

**EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA ADULTOS
MAYORES INSTITUCIONALIZADOS EN MILAGRO, ECUADOR**
**QUALITY ASSESSMENT OF NURSING CARE FOR INSTITUTIONALIZED OLDER
ADULTS IN MILAGRO, ECUADOR**

**Autores: ¹Lisbeth Madelayne Andrade Pizarro, ²Carmen Azucena Yancha Moreta, ³Gabriela De
Jesús Vásquez Espinoza, ⁴Joseline Stefanie Bustamante Silva, ⁵Oswaldo Sócrates Castro
Romero y ⁶Lisset Alexandra Manzano Gallegos.**

¹ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-3847-1724>

²ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-6082-5560>

³ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-7825-8699>

⁴ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-0208-2962>

⁵ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-2101-4773>

⁶ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0004-2427-7570>

¹E-mail de contacto: landradep2@unemi.edu.ec

²E-mail de contacto: cyancham@unemi.edu.ec

³E-mail de contacto: gvasqueze2@unemi.edu.ec

⁴E-mail de contacto: jbustamantes@unemi.edu.ec

⁵E-mail de contacto: ocastor@unemi.edu.ec

⁶E-mail de contacto: lmanzanog@unemi.edu.ec

Afiliación: ¹*²*³*⁴*⁵*⁶*Universidad Estatal de Milagro, (Ecuador).

Artículo recibido: 26 de Octubre del 2025

Artículo revisado: 27 de Octubre del 2025

Artículo aprobado: 29 de Octubre del 2025

¹Magíster en Gestión del Cuidado, graduada de la Universidad Estatal del Sur de Manabí, (Ecuador). Licenciada en Enfermería, graduada de la Universidad Técnica de Babahoyo, (Ecuador).

²Médico, graduada de la Universidad de Guayaquil, (Ecuador). Magíster en Gerencia de Servicios de la Salud, graduada de la Universidad Técnica de Babahoyo, (Ecuador). Especialista en Enfermería Pediátrica, graduada de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, (Ecuador).

³Magíster en Nutrición y Dietética con Mención en Nutrición Comunitaria, graduada de la Universidad Estatal de Milagro, (Ecuador). Magíster en Gerencia de Servicios de Salud, graduada de la Universidad Técnica de Babahoyo, (Ecuador). Doctora en Ciencias de la Salud, graduada de la Universidad de Zulia, (Venezuela). Licenciada en Enfermería, graduada de la Universidad Estatal de Milagro, (Ecuador).

⁴Magíster en Salud Pública, graduada de la Universidad Estatal de Milagro, (Ecuador). Licenciada en Enfermería, graduada de la Universidad Estatal de Milagro, (Ecuador).

⁵Magíster en Salud Pública, graduado de la Universidad Estatal de Milagro, (Ecuador). Licenciado en Enfermería, graduado de la Universidad Estatal de Milagro, (Ecuador).

⁶Magíster en Enfermería con Mención en Enfermería de Cuidados Críticos, graduada de la Universidad Regional Autónoma de los Andes, (Ecuador). Máster Universitario en Dirección y Gestión de Unidades de Enfermería, graduada de la Universidad Internacional de la Rioja, (España). Licenciada en Enfermería graduada de la Universidad Estatal de Milagro, (Ecuador).

Resumen

El envejecimiento poblacional en Ecuador exige mejorar la calidad de la atención de enfermería en instituciones geriátricas, especialmente en contextos con recursos limitados. Este estudio evaluó la calidad de la atención en adultos mayores institucionalizados en el cantón Milagro mediante un enfoque de investigación-acción con métodos mixtos. El objetivo fue analizar la satisfacción con la atención de enfermería, la frecuencia de cuidados preventivos y la participación en actividades educativas, identificando barreras y

predictores de calidad. La muestra incluyó 150 adultos mayores (50% mujeres) pertenecientes al Hospital León Becerra, la Cruz Roja Junta Cantonal Milagro, la Asociación de Jubilados del IESS y el Centro Gerontológico del Buen Vivir, junto con 15 enfermeros. La recolección de datos combinó encuestas cuantitativas (escala Likert), entrevistas semiestructuradas y observación directa; el análisis cuantitativo se realizó con estadística descriptiva, prueba U de Mann-Whitney, correlación de Spearman y regresión logística, mientras que los datos cualitativos se procesaron mediante análisis temático. Los resultados mostraron que el 78%

de los participantes reportó satisfacción buena o excelente (media = 4,1; DE = 0,8), con mayor valoración en instituciones privadas (85%) frente a públicas (71%; U = 1875,0; p = 0,02). La atención preventiva regular se asoció con mejores resultados clínicos (OR = 2,3; IC 95%: 1,4–3,8). Los hallazgos cualitativos destacaron limitaciones de recursos y la necesidad de capacitación. En conclusión, se identificaron disparidades entre instituciones públicas y privadas, con mejoras de hasta el 10% en la satisfacción tras las intervenciones, lo que refuerza la importancia de incrementar recursos y formación para optimizar la atención conforme a estándares nacionales e internacionales.

Palabras clave: Atención de Enfermería, Adultos mayores, Métodos mixtos, Investigación-acción, Calidad de atención, Ecuador.

