

**Identificación de las características de los servicios que
ofrecen los establecimientos de asistencia social
permanente**

*Identification of the characteristics of the services offered by permanent
social assistance establishments*

*Identificação das características dos serviços oferecidos pelos
estabelecimentos de assistência social permanente*

Jaqueline Guadalupe Guerrero Ceh

Universidad Autónoma de Campeche, México

jgguerre@uacam.mx

<https://orcid.org/0000-0002-2913-1309>

Ana Rosa Can Valle

Universidad Autónoma de Campeche, México

anarocan@uacam.mx

<https://orcid.org/0000-0002-6849-9624>

Fajime Cu Quijano

Universidad Autónoma de Campeche, México

fajimecu@uacam.mx

<https://orcid.org/0000-0003-3858-9255>

Samantha Caminero Lara

Universidad Autónoma de Campeche, México

al048688@ucam.mx

<https://orcid.org/0000-0002-5308-0804>

Resumen

Introducción: Actualmente el tiempo no alcanza para cumplir con los múltiples compromisos adquiridos. Esto ha ocasionado que el comportamiento de la familia haya cambiado, especialmente en lo relacionado con el cuidado de los parientes mayores, quienes son confinados a espacios públicos o privados que se dedican a su atención. **Objetivo:** El propósito de este trabajo fue identificar los servicios que ofrecen los establecimientos de asistencia social permanente en la ciudad de San Francisco de Campeche. **Métodos:** Se realizó un estudio con enfoque cuantitativo, con un alcance descriptivo transversal y un diseño no experimental. La pregunta de investigación planteada fue la siguiente: ¿cuáles son los servicios que ofrecen los establecimientos de asistencia social permanente en la mencionada ciudad de México? Para ello, se partió de la siguiente hipótesis: los establecimientos de asistencia social permanente en la ciudad de San Francisco de Campeche brindan servicios básicos en la atención de sus huéspedes. Para recabar información sobre este tema se aplicó el *Instrumento de identificación de servicios en residencias geriátricas* en cinco establecimientos: uno público (codificado como RP) y cuatro privados (codificados como RP1, RP2, RP3 y RP4). **Resultados:** Los principales resultados fueron los siguientes: en relación con la infraestructura y los ingresos económicos, la RP tiene instalaciones propias y recibe financiamiento del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, así como de las mensualidades de sus huéspedes. En cambio, las cuatro instituciones privadas no tienen instalaciones propias y su única fuente de ingresos corresponde a las mensualidades que deben pagar los usuarios. Por otra parte, la RP recibe a pasantes de las licenciaturas en gerontología, enfermería y fisioterapia, quienes suelen participar en investigaciones, mientras que los establecimientos privados no son considerados como sedes de servicio social debido a que son instituciones con fines de lucro. Asimismo, y en cuanto a las principales necesidad (ítem 9), se detectó que la RP requiere ayuda económica, medicamentos, personal e instalaciones, mientras que las instituciones privadas solicitan apoyos económicos (RP1), equipos de rehabilitación (RP2), pañales e instalaciones (RP3) y pañales (RP4). **Conclusiones:** Se deben fortalecer los establecimientos de asistencia social para que amplíen su oferta de servicios, pues solo el centro de atención público, al recibir apoyo gubernamental, brinda 80 % de las áreas de atención estudiadas. Igualmente, se debe

sensibilizar a la sociedad para que compartan su tiempo con los adultos mayores que allí viven, así como realizar jornadas de donaciones de artículos indispensables para el óptimo funcionamiento de estos centros de cuidado.

Palabras clave: anciano, calidad en la atención, establecimiento de asistencia social permanente, persona mayor, residencia geriátrica.

Abstract

Introduction: There are currently times of population transition, in which we are gradually becoming a world of old people, in a world where people live faster and faster and the time is not enough, due to the commitments made, the behavior changes of the family and lack of time to care for their elders, one answer to this problem is the emergence of public and private spaces dedicated to the care of people classified as "senior citizens". Objective: This study is presented with the intention of identifying the services offered by permanent social assistance establishments in the city of San Francisco de Campeche. Methods: A study was carried out with a quantitative approach, with a transversal descriptive scope and a non-experimental. The research question is answered design: What are the services offered by permanent social assistance establishments in the City of San Francisco de Campeche, Campeche, Mexico? Hypothesis: The permanent social assistance establishments in the City of San Francisco de Campeche, offer basic services in the attention of their guests. The instrument called instrument of identification of services in nursing homes was applied to five establishments. Results: In the capacity aspect of attention, the public has greater attention capacity with 80, one of the private ones is able to attend 40 and the other 20 and 15 respectively; 80% (4/5) agree that institutional support networks should be formed to improve the care of the elderly; 80% (4/5) agree that the family requires more guidance; the best way to support these institutions is: allocating more economic resources 60% (3/5), training staff 20% (2/5), donating diapers and personal hygiene equipment 20% (2/5); As for the condition of the guests, the public has four types: they require basic care, special care, intensive care and receiving support from the family; of the private 50% (2/4) require basic care, 25% (1/4) requires special care, 25% (1/4) requires particular care according to pathologies; in the item

