediana*, 29(3), 182–191. <https://doi.org/10.20453/rmh.v29i3.3408>
- Castillo, L. A. (2018). *Depresión y su relación con la atención en adultos mayores atendidos en el IESS* (Informe de investigación para optar por el título de Psicólogo Clínico, Universidad Técnica de Ambato). Recuperado

de <http://repositorio.uta.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/28612/1/>

Centro Gerontológico Dr. Arsenio de La Torre Marcillo. (2016). Quiénes Somos.

Recuperado el 23 de septiembre de 2019, de

<https://akold.com/centro/quienes-somos/>

Cervantes, R. G., Villarreal, E., Galicia, L., Vargas, E. R., & Martínez, L. (2015).

Estado de salud en el adulto mayor en atención primaria a partir de una valoración geriátrica integral. *Atención Primaria*, 47(6), 329–335.

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2014.07.007>

Chiriboga, N. J. (2018). *La creación de un centro geriátrico—Gerontológico en la*

ciudad de Quevedo, como contribución a las políticas del Buen Vivir de los adultos mayores. (Tesis de Grado para optar por el título de Magíster

en Gerencia en Servicios de la Salud, Universidad Católica de Santiago de

Guayaquil). Recuperado de

<http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/11661>

Coheña, M. (2012). *Evaluación de la percepción de la calidad asistencial en el*

área clínica podológica de la Universidad de Sevilla (Tesis doctoral,

Universidad de Sevilla, Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología).

Recuperado de

https://idus.us.es/xmlui/bitstream/handle/11441/24417/S_TD_PROV161.pdf?sequence=-1

Congreso Nacional. *Ley del anciano.* , Pub. L. No. Codificación No. 2006-007, 14

(2006).

- De Dios, R., Hernández, A. M., Rexach, L. I., & Cruz, A. J. (2001). Validación de una versión de cinco ítems de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage en población española. *Revista Española de Geriátrica y Gerontología*, 36(5), 276–280. [https://doi.org/10.1016/S0211-139X\(01\)74736-1](https://doi.org/10.1016/S0211-139X(01)74736-1)
- Espitia, H., & Sáenz, H. A. (2015). *Percepción del adulto mayor sobre la calidad de atención en servicios de medicina especializada del Hospital Santa Tosa de Tenjo durante los meses junio y julio del año 2015*. 67. Recuperado de <http://repository.udca.edu.co:8080/jspui/bitstream.pdf>
- Forrellat, M. (2014). Calidad en los servicios de salud: Un reto ineludible. *Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia*, 30(2), 179–183. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-02892014000200011&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Gámez, R. N., Sosa, M., Columbié, J. L., Mojena, D., & Pavot, R. (2012). Algunos factores favorecedores de la depresión neurótica en longevos hospitalizados. *MEDISAN*, 16(9), 1366–1372. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/262631008_Algunos_factores_favorecedores_de_la_depresion_neurotica_en_longevos_hospitalizados
- Gómez, A. E. (2007). La depresión en el anciano. Clínica y tratamiento. *OFFARM: Farmacia y Sociedad*, 26(9). Recuperado de http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13111062&pident_usuario=0&pident_revista=4&fichero=4v26n09a13111062p

df001.pdf&ty=150&accion=L&origen=dfarmacia&web=www.dfarmacia.com&lan=es

- Gómez, Carine, & Campo, A. (2011). Geriatric Depression Scale (GDS-15 and GDS-5): A study of the internal consistency and factor structure. *Universitas Psychologica*, *10*(3), 9.
- Gómez, Carlos, Rodríguez, M. N., Díaz, N., Cano, C., & Tamayo, N. (2013). Depresión y satisfacción con la vida en personas mayores de 60 años en Bogotá: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE). *Revista Colombiana de Psiquiatría*, *43*(S1), 65–70.
<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2013.11.008>
- Gómez, Y., Villareal, G., Baldovino, K. P., Madrid, I. P., & Ordóñez, L. I. (2013). Habilidad del cuidador familiar y su relación con el tiempo de cuidado al adulto mayor con enfermedad crónica, sincelejo, colombia. *REVISALUD Unisucre*, *1*(1), 11–21. <https://doi.org/10.24188/23394072.v1.n1.2013.72>
- González, R., Cardentey, J., Hernández, D. de la C., Rosales, G., & Jeres, C. M. (2017). Comportamiento de la fragilidad en adultos mayores. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, *21*(4), 498–509. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1025-02552017000400008&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Guillén, F., & Angulo, J. (2016). Análisis de rasgos de personalidad positiva y bienestar psicológico en personas mayores practicantes de ejercicio físico vs no practicantes. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte*, *11*(1), 113–122. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5287992.pdf>