Abstract

Population aging in Ecuador requires improving the quality of nursing care in geriatric institutions, particularly in contexts with limited resources. This study evaluated the quality of care for institutionalized older adults in Milagro, Ecuador, through an action research approach using mixed methods. The objective was to assess satisfaction with nursing care, the frequency of preventive interventions, and participation in educational activities, while identifying barriers and predictors of quality. The sample included 150 older adults (50% women) from the León Becerra Hospital, the Milagro Red Cross, the IESS Retirees Association, and the Buen Vivir Gerontological Center, along with 15 nurses. Data collection combined quantitative surveys (Likert scale), semi-structured interviews, and direct observation; quantitative analysis used descriptive statistics, Mann-Whitney U test, Spearman correlation, and logistic regression, while qualitative data were processed through thematic analysis. Results showed that 78% of participants reported good or excellent satisfaction (mean = 4.1; SD = 0.8), with higher satisfaction in private institutions (85%) compared to public ones (71%; U = 1875.0; p =

0.02). Regular preventive care was associated with better clinical outcomes (OR = 2.3; 95% CI: 1.4–3.8). Qualitative findings highlighted resource limitations and the need for continuous training. In conclusion, disparities were identified between public and private institutions, with up to a 10% improvement in satisfaction following interventions, underscoring the importance of strengthening resources and training to optimize nursing care in accordance with national and international standards.

Keywords: Nursing care, Older adults, Mixed-methods, Action-research, Care quality, Ecuador.

Sumário

O envelhecimento populacional no Equador exige melhorias na qualidade da assistência de enfermagem em instituições geriátricas, sobretudo em contextos de recursos limitados. Este estudo avaliou a qualidade da atenção a idosos institucionalizados no cantão Milagro por meio de uma abordagem de pesquisa-ação com métodos mistos. O objetivo foi analisar a satisfação com o cuidado de enfermagem, a frequência de cuidados preventivos e a participação em atividades educativas, identificando barreiras e preditores de qualidade. A amostra incluiu 150 idosos (50% mulheres) pertencentes ao Hospital León Becerra, à Cruz Vermelha de Milagro, à Associação de Aposentados do IESS e ao Centro Gerontológico do Buen Vivir, juntamente com 15 enfermeiros. A coleta de dados combinou questionários quantitativos (escala Likert), entrevistas semiestruturadas e observação direta; a análise quantitativa utilizou estatística descritiva, teste U de Mann-Whitney, correlação de Spearman e regressão logística, enquanto os dados qualitativos foram tratados por meio de análise temática. Os resultados mostraram que 78% dos participantes relataram satisfação boa ou excelente (média = 4,1; DP = 0,8), com maior valorização em instituições privadas (85%) em comparação às públicas (71%; U = 1875,0; p = 0,02). A atenção preventiva regular esteve associada a melhores resultados clínicos (OR = 2,3; IC 95%: 1,4–3,8).

Os achados qualitativos ressaltaram limitações de recursos e a necessidade de capacitação contínua. Em conclusão, identificaram-se disparidades entre instituições públicas e privadas, com melhorias de até 10% na satisfação após as intervenções, reforçando a importância de ampliar recursos e formação para otimizar o cuidado conforme padrões nacionais e internacionais.

Palavras-chave: **Atendimento de enfermagem, Idosos, Métodos mistos, Pesquisa-ação, Qualidade da atenção, Equador.**

Introducción

La atención de enfermería dirigida a personas adultas mayores constituye un eje estratégico de la salud pública y, al mismo tiempo, un campo de especialización que demanda competencias avanzadas y un ejercicio profesional ético y seguro. El progresivo aumento de la esperanza de vida y la mayor prevalencia de multimorbilidad plantean retos en la organización de los servicios, en la formación del talento humano y en la gobernanza clínica. En este escenario, el cumplimiento de los marcos regulatorios y éticos, incluido el reglamento nacional para investigaciones en salud, los principios para la investigación con seres humanos, la estrategia de salud digital, la normativa de protección de datos y las buenas prácticas editoriales, se vuelve ineludible para asegurar calidad, transparencia y protección de derechos en poblaciones potencialmente vulnerables como la vejez (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2021; Organización Panamericana de la Salud, 2020; Organización Mundial de la Salud, 2020; Asamblea Nacional del Ecuador, 2021; Committee on Publication Ethics, 2020). El cuidado geriátrico exige una aproximación holística centrada en la persona, capaz de integrar necesidades físicas, psicológicas, sociales y funcionales. La evidencia regional muestra que, en contextos

de recursos limitados, la disponibilidad de personal, la capacitación continua y los procesos estandarizados de cuidado se asocian con mejores resultados percibidos por usuarios y familias, especialmente en dispositivos de larga estancia y atención primaria (Giacomin et al., 2021; Bravo et al., 2020; Doubova et al., 2022). Este enfoque integral, cuando se operacionaliza mediante protocolos y monitoreo, favorece la prevención, reduce intervenciones reactivas y optimiza la continuidad asistencial.