of services that the institution has, again the PR is the most complete with 12 (85.71%) of the fourteen proposed services, RP1 has one service (0.07%), RP2 has 9 (64.28%), RP3 has 10 (71.43%), RP4 has 8 (57.14%). Conclusions: It is necessary to strengthen the social assistance establishments, so that they expand their service offer, because only one reaches 80% of services, because they are public and receive government support; Volunteer work needs to be strengthened so that they can go to these places to share their time and, if possible, donate diapers. It is necessary to revalue the possibility of integrating these private establishments into the range of Higher Education institutions, to send them interns in social service, especially in the area of health.

Keywords: elderly person, quality of care, establishment of permanent social assistance, old man, geriatric residence.

Resumo

Introdução: Atualmente o tempo não é suficiente para cumprir os múltiplos compromissos adquiridos. Isso tem causado que o comportamento da família tenha mudado, principalmente em relação ao cuidado dos familiares idosos, que estão confinados a espaços públicos ou privados que se dedicam ao seu cuidado. Objetivo: O objetivo deste trabalho foi identificar os serviços oferecidos pelos estabelecimentos de assistência social permanente na cidade de San Francisco de Campeche. Métodos: Foi realizado um estudo com abordagem quantitativa, com um escopo descritivo transversal e um desenho não experimental. A questão de pesquisa foi colocada da seguinte forma: quais são os serviços oferecidos pelos estabelecimentos de assistência social permanente na citada cidade do México? Para tanto, utilizou-se a seguinte hipótese: os estabelecimentos de assistência social permanente na cidade de San Francisco de Campeche prestam serviços básicos no atendimento de seus hóspedes. Para coletar informações sobre esse tema, o instrumento de identificação de serviços em casas de repouso foi aplicado em cinco estabelecimentos: um público (codificado como PR) e quatro privados (codificados como RP1, RP2, RP3 e RP4). Resultados: Os principais resultados foram os seguintes: em relação à infra-estrutura e à renda econômica, o PR possui instalações próprias e recebe financiamento do Sistema Nacional de Desenvolvimento Integral da Família, bem como os pagamentos mensais de seus hóspedes. Por outro lado, as quatro instituições

privadas não possuem instalações próprias e sua única fonte de renda corresponde aos pagamentos mensais que os usuários devem pagar. Por outro lado, o PR recebe internos dos cursos de gerontologia, enfermagem e fisioterapia, que costumam participar de pesquisas, enquanto os estabelecimentos privados não são considerados centros de serviço social por serem instituições com fins lucrativos. Da mesma forma, e em termos das principais necessidades (item 9), constatou-se que PR requer assistência econômica, medicamentos, pessoal e instalações, enquanto instituições privadas solicitam apoio econômico (RP1), equipamentos de reabilitação (RP2), fraldas e fraldas. instalações (RP3) e fraldas (RP4). Conclusões: Os estabelecimentos de assistência social devem ser fortalecidos para ampliar sua oferta de serviços, uma vez que apenas o centro de atenção pública, ao receber apoio do governo, fornece 80% das áreas de atenção estudadas. Da mesma forma, a sociedade deve ser sensibilizada para que possa compartilhar seu tempo com os idosos que nela vivem, além de realizar dias de doações de itens essenciais para o funcionamento ideal desses centros de atendimento.

Palavras-chave: idoso, qualidade do cuidado, estabelecimento de assistência social permanente, idoso, residência geriátrica.

Fecha Recepción: Septiembre 2018

Fecha Aceptación: Diciembre 2018

Introducción

La adultez en el ser humano es una etapa que se puede dividir de diversas maneras según las perspectivas de cada autor. Al respecto, Papalia, Sterns, Feldman y Camp (2010) explican:

La delimitación de periodos del ciclo de vida varía con respecto a diferentes épocas y las diversas sociedades. Sin embargo, la mayor parte de la investigación divide la adultez en tres periodos: adultez joven (aproximadamente de 20 a 40 años de edad), adultez media (de 40 a 65 años de edad) y adultez tardía o vejez (65 años o más) (p. 8).