- 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. <https://doi.org/10.6018/eglobal.16.2.249861>
- Hernández, M., Hernández, A., Nava, M. G., Pérez, M. T., Hernández, M. G., Matus, R., & Balseiro, C. L. (2012). Satisfacción laboral del profesional de enfermería en cuatro instituciones de salud. *Enfermería Universitaria*, 9(1), 7–15. Recuperado de <http://www.revista-enfermeria.unam.mx/ojs/index.php/enfermeriauniversitaria/article/view/241>
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. México, D.F.: McGraw-Hill Education.
- Hernández, R., Méndez, S., Mendoza, C. P., & Cuevas, A. (2017). *Fundamentos de Investigación* (Primera). México D.F.: McGraw-Hill Education.
- Ibarra, L. E., & Casas, E. V. (2015). Aplicación del modelo Servperf en los centros de atención Telcel, Hermosillo: Una medición de la calidad en el servicio. *Contaduría y Administración*, 60(1), 229–260. [https://doi.org/10.1016/S0186-1042\(15\)72153-4](https://doi.org/10.1016/S0186-1042(15)72153-4)
- Ingrande, T. (2018, mayo 17). William Edwards Deming, el propulsor de la Calidad Total [Blog]. Recuperado el 22 de junio de 2019, de Kailean Consultores website: <http://kailean.es/william-edwards-deming-el-propulsor-de-la-calidad-total/>
- Jonis, M., & Llacta, D. (2013). Depresión en el adulto mayor, cual es la verdadera situación en nuestro país. *Revista Médica Herediana*, 24(1), 78–79. Recuperado de

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1018-130X2013000100013&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Lagoueyte, M. I. (2015). El cuidado de enfermería a los grupos humanos. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*, 47(2), 209–213.

Recuperado de

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0121-08072015000200013&lng=en&nrm=iso&tlng=es

Laguado, E., Camargo, K. del C., Campo, E., & Martín, M. de la C. (2017).

Funcionalidad y grado de dependencia en los adultos mayores institucionalizados en centros de bienestar. *Gerokomos*, 28(3), 135–141.

Recuperado de

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1134-928X2017000300135&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Licas, M. P. (2015). *Nivel de depresión del adulto mayor en un centro de atención integral S.J.M.-V.M.T. 2014* (Tesis para optar el título profesional de

Licenciada en Enfermería, Universidad Nacional Mayor de San Marcos).

Recuperado de

http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4159/Licas_tm.pdf;jsessionid=BB524280657A8D1ACC651019929E97CA?sequence=1