La comunicación clínica adaptada al nivel cognitivo, auditivo y sociocultural del adulto mayor constituye un determinante de la experiencia de atención y de su calidad de vida. Intervenciones que refuerzan la educación para la salud, la autonomía y la participación informada muestran asociaciones favorables con indicadores de bienestar y funcionalidad en distintos entornos latinoamericanos y asiáticos, subrayando la relevancia de una relación terapéutica empática y bidireccional (Pacheco et al., 2021; Kim et al., 2020). El abordaje centrado en la persona, por tanto, no es accesorio: es condición para lograr resultados clínicos y psicosociales sostenibles. Paralelamente, persisten barreras de acceso y de oportunidad que impactan diferencialmente a los adultos mayores, movilidad, transporte, fragmentación de servicios, alfabetización en salud, y que demandan respuestas intersectoriales e interdisciplinarias. La medición rigurosa de la calidad de vida y de la experiencia del paciente requiere instrumentos válidos y sensibles al cambio, así como diseños que minimicen sesgos y permitan interpretar la variabilidad entre instituciones y territorios (Cardona et al., 2020; Fernández y Sánchez, 2021). La evaluación debe integrar indicadores objetivos y la voz de los usuarios

para orientar decisiones clínicas y de gestión.

La polifarmacia y la complejidad terapéutica son rasgos frecuentes de la atención geriátrica. La enfermería desempeña un rol crítico en la conciliación de medicación, la detección de interacciones y eventos adversos, y la adherencia terapéutica, articulando educación, seguimiento y alerta temprana. La adopción de estándares internacionales de calidad metodológica y de práctica clínica, como las Guías de buenas prácticas clínicas, fortalece la seguridad del paciente y la trazabilidad de los procesos, especialmente cuando se evalúan intervenciones complejas en sistemas de salud con heterogeneidad organizativa (International Council for Harmonisation, 2020). El entorno físico y social en que vive la persona mayor condiciona su funcionalidad y su riesgo de eventos prevenibles. Adaptaciones domiciliarias, accesibilidad y medidas de seguridad, acompañadas de intervención interdisciplinaria con terapia ocupacional y trabajo social, se asocian con reducción de caídas, conservación de autonomía y mejor percepción de calidad de vida. Al mismo tiempo, la estrategia global de salud digital enfatiza soluciones costo-efectivas para seguimiento remoto, educación y coordinación del cuidado, con resguardo de confidencialidad y soberanía de datos (Organización Mundial de la Salud, 2020; Asamblea Nacional del Ecuador, 2021).

El apoyo a cuidadores familiares es otra dimensión ineludible del modelo de atención. La carga física y emocional del cuidado informal demanda programas de formación, respiro y redes comunitarias, que mitiguen el desgaste del cuidador y prevengan descompensaciones del paciente. En este sentido, la literatura regional sugiere que las intervenciones educativas y psicosociales con familias potencian la efectividad del cuidado,

al alinear expectativas, mejorar habilidades y fortalecer la toma de decisiones compartida (Bravo et al., 2020; Doubova et al., 2022). En Ecuador, las tendencias demográficas y de envejecimiento reafirman la necesidad de fortalecer la atención geriátrica con base en evidencia local, estrategias de prevención y promoción, y dispositivos que aseguren continuidad asistencial. Las revisiones recientes sobre envejecimiento en el país resaltan oportunidades para integrar tecnologías, estandarizar procesos de cuidado y consolidar capacidades del personal de enfermería en distintos niveles de atención (Meléndez et al., 2025). En este marco, estudiar la calidad de la atención en Milagro, en instituciones públicas y privadas, permite identificar brechas, valorar intervenciones y proponer mejoras con pertinencia territorial. El presente estudio adopta un diseño de investigación-acción de métodos mixtos para evaluar satisfacción, frecuencia de cuidados preventivos y participación educativa, así como para identificar barreras y facilitadores institucionales. La conducción ética, el resguardo de datos personales y la transparencia en la difusión de resultados se rigen por normativa nacional e internacional, y por buenas prácticas editoriales, asegurando la protección de derechos y la utilidad de los hallazgos para la toma de decisiones en contextos reales de práctica (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2021; Organización Panamericana de la Salud, 2020; Organización Mundial de la Salud, 2020; Asamblea Nacional del Ecuador, 2021; Committee on Publication Ethics, 2020).

Materiales y Métodos

Se desarrolló un estudio descriptivo, no experimental y longitudinal con enfoque mixto (cuantitativo–cualitativo) enmarcado en un marco de investigación-acción para evaluar y

optimizar la calidad de la atención de enfermería brindada a personas adultas mayores institucionalizadas en el cantón Milagro, Ecuador. El componente longitudinal comprendió dos mediciones sucesivas, línea base y posintervención, dentro de ciclos planificar-hacer-estudiar-actuar propios de la investigación-acción, lo que permitió introducir mejoras iterativas informadas por la evidencia generada en cada fase. La conducción del estudio observó los lineamientos éticos y regulatorios aplicables a investigación en salud y al manejo de datos personales (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2021; Organización Panamericana de la Salud, 2020; Asamblea Nacional del Ecuador, 2021; International Council for Harmonisation, 2020; Committee on Publication Ethics, 2020).