La etapa de la adultez joven se caracteriza por ser un periodo durante el cual las personas concluyen sus estudios profesionales, tienen una vida laboral y familiar, son muy independientes y en su mayoría gozan de buena salud. La etapa de la adultez media, en cambio, suele iniciar con un declive en el cual surgen algunas enfermedades derivadas de los abusos que se tuvieron en la etapa anterior. En esta se piensa en la jubilación o retiro, y gran parte del dinero conservado se gasta en medicinas y tratamientos; de hecho, progresivamente se empieza a necesitar del apoyo de otras personas para realizar algunas actividades básicas de la vida diaria, de forma que el ser humano se va volviendo cada vez más dependiente del cuidado de los otros. Por último, en la adultez tardía no solo se vive una época de importantes y reiteradas pérdidas de familiares y amistades, sino que además se dispone de más tiempo para socializar.

Esta es una etapa que se caracteriza por vivirla en espacios que han recibido distintos nombres en nuestro país, según las distintas normas oficiales mexicanas (NOM). Por ejemplo, la NOM-167-SSA1-1997 (Secretaría de Salud, 1997) en su punto número 4.7 describe el concepto *casa hogar para adultos mayores*, como “establecimiento de asistencia social donde se proporciona a adultos mayores atención integral mediante servicios de alojamiento, alimentación, vestido, atención médica, trabajo social, actividades culturales, recreativas, ocupacionales y psicológicas. (párr. 27). Asimismo, en su apartado 4.3 se ofrece la siguiente información para el término *albergue para adultos mayores*: “Establecimiento donde se proporcionan temporalmente servicios de alojamiento a adultos mayores, en tanto son reubicados a otras instituciones o a su familia” (párr. 23). Como se puede observar, en esta NOM se combina lo referente a la atención de niños y personas mayores, por lo que no se considera la figura del gerontólogo como parte del recurso humano especializado para la atención de las personas mayores.

Por otra parte, la NOM-031-SSA3-2012 en los numerales 4.7 y 4.8 se refiere a los conceptos de *establecimiento de asistencia social permanente* y *establecimiento de asistencia social temporal* de la siguiente manera:

4.7. Establecimiento de asistencia social permanente, a todo aquel lugar que independientemente de su denominación o régimen jurídico otorga atención integral permanente para personas adultas y adultas mayores que cuenten con características especiales de atención, donde se proporcionan servicios de prevención de riesgos, atención y rehabilitación, incluyen alojamiento, alimentación, vestido, atención médica, social y psicológica, actividades culturales, recreativas y ocupacionales. (párr.. 22).

4.8. Establecimiento de asistencia social temporal, a todo aquel lugar que independientemente de su denominación o régimen jurídico, proporciona servicios y apoyos asistenciales durante periodos menores a 24 horas, continuas, a personas adultas y adultas mayores que incluyen: alternativas para la ocupación creativa y productiva del tiempo libre y en su caso alimentación de acuerdo al Modelo de Atención. (párr.. 23).

En esta NOM, como se puede apreciar, se le otorga importancia al tema del envejecimiento y se les concede una atención especial a las personas mayores mediante el concepto *establecimiento de asistencia social temporal y permanente*, el cual es poco conocido.

En esta misma NOM también se refieren dos documentos que se vinculan con la atención de calidad a las personas mayores en dichos establecimientos, los cuales deben ser tomados en consideración por quienes ofrecen estos servicios, pues de esa manera podrán ser mejor evaluados en las visitas de inspección del comité de supervisión. Las dos normas son las siguientes:

3.1. Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, Del expediente clínico. (párr.. 14).

3.2. Norma Oficial Mexicana NOM-233-SSA1-2003, Que establece los requisitos arquitectónicos para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos de atención médica ambulatoria y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud. (párr. 15).

Igualmente, el concepto *centro gerontológico* es otro de los empleados para referirse a los espacios de atención a personas mayores independientes, donde ellas tienen una participación activa en las diversas actividades planificadas. La duración de estadía en estos sitios puede ser larga o corta. En este último caso se les conoce como *centros de día*, pues se cuida a las personas mayores únicamente mientras sus familiares se encuentran en el trabajo. Al respecto, el Comité Nacional de Atención al Envejecimiento (CONAEN) (2006) considera que estos son servicios médico-sociales y de apoyo familiar que brindan durante el día “atención a las necesidades personales básicas, terapéuticas y socioculturales de personas mayores afectadas por diversos grados de dependencia, promoviendo su autonomía y la permanencia en su entorno habitual” (p. 1). Este modelo de centro gerontológico también ha sido adoptado por organismos como el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado de Campeche (ISSSTECAM). En estos recintos se le brindan al personal jubilado y pensionado múltiples actividades sin ningún costo, como tai chi, cocina, ejercicios aeróbicos, costura, bordado y rehabilitación, así como diversas sesiones de temas relacionados con el autocuidado, las cuales son dirigidas por enfermeras y gerontólogos.