Llanes, H. M., López, Y., Vásquez, J. L., & Hernández, R. (2015). Factores

Psicosociales que inciden en la depresión del adulto mayor. *Medimay*,

21(1), 65–74. Recuperado de

<http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/707>

- Londoño, C., & González, M. (2016). Prevalencia de depresión y factores asociados en hombres. *Acta Colombiana de Psicología*, 19(2), 315–329. <https://doi.org/10.14718/ACP.2016.19.2.13>
- López, P., & Fachelli, S. (2015). *Metodología de la Investigación Social Cuantitativa* (Primera Edición). Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona.
- Losada, A. V., & Álvarez, M. (2014). Síntomas depresivos en adultos mayores de 65 años. Influencia del vivir solo o acompañado. Recuperado el 27 de diciembre de 2018, de Psiquiatria.com website: <https://psiquiatria.com/depresion/sintomas-depresivos-en-adultos-mayores-de-65-anos-influencia-del-vivir-solo-o-acompanado/>
- Marante, E., Casanova, M. de la C., Núñez, E., Pozo, L. M., Trasancos, M., & Ochoa, M. R. (2014). Educación a familiares sobre el manejo del adulto mayor dependiente. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 18(3), 284–296. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1025-02552014000300004&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Martínez, J., Onís, M. C., Dueñas, R., Aguado, C., Albert, C., & Arias, M. C. (2005). Abreviar lo breve. Aproximación a versiones ultracortas del cuestionario de Yesavage para el cribado de la depresión. *Atención Primaria*, 35(1), 14–21. <https://doi.org/10.1157/13071040>
- Martínez, J., Onís, M. C., Dueñas, R., Albert, C., Aguado, C., & Luque, R. (2002). Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: Adaptación y

validación. *Medifam*, 12(10). <https://doi.org/10.4321/S1131-57682002001000003>

Medina, P., Muñoz, R., & Escobar, M. (2016). Functional reserve in functionally independent elderly persons: A calculation of gait speed and physiological cost. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 19(4), 577–589. <https://doi.org/10.1590/1809-98232016019.150136>

MedlinePlus. (2018). Depresión [Text]. Recuperado el 27 de diciembre de 2018, de MedlinePlus website: <https://medlineplus.gov/spanish/depression.html>

MIES. (2012). *Avance en el cumplimiento de los derechos de las personas adultas mayores*. Recuperado de <https://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/9/46849/Ecuador.pdf>

MIES. (2013a). *Ciudadanía activa y envejecimiento positivo*. Recuperado de <https://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/11/Pol%C3%ADtica-P%C3%BAblica.pdf>

MIES. (2013b). Dirección Población Adulta Mayor. Recuperado el 27 de diciembre de 2018, de Ministerio de Inclusión Económica y Social website: <https://www.inclusion.gob.ec/direccion-poblacion-adulta-mayor/>

MIES. (2014). *Norma Técnica Población Adulta Mayor*. Recuperado de [https://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads-28-FEB-2014.pdf](https://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/28-FEB-2014.pdf)

Miralles, Á., & Rey, C. (2015). Evolución del modelo de atención residencial, una propuesta de centro de mayores. *Gerokomos*, 26(4), 132–136. Recuperado

de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1134-928X2015000400004&lng=es&nrm=iso&tlng=es

- Nieto, C. (2016). *Análisis y valoración en la prueba pericial. Social, Educativa, Psicológica y Médica. El Perito judicial*. Madrid: Dykinson.
- Numpaque, A., & Rocha, A. (2016). SERVQUAL and SERVQHOS models for the evaluation of quality of health services: A literature review. *Revista de la Facultad de Medicina*, 64(4), 715–720.
<https://doi.org/10.15446/revfacmed.v64n4.54839>
- OMS. (2009). Marco conceptual de la clasificación internacioonal para la seguridad del paciente. Versión 1.1. Recuperado el 14 de mayo de 2019, de World Healt Organizacion website:
https://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf
- OMS. (2015). *Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud* (Núm. WHO/FWC/ALC/15.01; p. 32). Recuperado de Organización Mundial de la Salud website:
http://countryoffice.unfpa.org/dominicanrepublic/drive/WHO_FWC_ALC_15.01_spa.docx
- OMS. (2017). Depresión. Recuperado el 27 de diciembre de 2018, de Organización Mundial de la Salud website: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Padovani, A. M., Brito, L., Crespo, M., Deulofeu, T. E., & Padovani, S. (2012). La calidad en Salud Pública. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 16(4), 64–73. Recuperado de

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1561-31942012000400008&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Peña, D. M., Herazo, M. I., & Calvo, J. M. (2009). Depresión en ancianos. *Revista de la Facultad de Medicina*, 57(4), 347–355. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0120-00112009000400007&lng=en&nrm=iso&tlng=es