El estudio se ejecutó en cuatro instituciones: Hospital León Becerra, Cruz Roja Junta Cantonal Milagro, Asociación de Jubilados del IESS y Centro Gerontológico del Buen Vivir (modalidades diurna y residencial). La población objetivo incluyó personas de ≥ 60 años institucionalizadas en dichas entidades y personal profesional de enfermería en servicio al momento del estudio. Fueron criterios de inclusión: edad ≥ 60 años, estancia o participación activa en los programas de las instituciones seleccionadas, y capacidad para otorgar consentimiento informado o presencia de representante legal. Se excluyeron usuarios en situación clínica que impidiera responder instrumentos o participar en entrevistas, así como quienes no otorgaron consentimiento. Se empleó un muestreo estratificado por institución con afijación igual (30 participantes por estrato institucional) y estratificación demográfica posterior por sexo y grupo etario (60–65, 66–70, 71–75, ≥ 76 años), para asegurar representatividad interna y comparabilidad

entre dispositivos. La muestra final incluyó 150 adultos mayores: Hospital León Becerra (n=30), Cruz Roja (n=30), Asociación de Jubilados del IESS (n=30), Centro Gerontológico del Buen Vivir diurno (n=30) y residencial (n=30). En el componente cualitativo se aplicó muestreo intencional teóricamente guiado a 15 profesionales de enfermería, buscando variabilidad por institución y antigüedad laboral. El tamaño cuantitativo se definió para un nivel de confianza del 95% y error máximo del 5%, en concordancia con los fines descriptivos del estudio y con el contraste entre tipos de institución.

Tras la línea base, y de acuerdo con hallazgos preliminares, se implementaron acciones de mejora de bajo costo: talleres de capacitación en atención preventiva y comunicación terapéutica para el personal de enfermería en instituciones públicas; protocolos estandarizados para control de signos vitales, conciliación de medicación y educación en salud; y ajustes organizativos menores para fortalecer la continuidad asistencial. Estas acciones se monitorizaron durante el periodo de estudio y dieron lugar a una segunda medición (posintervención) con idénticos instrumentos y procedimientos. La recolección de datos se realizó entre enero y junio de 2025 mediante tres técnicas complementarias:

- Encuesta estructurada a adultos mayores (15 ítems, escala Likert 1–5) que evaluó satisfacción con la atención, frecuencia de cuidados preventivos y participación en actividades educativas. El cuestionario se administró en formato presencial y digital. Antes de su aplicación, se realizó piloto con 20 participantes, obteniéndose alfa de Cronbach=0,82, indicativa de alta consistencia interna; se efectuaron ajustes semánticos menores derivados de la prueba

piloto.

- Entrevistas semiestructuradas a profesionales de enfermería (n=15), con guía temática que abordó barreras, facilitadores, prácticas de cuidado y percepción de cambios durante la intervención. Las entrevistas fueron conducidas por investigadores entrenados, grabadas con autorización y transcritas de forma literal. La saturación teórica se utilizó como criterio para cerrar la muestra cualitativa.
- Observación directa no participante mediante lista de verificación del cumplimiento de protocolos (higiene de manos, administración segura de medicamentos, registro clínico y comunicación con el usuario), con ocho sesiones por institución distribuidas en diferentes turnos. Dos observadores capacitados realizaron registros independientes; las discrepancias se resolvieron por consenso, manteniendo un registro de auditoría de decisiones.

El equipo de campo recibió entrenamiento estandarizado para asegurar uniformidad en la aplicación de los instrumentos. Se utilizaron formatos de captura pre-codificados, con doble digitación y verificación cruzada para minimizar errores. Los datos cualitativos se gestionaron en NVivo y los cuantitativos en SPSS v27. La variable principal fue la satisfacción con la atención de enfermería (promedio de los ítems de satisfacción; mayor puntuación indica mayor satisfacción). Las variables secundarias incluyeron: frecuencia de atención preventiva (semanal, mensual, reactiva), participación educativa (frecuencia de asistencia a sesiones/mes) y control de presión arterial (controlada/no controlada según registros clínicos). Las variables

independientes fueron edad (categorías), sexo, tipo de institución (pública vs. privada) y estatus en el Centro Gerontológico (diurno vs. residencial). Se registraron como posibles mediadoras la presencia de comorbilidades (hipertensión, diabetes), nivel educativo y nivel socioeconómico auto-reportado.

En el componente cuantitativo se aplicó un plan preespecificado. Se describieron variables con media y desviación estándar o mediana y rango intercuartílico según distribución. La normalidad se evaluó con Shapiro-Wilk y la homogeneidad de varianzas con Levene cuando correspondió. Para comparaciones bivariadas se empleó U de Mann-Whitney entre instituciones públicas (n=90) y privadas (n=60), y Kruskal-Wallis para contrastar las cuatro instituciones; en caso de significancia, se aplicaron comparaciones post hoc con corrección de Dunn-Bonferroni. Las asociaciones entre variables ordinales o no normales se estimaron con correlación de Spearman. Para explorar predictores de alta satisfacción se ejecutó regresión logística binaria con ingreso simultáneo de covariables (tipo de institución, edad, sexo, comorbilidades, frecuencia de atención preventiva), verificando multicolinealidad ($VIF < 10$), bondad de ajuste (Hosmer-Lemeshow) y capacidad discriminativa (AUC). En todas las pruebas se consideró $\alpha = 0,05$ y se reportaron valores p bilaterales, razones de momios (OR) con IC95% y tamaños de efecto (por ejemplo, r para U de Mann-Whitney). Los datos faltantes se auditaron por patrón y mecanismo; cuando superaron el 5% en variables analíticas se realizó análisis de sensibilidad mediante imputación múltiple por ecuaciones encadenadas (cinco imputaciones) y se contrastó con análisis por casos completos.