Por último, se puede mencionar el concepto *centro geriátrico*, el cual se utiliza para referirse a los espacios dedicados a la atención de pacientes con envejecimiento patológico, es decir, aquellas personas que han perdido su independencia y necesitan ayuda para realizar las actividades básicas de la vida diaria. Como se puede observar existen diversas denominaciones para los lugares de cuidado de los adultos mayores, a los cuales se les debe ofrecer una atención especializada de calidad, como se explica a continuación.

Calidad asistencial

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (citada por Álvarez, 2007) ha definido la calidad asistencial en los siguientes términos:

Es aquella que identifica las necesidades de salud de los individuos o de la población, de una forma total y precisa, y destina los recursos necesarios a estas necesidades de una manera oportuna y tan efectiva como el resultado actual del conocimiento lo permite (p. 75).

En España, la Fundación Cuidados Dignos (presidida por la doctora Ana Urrutia) se distingue por crear y promover la Norma Libera-Care, la cual “nació ante la inquietud de un conjunto de profesionales del ámbito de la geriatría y la gerontología frente al excesivo uso de las sujeciones en España” (párr. 2). Esta procura la creación de un modelo de atención centrado en la persona que permita humanizar el trato que reciben los pacientes en las residencias geriátricas.

En el caso de México, se pueden mencionar las actividades de inspección que realizan una o dos veces al año un equipo interinstitucional integrado por el Instituto Nacional para las Persona Adultas Mayores (INAPAM), la Dirección de Atención Integral al Adulto Mayor (DAIAM) y Protección Civil del Estado, entre otras instituciones, las cuales se encargan de revisar la infraestructura y los medicamentos, así como de identificar las áreas de riesgo en esos recintos para luego hacer recomendaciones y verificar el cumplimiento de compromisos. Sin embargo, vale recalcar que los resultados de estos informes no son de acceso público, por lo que es imposible acceder a ellos.

Ahora bien, aunque para muchos familiares resulta una tarea compleja el tener que alojar en esos recintos a los adultos mayores, también se debe tomar en cuenta que en múltiples casos estas personas necesitan un cuidado y atención especial que no siempre pueden ofrecer sus parientes debido a los compromisos laborales y las actividades domésticas del día a día. Por este motivo, resultan pertinentes las recomendaciones que ofrece el Departamento de Asuntos de los Veteranos (s. f.) de Estados Unidos de Norteamérica en relación con el momento en que se deba optar por estos centros de atención:

- Trate de que su ser querido participe en la selección de un centro de cuidado a largo plazo.
- El traslado de su ser querido a otro lugar de residencia supone un gran cambio tanto para él como para usted. Al principio, es aconsejable que las visitas que le haga sean frecuentes y breves. Más adelante, puede ser beneficioso que las visitas sean más largas.
- No espere hasta que se produzca una situación de crisis para buscar un centro de cuidado a largo plazo. Suele haber largas listas de espera y espacio limitado.
- Familiarícese con los diferentes tipos de centros de cuidado a largo plazo. Escoja el que satisfaga mejor las necesidades de su ser querido y las suyas propias (párr. 19).

Otras sugerencias que esta institución norteamericana brinda al respecto son las siguientes: observar las características de la infraestructura de los centros, así como del personal que atiende a los huéspedes. Para ello, el mencionado departamento señala: “Preséntese sin avisar en días y horas diferentes, observe al personal mientras trabaja, converse con los pacientes y los empleados, fíjese en si hay olores desagradables” (Departamento de Asuntos de los Veteranos, s. f., párr. 5).

Estas recomendaciones son muy acertadas y se pueden aplicar en la población mexicana, pues el objetivo final es tomar en cuenta a la persona mayor para hacerla sentir participe de las decisiones que se deben adoptar en esta nueva etapa de la vida.

Estudios previos

Agostini y Pereira (2015) señalan que el aislamiento al cual son sometidos algunos adultos mayores puede agravar su estabilidad mental, pues estas personas suelen sufrir de enfermedades como demencia o psicosis; por este motivo, recomiendan conocer las características de estos lugares para identificar las actividades que tienen incorporadas a su programa de rutina, para tomar la mejor decisión en la selección del lugar para el familiar.

En este mismo sentido, se destaca el trabajo de Corugedo *et al.* (2014), quienes señalan lo siguiente:

Prácticamente la totalidad de los ancianos posee una percepción baja de calidad de vida, solo uno percibe la calidad de vida en nivel medio y ninguno alta, por lo que la misma no se encuentra asociada ni a la edad ni al sexo de manera significativa, con un predominio del rango de 60-69 y 70-79 años de edad, y del sexo masculino sobre el femenino (párr. 29).