Ponce, C. E., Samaniego, M. C., & Pino, J. A. (2019). *Inteligencia emocional y depresión en adultos mayores, casa hogar Virgen del Carmen, Chambo, 2018* (Tesis de grado, Universidad Nacional de Chimborazo). Recuperado de <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/5322>

Prieto, J., Márquez, R., Sánchez, Y. M., Ortega, V. E., Hurtado, I., & Durán, A. (2017). Diseño, validación y fiabilidad de una “Encuesta de Satisfacción respecto a los cuidados de enfermería recibidos durante el ingreso hospitalario”. *Archives of Nursing Research*, 1(2), 1–9. <https://doi.org/doi:10.24253/anr.2.91>

Puello, E. C., Amador, C., & Ortega, J. E. (2017). Impacto de las acciones de un programa de enfermería con enfoque promocional y de autocuidado en la capacidad funcional de adultos mayores. *Universidad y Salud*, 19(2), 152–162. <https://doi.org/10.22267/rus.171902.78>

Ramírez, A. P. (2017). Servqual o Servperf: ¿otra alternativa? *SINAPSIS Revista de Investigaciones de la Institución Universitaria EAM*, 9(1), 59–63. Recuperado de <file:///C:/Users/INTEL/Downloads/Dialnet-ServqualOServperf-6172070%20.pdf>

Ramírez, M. Á., Priego, O., & Armenta, A. B. (2016). La calidad de los servicios en instituciones del sector salud. *Revista Internacional La Nueva Gestión*

- Organizacional*, (5), 40–54. Recuperado de
<https://www.uatx.mx/publicaciones/revistas/fcea/RI0712201605.pdf>
- Ramón, V. J. (2017). *Incidencia de depresión y su impacto en el estado nutricional en adultos mayores, en el Centro Programa Geriátrico del Cantón Puyango durante el período febrero—Julio 2016* (Tesis previa a la obtención del título de Médica General, Universidad Nacional de Loja. Facultad de la Salud Humana). Recuperado de <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/.pdf>
- Ramos, L. (2014). ¿Por qué hablar de género y salud mental? *Salud mental*, 37(4), 275–281. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0185-33252014000400001&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Rivera, C. G., Espinosa, J. M., & Valdés, Y. D. (2017). La investigación científica en las universidades ecuatorianas.: Prioridad del sistema educativo vigente. *Revista Cubana de Educación Superior*, 36(2), 113–125. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0257-43142017000200011&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Robledo, H., Meljem, J., Fajardo, G., & Olvera, D. (2012). De la idea al concepto en la calidad en los servicios de salud. *Revista CONAMED*, 17(4), 172–175. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4175520>
- Rocha, M., Álvarez, M. E., & Bayarre, H. D. (2015). Calidad de la atención al adulto mayor en el Hogar de ancianos “General Peraza”. *Revista Cubana*

de Medicina General Integral, 31(2), 143–158. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-21252015000200004&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Rocha, M., Álvarez, M. E., Bayarre, H. D., Puig, A. Y., Delgado, Y., & Oduardo, M. (2015). Satisfacción de usuarios y prestadores de servicio en relación con la atención en el hogar de ancianos “General Peraza”. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 14(4), 496–505. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1729-519X2015000400013&lng=es&nrm=iso&tlng=pt

Rodríguez, L., Sotolongo, O., Luberta, G., & Calvo, M. (2013). Comportamiento de la depresión en el adulto mayor del policlínico “Cristóbal Labra”. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 29(1), 64–75. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-21252013000100009&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Rodríguez, M. P., & Grande, M. (2014). Bases conceptuales y factores determinantes de la calidad asistencial. Los modelos de calidad en las organizaciones y en los servicios sanitarios orientados a satisfacer las necesidades esenciales a través de procesos de mejora continua. El ciclo de la evaluación desde la perspectiva asistencial y orientación al paciente. *Unidades Docentes de la Escuela Nacional de Sanidad UNEDENSISCIH*, 1–35. Recuperado de http://espacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500957/n14-1_Calidad_asistencial.pdf