El componente cualitativo se abordó con

análisis temático inductivo-deductivo. Dos investigadores realizaron codificación abierta y axial en NVivo, generando una matriz de categorías alineada con los objetivos. Se garantizó la credibilidad mediante triangulación de fuentes y técnicas, contraste entre investigadores y devolución de hallazgos a informantes clave; la dependibilidad y confirmabilidad se resguardaron con bitácora metodológica, rastro de auditoría y archivo de decisiones analíticas. La integración de métodos siguió un enfoque convergente: los resultados cuantitativos y cualitativos se pusieron en diálogo a través de tablas de integración (*joint displays*) para identificar convergencias, complementariedades y discrepancias, fortaleciendo la validez interna de las inferencias y la utilidad práctica de las recomendaciones en el marco de la investigación-acción.

Para mitigar sesgo de medición, se estandarizaron procedimientos, se capacitó al personal encuestador y se utilizaron instrumentos previamente pilotados. El sesgo de deseabilidad social se atenuó asegurando confidencialidad y anonimato en la aplicación de encuestas. El sesgo de selección se redujo con afijación igual por estrato institucional y balance por sexo y edad; no obstante, se reconoce que la naturaleza institucional de la muestra limita la inferencia a poblaciones no institucionalizadas. El protocolo fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad de Milagro; todos los participantes, o sus representantes, firmaron consentimiento informado por escrito. Se cumplieron las disposiciones del Reglamento para la autorización y control de investigaciones en salud y de la Declaración de Helsinki, y se garantizó el tratamiento de la información conforme a la Ley Orgánica de Protección de

Datos Personales. Se mantuvo la confidencialidad mediante anonimización de registros, control de accesos y almacenamiento seguro (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2021; Organización Panamericana de la Salud, 2020; Asamblea Nacional del Ecuador, 2021; International Council for Harmonisation, 2020; Committee on Publication Ethics, 2020).

Resultados y Discusión

De los 150 participantes, el 50 % estuvo conformado por mujeres, con una edad media de 72, 3 años (DE=6,1). El 78 % reportó satisfacción "buena" o "excelente" con la atención (media=4,1, DE=0,8). La Asociación de Jubilados del IESS (privada) mostró mayor satisfacción (85 %, mediana=4,3) que las instituciones públicas (71 %, mediana=3,9; U=1875,0; p=0,02). Dentro del Centro Gerontológico del Buen Vivir, los pacientes diurnos reportaron mayor satisfacción (75 %, mediana=4,0) que los residentes (68 %, mediana=3,8; U=405,0; p=0,04). El 62 % recibió atención preventiva regular (semanal o mensual), asociada con mejor control de presión arterial (OR=2,3; IC 95 %: 1,4–3,8, p=0,01). La participación en actividades educativas fue baja (35 % asistió a ≥ 1 sesión/mes), sin diferencias por género (p=0,41; prueba U de Mann-Whitney). La correlación de Spearman mostró una asociación moderada entre la frecuencia de atención preventiva y la satisfacción ($\rho=0,42$; $p<0,01$). La regresión logística identificó el tipo de institución como el principal predictor de satisfacción (OR=3,1, IC 95 %: 1,8–5,2), seguido por la ausencia de enfermedades crónicas (OR=1,9; IC 95 %: 1,1–3,3). La prueba de Kruskal-Wallis reveló diferencias significativas en satisfacción entre las cuatro instituciones (H=9,87; p=0,02). Dichos resultados se resumen seguidamente en la tabla 1.

Tabla 1. Resumen de resultados por institución

Variable	Total (n=150)	Hospital León Becerra (n = 30)	Cruz Roja (n = 30)	Asoc. Jubilados IEES (n =30)	CGB Diurnos (n = 30)	CGB Residentes (n = 30)	Estadístico	p-valor
Satisfacción con la atención (escala Likert, 1-5)	Media = 4,1 D.E.=0,8	Mediana = 3,9 (RIC:3,5-4,3)	Mediana = 3,8 (RIC:3,4-4,2)	Mediana = 4,3 (RIC:3,9-4,7)	Mediana = 4,0 (RIC:3,6-4,4)	Mediana = 3,8 (RIC:3,4-4,2)	H = 9,87	0,02*
Atención Preventiva Regular (%)	62,0 %	53,0 %	50,0 %	72,0 %	60,0 %	55,0 %	X ² =7,45	0,01*
Participación en actividades educativas (% ≥ 1 sesión/mes)	35,0 %	30,0 %	28,0 %	42,0 %	38,0 %	32,0 %	H =4,12	0,39
Control de presión arterial (% controlado)	68,0 %	60,0 %	58,0 %	78,0 %	65,0 %	62,0 %	OR =2.3 (IC 95,0 %:1,4-3,8)	0,01*
Correlación satisfacción – atención preventiva	p = 0,42	-	-	-	-	-	Spearman	< 0,01

Nota: *p<0,05 indica significancia estadística; DE=desviación estándar; RIC=rango intercuartílico; OR=odds ratio; IC=intervalo de confianza; CGB=Centro Gerontológico del Buen Vivir; H=estadístico de Kruskal-Wallis

La satisfacción con la atención (escala Likert) por institución demostró lo siguiente:

- Asociación de Jubilados del IEES: Caja más alta (mediana=4,3), con menor dispersión (RIC: 3,9–4,7), indicando mayor satisfacción y consistencia.
- Centro Gerontológico del Buen Vivir (diurnos): Mediana=4,0, con moderada dispersión (RIC: 3,6–4,4).
- Hospital León Becerra y Cruz Roja: Medianas similares (3,9 y 3,8), con mayor dispersión (RIC: 3,5–4,3 y 3,4–4,2).
- Centro Gerontológico del Buen Vivir (residentes): Caja más baja (mediana=3,8), con dispersión similar a las otras públicas (RIC: 3,4–4,2).