Un hallazgo similar es reportado por Martínez *et al.* (2011), estos investigadores indican que determinados espacios de residencia geriátrica, pueden afectar de forma negativa el nivel de la calidad de vida de las personas. En tal sentido, señalan que de la población total de su estudio, “9.6 % tenía buena calidad de vida; 47.1 % tenía una calidad de vida insuficiente; 33.7 % tenía deficiente calidad de vida y el restante 9.6 % presentaba mala calidad de vida” (p. 705 y 706).

Igualmente, Cardona-Arias, Álvarez-Mendieta y Pastrana-Restrepo (2014), en un trabajo realizado en Medellín (Colombia), comentan que los adultos mayores de esa ciudad “presentan condiciones de vulnerabilidad económica, social, ambiental y de salud general; en los hogares geriátricos se presenta mayor deterioro de la calidad de vida relacionada con la salud” (párr. 1). Esta investigación, por tanto, confirma la idea de que el ingreso a una residencia geriátrica puede socavar la salud de las personas, debido a que a esta edad, les cuesta mucho adaptarse a esta nueva forma de vida, donde suelen quedar aislados de la sociedad.

En tal sentido, resulta oportuno el trabajo realizado por Blanca, Linares y Grande (2011) sobre los efectos desfavorables que pueden tener los referidos centros de atención en la salud física y mental de las personas mayores:

En cuanto a los aspectos que consideran que favorecen su bienestar: mantener sus necesidades básicas cubiertas, la residencia asimilada como el hogar, la limpieza, disponer de un cuarto individual, premura en la satisfacción de sus peticiones, hablar y ser escuchados, cambios en las rutinas y pequeños viajes, buen tiempo y temperatura agradable, relaciones sociales satisfactorias mantenidas tanto con el personal y los compañeros del centro como con los familiares y amigos que viven fuera, realizar actividades que consideren significativas. En cuanto a los aspectos negativos: el estilo de vida altamente estructurado y normalizado de estos centros, los cambios del personal cuidador, las circunstancias económicas, el frío y el mal clima, la falta de privacidad (párr. 7).

Ahora bien, aunque es cierto que la mayoría de los espacios usados como asilos son edificios remodelados que ofrecen habitaciones compartidas para los adultos mayores con el propósito de disminuir gastos, también se debe prever que existen algunas atenciones que sí se pueden mejorar, como el tener más paciencia con ellos o brindarles breves recorridos por sitios agradables para que mantengan el contacto con la sociedad.

Otra investigación significativa es la desarrollada por Becerra-Martínez, Godoy-Sierra, Pérez-Ríos y Moreno-Gómez (2007), quienes demuestran que la socialización con personas distintas a las que ven diariamente en la residencia geriátrica hace más agradable la estancia en estos lugares, pues una de las mayores preocupaciones de los adultos mayores es ser olvidados:

Los adultos mayores refieren no sentir miedo a la muerte, sin embargo, manifestaron preocupación y temor a ser olvidados por sus seres queridos y por la sociedad ajena a este lugar, ya que comentaron sentirse bien cuando alguien los visita, los anima o platica con ellos, porque comparten sus experiencias (p. 36).

Al respecto, resultan oportunas las sugerencias de Álvarez (2007), quien comenta que para mejorar la calidad asistencial de un centro gerontológico es necesario cumplir con estos seis aspectos:

1. Planificar la asistencia según los objetivos a alcanzar.
2. Contar con la estructura física, tecnológica, de procedimientos y, fundamentalmente, profesional adecuada en número, cualificación e implicación.
3. Contar con unos indicadores básicos, de obtención factible, que alcancen las áreas relevantes de la asistencia y nos permitan su monitorización.
4. Garantizar un proceso de aprendizaje que permita la adecuación y mejora de todas las personas de la organización.
5. Mantener una continua innovación en los procesos asistenciales que nos permita implantar acciones de mejora con base en las necesidades de los usuarios detectadas.
6. Centrar siempre la asistencia en la mejora del bienestar de las personas que atendemos y buscar la evidencia en su mejora de calidad de vida (p. 83).

Todas las sugerencias anteriores, por supuesto, deben prever que en algunos casos es inevitable restringir las salidas y el contacto de los adultos mayores con las demás personas, dada la fragilidad mental de algunos de ellos, como lo apuntan Salinas Martínez y Banda Arévalo (1991):

Con frecuencia, en la mitad de los casos se restringen las salidas de los pacientes, así como el horario de visitas. Insistimos en que la existencia de estas limitaciones a la autonomía de los pacientes son muchas veces imposibles de evitar, sobre todo en el caso de pacientes con serios problemas de juicio o función. El hecho de que la mitad de los asilos eviten este tipo de problemas es encomiable (p. 62).