Rodríguez, R. M., & Landeros, M. E. (2014). Sobrecarga del agente de cuidado dependiente y su relación con la dependencia funcional del adulto mayor. *Enfermería universitaria*, 11(3), 87–93. Recuperado de

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1665-70632014000300003&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Rodríguez, Y., de León, L., Gómez, O., Diéguez, E., & Sablón, N. (2016). Nivel de servicio y su efecto en la satisfacción de los pacientes en la Atención Primaria de Salud: Effect on patients' satisfaction in the Primary Care Level. *Revista Médica Electrónica*, 38(2), 185–198. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1684-18242016000200008&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Rojas, M. S. (2017). Nivel de satisfacción social del trabajo de los Enfermeros emergentes del Hospital Clínico Quirúrgico 10 de Octubre. Ciudad Habana. *Gaceta Médica Espirituana*, 9(3), 11. Recuperado de <http://revgmespirituana.sld.cu/index.php/gme/article/view/805>

Ruiz, P. Y., Romero, G., Trejo, J., Martínez, M., & Cuevas, J. J. (2015). Satisfacción del adulto mayor con el cuidado de enfermería en un hospital de segundo nivel. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 23(1), 37–42. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2015/eim151g.pdf>

Runzer, F. M., Castro, G., Merino, A., Torres, C., Díaz, G., Pérez, C., & Parodi, J. F. (2017). Asociación entre depresión y dependencia funcional en pacientes adultos mayores. *Horizonte Médico*, 17(3), 50–57. <https://doi.org/10.24265/horizmed.2017.v17n3.09>

Sanhueza, M. I. del P., Castro, M., & Merino, J. M. (2012). Optimizing older adults' functionality through a self-care strategy. *Avances en Enfermería*, 30(1), 23–31. Recuperado de

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0121-45002012000100003&lng=en&nrm=iso&tlng=es

Sarró, M., Ferrer, A., Rando, Y., Formiga, F., & Rojas, S. (2013). Depresión en ancianos: Prevalencia y factores asociados. *Semergen*, 39(7), 354–360. <http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2013.01.007>.

Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2017). *MBCT Terapia cognitiva basada en el mindfulness para la depresión* (Segunda edición). Barcelona: Editorial Kairós.

SENPLADES. (2017). *Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021. Toda una vida*. Recuperado de http://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/10/PNBV-26-OCT-FINAL_0K.compressed1.pdf

Siguenza, R. V. (2015). *Prevalencia de depresión y factores asociados en los adultos mayores del Instituto de Promoción para el Envejecimiento Activo del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Cuenca 2014* (Tesis previa a la obtención del título de Especialista en Medicina Interna, Universidad de Cuenca. Facultad de Ciencias Médicas. Posgrado en Medicina Interna). Recuperado de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/21203>

Sinchire, M. V. (2017). *Factores que influyen en la depresión en los adultos mayores que acuden a los Centros Gerontológicos de la parroquia de Vilcabamba y Malacatos en el año 2016*. (Tesis de Grado previa a la obtención del título de Médico General, Universidad Nacional de Loja). Recuperado de <http://dspace.unl.edu.ec/handle/123456789/19621>

Suárez, L., Rodríguez, S. L., & Martínez, J. (2018). Satisfacción de los usuarios con la atención en los consultorios médicos. Colón 2015-2016. *Revista*

Médica Electrónica, 40(4), 1002–1010. Recuperado de
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1684-18242018000400008&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Tartaglino, M. F., Dillon, C., Hermida, P. D., Feldberg, C., Somale, V., & Stefani, D. (2017). Prevalence of Geriatric Depression and Alexithymia and their association with sociodemographic characteristics in a sample of elderly persons living in Buenos Aires, Argentina. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 20(4), 516–524. <https://doi.org/10.1590/1981-22562017020.160126>

Tello, T., Alarcón, R. D., & Vizcarra, D. (2016). Salud mental en el adulto mayor: Trastornos neurocognitivos mayores, afectivos y del sueño. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33(2), 342–350. <https://doi.org/10.17843/rpmpesp.2016.332.2211>