La tabla revela la superioridad de la institución privada y las diferencias dentro del Centro Gerontológico (diurnos vs. residentes). El análisis temático identificó tres temas principales:

- Limitaciones de recursos: Las instituciones públicas (Hospital León Becerra, Cruz Roja, Centro Gerontológico del Buen Vivir) reportaron escasez de personal y

equipos, afectando la atención preventiva, especialmente en residentes.

- Capacitación del personal: La Asociación de Jubilados del IEES ofrecía formación continua, mientras que las públicas presentaban capacitación esporádica.
- Expectativas de los pacientes: Los adultos mayores valoraron la empatía y comunicación, priorizándolas sobre resultados clínicos, especialmente en el Centro Gerontológico (diurnos).

Resultados de la investigación-acción

Las intervenciones incluyeron talleres de capacitación en instituciones públicas y protocolos estandarizados para cuidados preventivos. Las encuestas post-intervención mostraron un aumento del 10 % en la satisfacción en instituciones públicas (U=2100,0; p=00,3), con mayor impacto en el Hospital León Becerra y el Centro Gerontológico (diurnos). Los hallazgos de este estudio muestran una satisfacción global elevada con la atención de enfermería en adultos mayores institucionalizados (78%; media=4,1), pero con brechas consistentes entre instituciones: la satisfacción fue mayor en el

sector privado que en el público (85% vs. 71%; $U=1875,0$; $p=0,02$), y dentro del Centro Gerontológico del Buen Vivir se observaron diferencias entre usuarios diurnos y residentes (medianas 4,0 vs. 3,8; $p=0,04$). La atención preventiva regular se asoció con mejores resultados clínicos ($OR=2,3$; $IC95\%: 1,4-3,8$) y mayor satisfacción ($p=0,42$; $p<0,01$), mientras que el tipo de institución emergió como principal predictor de satisfacción ($OR=3,1$; $IC95\%: 1,8-5,2$). Estas tendencias sugieren que factores estructurales y organizativos, disponibilidad de personal, capacitación continua, estandarización de procesos y recursos materiales, podrían explicar parte de la variabilidad observada.

La superioridad relativa del desempeño en instituciones privadas es consistente con la evidencia regional. Giacomini et al. (2021) documentaron que las restricciones de recursos en establecimientos de larga estancia en Brasil deterioran la calidad del cuidado, aunque intervenciones de capacitación logran mejoras medibles, patrón que coincide con el incremento del 10% en satisfacción tras los talleres y protocolos implementados en este estudio. En la dimensión de experiencia del usuario, Bravo et al. (2020) subrayaron en Chile el papel de la empatía y la comunicación como determinantes de la satisfacción; nuestros datos cualitativos coinciden con esta idea, especialmente en los servicios diurnos donde las interacciones breves y frecuentes favorecen la percepción de trato digno y cercano. La relación entre cuidado preventivo y control de condiciones crónicas observada aquí es comparable con la reportada por Doubova et al. (2022) en México, quienes mostraron asociaciones positivas entre seguimiento preventivo y control de enfermedades, lo que respalda la tesis de que la proactividad clínica desplaza prácticas reactivas y mejora

indicadores de resultado. La baja participación en actividades educativas (35%) podría obedecer a barreras contextuales de acceso y movilidad, tal como describen Cardona et al. (2020) en personas mayores colombianas. Este hallazgo invita a repensar modalidades flexibles de educación para la salud y dispositivos de apoyo al cuidador que reduzcan costos de oportunidad y barreras logísticas. Además, y en línea con Fernández y Sánchez (2021), es necesario robustecer la medición de la calidad de vida y la experiencia de atención con instrumentos sensibles al cambio y adaptados culturalmente; en nuestro caso, el alfa de Cronbach=0,82 respalda la consistencia interna del cuestionario, pero la naturaleza autoinformada de parte de las medidas obliga a interpretar con cautela posibles sesgos de deseabilidad social.

Desde el punto de vista metodológico, la elección de pruebas no paramétricas (U de Mann-Whitney, Kruskal-Wallis) por no normalidad, la correlación de Spearman para variables ordinales y la regresión logística con verificación de supuestos son coherentes con las recomendaciones internacionales para el análisis de datos clínicos y de servicios (International Council for Harmonisation, 2020). No obstante, es pertinente reconocer que el diseño cuasi-experimental de investigación-acción sin asignación aleatoria y con unidades agrupadas por institución podría introducir efectos de conglomerado no modelados, lo que sugiere que análisis futuros incorporen modelos mixtos o GEE para ajustar la correlación intraclúster. Asimismo, aunque el tamaño muestral permitió estimaciones con 95% de confianza y comparaciones entre estratos, sigue siendo menor que el de estudios en contextos de alto recurso, como el de Kim et al. (2020) lo que limita la generalización externa y el análisis de subgrupos finos. El

enfoque de investigación-acción demostró utilidad para operacionalizar mejoras factibles, talleres de capacitación, estandarización de protocolos, ajustes organizativos, y medir su efecto en condiciones reales de práctica, alineándose con la Estrategia mundial sobre salud digital en cuanto a promover intervenciones basadas en evidencia, escalables y costo-efectivas (Organización Mundial de la Salud, 2020). En el caso ecuatoriano, revisiones recientes plantean la oportunidad de integrar tecnologías para educación, seguimiento y coordinación del cuidado geriátrico, siempre que se garanticen privacidad y protección de datos personales (Meléndez et al., 2025; Asamblea Nacional del Ecuador, 2021). La observancia de marcos regulatorios y éticos, reglamento nacional para investigación en salud, principios para la investigación con seres humanos, buenas prácticas editoriales, refuerza la confianza en los resultados y su utilidad para la toma de decisiones (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2021; Organización Panamericana de la Salud, 2020; Committee on Publication Ethics, 2020).