Es importante mantener la vinculación de los huéspedes con la sociedad, aislarlos y evitar las salidas enrarece el ambiente y ocasiona tensión, mantener la relación con el entorno social los motiva y mejora su ánimo, siempre se deben realizar salidas.

Materiales y método

Objetivo e hipótesis

El objetivo de este estudio fue identificar los servicios que ofrecen los establecimientos de asistencia social permanente en la ciudad de San Francisco de Campeche (México). Para ello, se realizó un estudio con enfoque cuantitativo, alcance descriptivo transversal y diseño no experimental. La pregunta de investigación planteada es: ¿cuál es la calidad en la atención de las residencias geriátricas en la mencionada ciudad de México? Asimismo, la hipótesis formulada fue esta: los establecimientos de asistencia social permanente ofrecen una atención básica a sus huéspedes.

Población

En primer lugar, se realizó una búsqueda de los espacios que en la ciudad de San Francisco de Campeche (Campeche, México) ofrecieran atención a las personas mayores. En esta exploración, se ubicaron cinco centros, de los cuales uno era público y cuatro privados. A todos se les asignó un código para referenciarlos (tabla 1):

Tabla 1. Código asignado a los centros que conformaron la población objeto de estudio

Nombres del centro	Público o privado	Código asignado
Dirección de atención integral al adulto mayor	Público	RP
Residencia geriátrica y club de día	Privado	RP1
Centro gerontológico	Privado	RP2
Residencia y casa de día para el adulto mayor	Privado	RP3
Residencia geriátrica	Privado	RP4

Fuente: Elaboración propia

Instrumento

En esta investigación se utilizó el *Instrumento de identificación de servicios en residencias geriátricas* (Quintanar, 1999), el cual está constituido por 26 ítems, los cuales han sido formulados para indagar en los siguientes aspectos: identificación de las características de los espacios y datos del responsable de la información (cargo, edad, sexo, escolaridad), datos de la institución (nombre, dirección, teléfono, tipo pública o privada, capacidad de atención, edad de ingreso, edad mínima y máxima de estancia).

Vale destacar que 24 preguntas tienen entre tres y seis opciones, excepto la número 20, la cual ofrece catorce opciones de respuesta. La pregunta 25 se enfoca en el tipo de financiamiento que reciben y la interrogante 26 está constituida por una pregunta abierta para comentarios finales.

Resultados

Los datos recabados demuestran que el directivo de la institución pública (RP) tenía 64 años de edad, mientras que el directivo de una institución privada tenía 33 años de edad. En las tres restantes, los encargados tenían 29 años de edad. Todos los responsables de estos centros de atención eran mujeres y contaban con un equipo de coordinadores.

En cuanto al nivel de estudios, la persona encargada del centro público tenía maestría, mientras que las responsables de las cuatro instituciones privadas tenían nivel de licenciatura.

Sobre la capacidad de atención de las cinco residencias geriátricas, se puede decir que la RP puede albergar a 80 personas (actualmente tiene 78); la RP1 no proporcionó este dato, aunque actualmente atiende a 10 personas; la RP2 tiene una capacidad para 15 personas (en la actualidad alberga a 12); la RP3 tiene capacidad para 40 personas (actualmente acoge a 28), y la RP4 puede recibir a 20 personas (en la actualidad residen 14).

En relación con la infraestructura y los ingresos económicos, la RP tiene instalaciones propias y recibe financiamiento del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, así como las mensualidades de sus huéspedes. En cambio, las cuatro instituciones privadas no tienen instalaciones propias y su única fuente de ingresos corresponde a las mensualidades que deben pagar los usuarios.

La RP recibe a pasantes de las licenciaturas en gerontología, enfermería y fisioterapia, quienes suelen participar en investigaciones, además de escuelas técnicas de enfermería. Los establecimientos privados no son considerados como sedes de servicio social debido a que son instituciones con fines de lucro. Aun así, las autoridades de estos centros de atención argumentaron que tienen el dinero suficiente para contratar al personal requerido, lo cual pudiera ser cuestionado, dado los altos costos que deben pagar estas instituciones en el arrendamiento de las instalaciones usadas y en los sueldos para el personal que atiende a los huéspedes. Aunado a esto, se debe indicar que algunos ancianos no pagan su estancia en dicho recinto debido a que fueron abandonados por sus familiares o debido a que fueron recogidos de la calle, complicando la situación financiera de los establecimientos particulares.

Por otra parte, y en cuanto a las principales necesidad (ítem 9), la RP manifestó que requiere ayuda económica, medicamentos, personal e instalaciones, mientras que las instituciones privadas solicitaron apoyos económicos (RP1), equipos de rehabilitación (RP2), pañales e instalaciones (RP3) y pañales (RP4).