Valdés, M., González, J. A., & Salisu, M. (2017). Prevalencia de depresión y factores de riesgo asociados a deterioro cognitivo en adultos mayores. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 33(4), 0–0. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-21252017000400001&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Varela, L. F. (2016). Salud y calidad de vida en el adulto mayor. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33(2), 199–201. <https://doi.org/10.17843/rpmpesp.2016.332.2196>

Villanueva, A., García, C., Canga, N., & Canga, A. (2015). Efectividad de las intervenciones familiares en centros geriátricos: Una revisión sistemática. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 38(1), 93–104. <https://doi.org/10.4321/S1137-66272015000100010>

Zambrano, nny. (2019, junio). Hogar Corazón de Jesús celebra 127 años con feria, charlas y show. *El Universo*. Recuperado de <https://www.eluniverso.com/guayaquil/2019/06/25/nota/7394373/hogar-corazon-jesus-celebra-126-anos-feria-charlas-show>

Zeithaml, V. A., Parasuraman, A., & Berry, L. L. (2007). *Calidad total en la gestión de servicios*. Recuperado de <http://public.ebib.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=3175059>

Apéndices

Apéndice A. Encuesta de Satisfacción respecto a los cuidados de enfermería recibidos durante el ingreso hospitalario

Opciones de respuesta:

1	2	3	4	5
Totalmente insatisfactorio	Insatisfactorio	Indeciso	Satisfactorio	Totalmente satisfactorio

Preguntas	1	2	3	4	5
JUSTO AL INGRESO					
1. La identificación y presentación al ingreso del personal de cuidado que se encargó de usted ha sido:					
2. La información recibida sobre el uso de los dispositivos de su habitación: timbres, luces y cama; por parte del personal de cuidado ha sido:					
3. La información que ha recibido sobre posibles riesgos del entorno (caídas, productos tóxicos, etc.) ha sido:					
DURANTE LA ESTANCIA					
4. El tiempo que invirtió el personal de cuidado para aclarar sus dudas durante su estancia ha sido:					
5. Los cuidados de su salud recibidos por el personal de cuidado en cuanto a las diferentes técnicas que le realizaron (Análisis de sangre, curas, sondajes, etc.) han sido:					
6. La información recibida por parte del personal de cuidado en cuanto a la administración y toma de medicamentos ha sido:					
7. La amabilidad del personal de cuidado con usted y con otros pacientes ha sido:					
8. La supervisión del personal de cuidado sobre su alimentación ha sido:					
9. Los cuidados recibidos por parte del personal de cuidado durante su permanencia en cama son:					
10. La supervisión de su higiene por parte del personal de cuidado ha sido:					
11. El respeto a la intimidad por parte del personal de cuidado ha sido:					
12. La actuación del personal de cuidado con respecto a su estado de ánimo y el de su familia ha sido:					
13. La actuación del personal de cuidado cuando usted presentó molestias o dolor ha sido:					
VALORACION GLOBAL					
14. Los conocimientos y habilidades del personal de cuidado que le atendió han sido:					
15. El lenguaje utilizado por el personal encargado respecto a sus cuidados ha sido:					
16. La confianza transmitida por el personal de cuidado ha sido:					
17. La identificación del personal que le atendió durante su ingreso (Médicos, Auxiliares, Técnicos, Enfermeras, Celadores, etc.) ha sido:					
18. El trabajo en equipo del personal de cuidado de la planta ha sido:					
VALORACIÓN AL ALTA					
19. La información dada por el personal de cuidado al alta (alimentación, medicación, curas, derivación a otros profesionales, etc.) ha sido:					

Nota. La Encuesta de Satisfacción respecto a los cuidados de enfermería recibidos durante el ingreso hospitalario fue adaptada de Prieto et al.(2017).