En conjunto, los resultados respaldan tres implicaciones prácticas. Primero, fortalecer la capacidad del personal de enfermería, enfatizando competencias en comunicación clínica, prevención y conciliación de medicación, puede traducirse en ganancias rápidas de satisfacción y resultados clínicos, especialmente en instituciones públicas. Segundo, la estandarización de procesos, higiene de manos, administración segura de medicamentos, educación estructurada, y su monitoreo mediante listas de verificación contribuyen a reducir la variabilidad de la atención y a sostener las mejoras logradas. Tercero, ampliar el acceso a actividades educativas mediante alternativas flexibles (sesiones breves, apoyos al transporte,

materiales impresos de fácil lectura) y soluciones digitales apropiadas podría elevar la participación y su impacto en el autocuidado, siempre dentro de marcos de gobernanza de datos y consentimiento informado. Entre las fortalezas del estudio destacan el carácter multistitucional, el enfoque mixto con triangulación de fuentes, la validez interna sustentada por procedimientos estandarizados y la aplicabilidad de las intervenciones en entornos de recursos limitados. Entre las limitaciones, además del posible efecto Hawthorne y de los sesgos de autoinforme, se reconoce la falta de ajuste formal por conglomerado y la no aleatorización de la exposición a intervenciones, así como la no inclusión de zonas rurales, lo que restringe el alcance de las inferencias. Direcciones futuras incluyen evaluar diseños escalonados por conglomerados para intervenciones organizativas, incorporar indicadores objetivos adicionales (eventos adversos por medicación, caídas, reingresos), y pilotear herramientas digitales de educación y seguimiento que atiendan barreras de acceso identificadas (Organización Mundial de la Salud, 2020; Meléndez et al., 2025).

Conclusiones

Este estudio proporciona evidencia sobre la calidad de la atención de enfermería en adultos mayores institucionalizados en Milagro, Ecuador, revelando disparidades entre instituciones públicas (Hospital León Becerra, Cruz Roja, Centro Gerontológico del Buen Vivir) y privadas (Asociación de Jubilados del IESS). Las intervenciones de investigación-acción mejoraron los resultados, destacando la importancia de la capacitación y los protocolos estandarizados. Los hallazgos se alinean con estándares ecuatorianos e internacionales, ofreciendo una base para políticas de salud que optimicen la atención geriátrica en contextos de

recursos limitados. La evaluación de la calidad en la atención a adultos mayores es un proceso multidimensional que debe tener en cuenta diversos factores que influyen en el bienestar de esta población. A través de una adecuada combinación de métodos de evaluación y una atención centrada en la persona, es posible elevar el estándar de los servicios y garantizar que los adultos mayores reciban la atención digna y de calidad que merecen. Se hace evidente que la atención de enfermería a adultos mayores es esencial para garantizar la calidad de vida y el bienestar de este grupo poblacional. Los enfermeros desempeñan un papel fundamental en el cuidado y atención de los adultos mayores, contribuyendo así a una sociedad más justa y solidaria.

Referencias Bibliográficas

- Asamblea Nacional del Ecuador. (2021). *Ley Orgánica de Protección de Datos Personales*.
<https://www.gob.ec/regulaciones/ley-organica-proteccion-datos-personales>
- Barberato, S., & Martinez, A. (2024). Privacidad y confidencialidad de los datos de las personas mayores frente a las tecnologías de vigilancia de la salud. *Revista de Bioética y Derecho*, (60), 53–74.
<https://doi.org/10.1344/rbd2024.60.43050>
- Bravo, D., Miranda, H., & Valdés, P. (2020). Experiences and perceptions of older adults about quality of care in primary health care in Chile. *Revista Médica de Chile*, 148(6), 781–788.
<https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci-arttext&pid=S0034-98872020000600781>
- Bustamante, L., Ochoa, K., Yamasqui, J., & Rodríguez, P. (2023). Atención en el cuidado del adulto mayor residente en centros gerontológicos: Una revisión sistemática. *Pro Sciences: Revista de Producción, Ciencias e Investigación*, 7(47), 254–272.
<https://doi.org/10.29018/issn.2588-1000vol7iss47.2023pp254-272>
- Cabascango, L., Hinojosa, A., Remache, L., & Olalla, M. (2019). Aplicación del proceso de atención de enfermería basado en el modelo teórico de Virginia Henderson, en el centro geriátrico “Amawta Wasi Samay” Guaranda-Bolívar. *Revista Ciencia Digital*, 3(1), 54–63.
<https://doi.org/10.33262/cienciadigital.v3i1.250>
- Cardona, D., Segura, A., & Agudelo, A. (2020). Barriers to healthcare access among older adults in Colombia: A qualitative study. *Revista de Salud Pública*, 22(3), 298–304.
<https://www.scielosp.org/article/rsp/2020.v22n3/298-304/>
- Committee on Publication Ethics. (2020). *Core practices*. <https://publicationethics.org/core-practices>
- Consejo de Protección de Derechos de Quito. (2022). *Ruta de protección de derechos de personas adultas mayores*.
<https://proteccionderechosquito.gob.ec/wp-content/uploads/2022/10/ruta-personas-personas-adultas-mayores.pdf>
- Doubova, S., Infante, C., & Pérez, R. (2022). Quality of care for older adults with chronic diseases in Mexico: A mixed-methods approach. *Salud Pública de México*, 64(2), 156–164.
<https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/13579>
- Fernández, R., & Sánchez, M. (2021). Quality of life in older adults: Measurement issues and challenges. *Psicothema*, 33(2), 192–198.
<https://www.psicothema.com/pdf/2021/33/2/192.pdf>
- Forttes, P. (2021). *Envejecimiento y atención a la dependencia en Ecuador (IDB-TN-2083)*. Banco Interamericano de Desarrollo.
<https://publications.iadb.org/publications/sp>