Asimismo, y sobre las decisiones más difíciles que deben afrontar estas instituciones (ítem 10), se pueden nombrar las siguientes: internar a un anciano en el hospital (RP); preparación para la muerte (RP3 y RP4); el egreso de un anciano (RP y RP2), y rechazar la solicitud de un ingreso (RP y RP1).

Por tal motivo, cuatro de estas instituciones coinciden en señalar que se deben formar redes de apoyo institucional para mejorar la atención del anciano (ítem 16), y que a los familiares se les debe dar más orientación (ítem 17).

En cuanto a la mejor forma de apoyar a estas instituciones (ítem 18), tres centros de atención recomendaron asignar más recursos económicos, dos indicaron que se debe capacitar al personal, y otras dos opinaron que se deben donar más pañales y equipos de higiene personal.

Igualmente, y sobre el tipo de cuidados que deben recibir los residentes en estos centros (ítem 19), la RP señaló que necesitan cuidados básicos, cuidados especiales, cuidados intensivos y apoyo de la familia; mientras que dos centros privados mencionaron los cuidados básicos, uno los cuidados especiales y otro los cuidados particulares según las patologías.

Asimismo, en lo concerniente a cómo afecta la globalización en la atención al anciano (ítem 20), la RP consideró que las tres opciones, mientras que dos privados seleccionaron solo una, relaciona con la opinión de que esta situación generaba otras necesidades en la familia del anciano. Asimismo, un centro de atención indicó que se hace más difícil conseguir los recursos necesarios y, en la respuesta libre, una de las residencias privada expresó que “no se tiene la cultura de atención en instituciones para ancianos”.

Con respecto a las condiciones tecnológicas con que se encuentran equipados los centros de atención (ítem 21), se pudo constatar que el RP tiene mejores suministros de rehabilitación, diagnóstico y cómputo, mientras que tres instituciones privadas tienen instalaciones técnicas para ancianos, y una de ellas equipos de rehabilitación y cómputo.

Sobre los servicios que tienen las instituciones (ítem 22), nuevamente la RP fue la más completa con 12 de los 14 servicios propuestos; en cambio, la RP1 solo reportó un servicio, la RP2 manifestó que contaba con 9, la RP3 expresó que tenía 10 y la RP4 indicó

que trabajaba con 8. De forma general, se puede decir que cuatro de las cinco residencias geriátricas tienen atención médica propia y externa, rehabilitación, terapia ocupacional y cocina, así como apoyo espiritual y área administrativa.

En cuanto a la fuente de financiamiento (ítem 23), la RP cuenta con donativos públicos, del gobierno y del patronato; mientras que las privadas tienen como única fuente de ingresos el pago mensual de los familiares o residentes.

Por último, los años en que surgieron los cinco establecimientos de asistencia social fueron los siguientes: la RP en 1985, la RP1 en 1996, la RP2 en 2015, la RP3 en 2012 y la RP4 en 2016 (esta ofrece atención solo a mujeres).

Discusión

A partir de los datos recabados en esta investigación se puede señalar que los términos que actualmente son usados por la sociedad para referirse a los centros de atención de los adultos mayores (mejor conocidos como: asilos, hogares de ancianos, residencia geriátrica o centro gerontológico) no coinciden con el concepto que determina la NOM-031-SSA3-2012 (Secretaría de Salud, 2012), es decir, *establecimiento de asistencia social permanente*, lo que evidencia la falta de conocimiento de las instituciones que ofrecen estos servicios.

Por otra parte, en esta misma NOM se establecen los servicios que deben proporcionar estos centros de asistencia, de los cuales la mayoría concuerdan con lo referido por las instituciones privadas, aunque con las siguientes precisiones: por ejemplo, sí se brinda atención integral permanente, pero con ciertas limitaciones debido a la falta de personal. En el aspecto de rehabilitación y psicología, no tienen un fisioterapeuta ni un psicólogo, por lo que se presta un servicio básico en estas áreas, el cual lo realizan los gerontólogos que allí laboran. En cuanto a la atención médica, cuando los adultos mayores se enferman deben acudir a un centro de salud o pagar por una consulta médica privada, a lo cual deben sumar el precio de los medicamentos. Asimismo, las actividades culturales y recreativas son limitadas debido a la falta de transporte para todos los huéspedes. Igualmente, las principales actividades ocupacionales promovidas tienen que ver con determinadas manualidades, con

las cuales se procura desarrollar la motricidad fina y se usa el juego de la lotería para mejorar la atención y la memoria.