Apéndice B. Encuesta de Depresión, según la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage

Opciones de respuesta:

1	2	3	4	5
Totalmente insatisfactorio	Insatisfactorio	Indeciso	Satisfactorio	Totalmente satisfactorio

Preguntas	1	2	3	4	5
1. ¿Está satisfecho con su vida?					
2. ¿Ha renunciado a muchas actividades?					
3. ¿Siente que su vida está vacía?					
4. ¿Se encuentra a menudo aburrido/a?					
5. ¿Tiene a menudo buen ánimo?					
6. ¿Teme que le pase algo malo?					
7. ¿Se siente feliz muchas veces?					
8. ¿Se siente a menudo abandonado/a?					
9. ¿Prefiere quedarse en casa a salir?					
10. ¿Cree tener más problemas de memoria que el resto de la gente?					
11. ¿Piensa que es maravilloso vivir?					
12. ¿Le cuesta iniciar nuevos proyectos?					
13. ¿Se siente lleno de energía?					
14. ¿Siente que su situación es desesperada?					
15. ¿Cree que mucha gente está mejor que usted?					

Nota. La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage fue tomada de la investigación de De Dios y otros (2001).

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Ulloa Sánchez Mariana del Pilar**, con C.C: # 0911466712 autora del trabajo de titulación: **Incidencia de la satisfacción en la atención en el nivel de depresión del adulto mayor en los centros diurnos geriátricos de Guayaquil** previo a la obtención del grado de **MAGÍSTER EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de graduación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 20 de enero del 2020

— **Ulloa Sánchez Mariana del Pilar, Ing.** —
C.C: 0911466712



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TRABAJO DE GRADUACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	Incidencia de la satisfacción en la atención en el nivel de depresión del adulto mayor en los centros diurnos geriátricos de Guayaquil.		
AUTORA	Ulloa Sánchez Mariana del Pilar, Ing.		
REVISOR(A)TUTORA	Ing. Zerda Barreno Elsie, MAE Ing. Zurita Fabre Adela, PhD.		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
UNIDAD/FACULTAD:	Sistema de Posgrado		
MAESTRIA/ESPECIALIDAD:	Maestría en Gerencia en Servicios de la Salud		
GRADO OBTENIDO:	Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud		
FECHA DE PUBLICACION:	20 de enero del 2020	No. DE PAGINAS:	113
AREAS TEMATICAS:	Salud, Gerontología		
PALABRAS CLAVE:	Satisfacción del usuario, depresión, adulto mayor, centros diurnos para adultos mayores, geriatría		
RESUMEN			
<p>La satisfacción ha sido denominada como un principio de excelencia que debe de brindar la institución por ser un indicador de gestión, el cual se encuentra involucrado con el trato que se le otorga al usuario. La depresión es considerada un trastorno mental el cual da a cualquier edad, sin embargo, en el adulto mayor se da con mayores ocasiones por el estado de envejecimiento. La depresión disminuye la rapidez de recuperación, lo vuelve más vulnerable a enfermedades, provocando aceleración del deterioro cognitivo, físico y social. El objetivo general de esta investigación fue analizar la incidencia de la satisfacción en la atención en el nivel de depresión del adulto mayor en los centros diurnos geriátricos de la ciudad de Guayaquil, a través de una investigación cuantitativa, para mejorar su calidad de vida. Utilizando como metodología el enfoque cuantitativo, de alcance correlacional y descriptivo, la investigación fue de tipo no experimental. Se utilizó como técnica la encuesta, con una población de 278 adultos mayores. Los resultados mostraron insatisfacción en el tiempo recibido para aclarar las dudas, la falta de información en cuanto a riesgo de accidentes, la administración de medicina y la falta de presentación del personal. Se pudo observar que existe depresión en los adultos mayores puesto que no se sienten escuchados, tienen poca energía, por lo que prefieren quedarse en casa. Se concluye que la satisfacción y la depresión tienen una relación negativa fuerte significativa.</p>			
ADJUNTO PDF:	SI	NO	
CONTACTO CON AUTORA:	Teléfono: 593-4-4616839 / 0939843912	E-mail: mariusa_71@outlook.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN:	Nombre: María del Carmen Lapo Maza		
	Teléfono: +593-4-2206950		
	E-mail: maria.lapo@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			