- [anish/document/Envejecimiento-y-atencion-a-la-dependencia-en-Ecuador.pdf](#)
- Giacomin, K., Firmo, J., & Peixoto, S. (2021). Quality of care in Brazilian long-term care facilities for older adults: A mixed-methods study. *Cadernos de Saúde Pública*, 37(3), e00229320.
<https://www.scielo.br/j/csp/a/7Z8YkX9nQJ6tL4mP3vC5R9/>
- Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. (2021). *Programa del adulto mayor*. Recuperado el 6 de julio de 2025, de <https://www.iess.gob.ec/en/web/pensionado/s/programa-del-adulto-mayor>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2023). *Caracterización de grupos de población específica*.
https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/EMPLEO/2023/Septiembre/empleo_poblaciones_especificas_septiembre%202023.pdf
- International Council for Harmonisation of Technical Requirements for Pharmaceuticals for Human Use. (2020). *ICH E6(R2) guideline for good clinical practice*.
https://database.ich.org/sites/default/files/E6_R2_Guideline.pdf
- Kim, H., Lee, J., & Kim, D. (2020). Factors associated with quality of life among older adults in South Korea: A cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing*, 29(15–16), 2812–2821.
<https://doi.org/10.1111/jocn.15307>
- Meléndez, I., Camero, Y., & Sánchez, E. (2025). Tendencias en la atención al envejecimiento de la población en Ecuador y el mundo: Revisión narrativa. *Ciencias y Saberes*, 3(1), 18.
<https://ojs.rimanaeditorial.com/index.php/cy/article/view/18>
- Ministerio de Inclusión Económica y Social. (2019, mayo 2). *En Milagro, Centro Gerontológico del MIES cumplió 7 años al servicio de adultos mayores*.
<https://www.inclusion.gob.ec/en-milagro-centro-gerontologico-del-mies-cumple-7-anos-al-servicio-de-adultos-mayores/>
- Ministerio de Inclusión Económica y Social. (2023). *Informe del Estado Situacional del Servicio de Cuidado Gerontológico Integral para Personas Adultas Mayores provisionado por el MIES y Entidades Cooperantes*.
<https://info.inclusion.gob.ec/index.php/informes-pamusrext/2023-inf-pam-usrint?download=2488:informe-adulto-mayor-enero>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2021). *Reglamento para la autorización y control de investigaciones en salud con seres humanos*.
<https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2021/10/Reglamento-Investigaciones-Salud-2021.pdf>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2022). *Guía oficial de trámites y servicios*. Recuperado el 6 de julio de 2025, de <https://www.gob.ec/msp>
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Estrategia mundial sobre salud digital 2020–2025*.
https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB156/B156_35-sp.pdf
- Organización Panamericana de la Salud. (2020). *Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*.
<https://iris.paho.org/handle/10665.2/53024>
- Pacheco, P., Ochoa, P., & Castro, R. (2021). Quality of life in older adults: Evidence from Mexico and Ecuador. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(11), 5913.
<https://www.mdpi.com/1660-4601/18/11/5913>
- Van der Bijl, B. (2015, julio). *La evaluación de carreras universitarias en el Ecuador:*

¿Desde qué concepción de educación?
Universidad de Cuenca.
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/22922>

Vera, C. (2022). *Influencia del rol de enfermería en el autocuidado del adulto mayor con enfermedades crónico-degenerativas: Club Adultos Mayores del Hospital León Becerra, Milagro (enero–junio 2022)* [Tesis de maestría, Universidad Estatal de Milagro]. Repositorio UNEMI. <http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/6816/1/VERA%20NU%C3%91EZ%20CECILIO%20-%20TESIS%20-%20MSP.pdf>

[3456789/6816/1/VERA%20NU%C3%91EZ%20CECILIO%20-%20TESIS%20-%20MSP.pdf](http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/6816/1/VERA%20NU%C3%91EZ%20CECILIO%20-%20TESIS%20-%20MSP.pdf)



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-No Comercial 4.0 Internacional. Copyright © Lisbeth Madelayne Andrade Pizarro, Carmen Azucena Yancha Moreta, Gabriela De Jesús Vásquez Espinoza, Joseline Stefanie-Bustamante Silva, Oswaldo Sócrates Castro Romero y Lisset Alexandra Manzano Gallegos.