Conclusión

Después de analizar los datos obtenidos, se puede afirmar que se ha cumplido con el objetivo propuesto en este estudio, pues se han identificado los servicios que ofrecen los establecimientos de asistencia social permanente. Igualmente, la hipótesis propuesta inicialmente es aceptada, ya que se demuestra que los servicios que brindan los establecimientos de asistencia social permanente son básicos. Se concluye que a pesar de los recursos materiales, económicos y de apoyo humano, que a través de las prácticas clínicas de los estudiantes universitarios, que recibe la Residencia Pública, tienen necesidades en espera de ser atendidas, surgiendo la preocupación de la condición en la que se encuentran las residencias privadas ya que debe pagar una renta mensual por el inmueble y no reciben el apoyo humano de la universidad, evidentemente sus necesidades por cubrir son exponenciales, siendo importante fomentar el trabajo voluntario y la filantropía por parte de la sociedad, para incidir en la mejora de calidad de la atención es estos espacios, que paulatinamente se irán incrementando ante la demanda de las familias con personas ancianas que debido a los compromisos laborales no pueden atender.

Para futuras investigaciones se presentan las siguientes recomendaciones: Fortalecer los establecimientos de asistencia social para que amplíen su oferta de servicios, pues solo el centro público, al recibir apoyo gubernamental, brinda 80 % de las áreas de atención estudiadas; Sensibilizar a la sociedad para que compartan su tiempo con los adultos mayores que allí viven, así como realizar jornadas de donaciones de artículos indispensables para el óptimo funcionamiento de estos centros de cuidado; Fomentar la importancia del servicio voluntario en las instituciones educativas para que se sumen al trabajo de atención a los ancianos; Promover la interacción entre las instituciones de educación superior y los centros de atención privados para que estos últimos reciban a pasantes, los cuales pueden contribuir al cuidado y al desarrollo de distintas actividades con los adultos mayores y Verificar en futuras investigaciones la aplicación de las siguientes cuatro normas referidas al

funcionamiento de los establecimientos de asistencia social permanente: NOM-031-SSA3-2012. Asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad, NOM-168-SSA1-1998 del expediente clínico, NOM-233-SSA1-2003, que establece los requisitos arquitectónicos para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos de atención médica ambulatoria y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud y Aplicar a los establecimientos de asistencia social permanente la tabla guía de autoevaluación con las 100 recomendaciones que propone la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología, pues de esta manera se puede trabajar en la calidad y la mejora continua para los servicios de centros de día de atención a persona mayores (ver anexo).

Agradecimientos

Esta investigación se realizó gracias a la colaboración de las cinco residencias geriátricas ubicadas en la ciudad de San Francisco de Campeche: Hogar de Ancianos del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, Casa de las Abuelas, Casa de los Abuelos, Fengari y Casa Grande.

Referencias

- Agostini, M. and Pereira, M. (2015). Depression in elderly women resident in a long-stay nursing home. *Dementia & Neuropsychologia* 9(1). Retrieved from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1980-57642015000100076.
- Álvarez, M. (2007). Calidad asistencial en centros gerontológicos. *Revista Española Geriatría y Gerontología*, 42(1), 75-85. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-pdf-S0211139X07735904>
- Becerra-Martínez, D., Godoy-Sierra, Z., Pérez-Ríos, N. y Moreno-Gómez, M. (2007). Opinión del adulto mayor con relación a su estancia en un asilo. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 15(1), 33-37. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2007/eim071f.pdf>.
- Blanca, J., Linares, M. y Grande, M. (2011). El concepto de bienestar en las residencias de personas mayores. *Revista Internacional de Enfermería Basada en la Evidencia*, 8(36). Recuperado de www.index-f.com/evidentia/n36/ev3600.php.
- Cardona-Arias, A., Álvarez-Mendieta, I. y Pastrana-Restrepo, S. (2014). Calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores de hogares geriátricos. *Revista Ciencias de la Salud*, 12(2). Recuperado de <http://revistas.urosario.edu.co/index.php/revsalud/article/view/3074>
- Comité Nacional de Atención al Envejecimiento (Conaen) (2006). *Centros de día. Lineamientos generales para el funcionamiento de un centro de día gerontológico*. México: Secretaría de Salud.
- Corugedo, M., García, D., González, V., Crespo, G., González, G. y Calderín, M. (2014). *Calidad de vida en adultos mayores del hogar de ancianos del municipio de Cruces*. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 30(2). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252014000200006

Departamento de Asuntos de los Veteranos (s. f.) *¿Cómo encontrar recursos comunitarios?*

Recuperado de <https://www.cidrr8.research.va.gov/rescue-espanol/community-resources/long-term-care.cfm#consejos-utiles>.

Fundación Cuidados Dignos (s. f.). *Norma Libera-Care*. Recuperado de <http://www.cuidadosdignos.org/que-hacemos/>

Martínez, J., Anderson, H., Dussan, J., Álvarez, A., Bedoya, W., Carvajal, J. y López, F. (2011). Calidad de vida en ancianos institucionalizados de Pereira. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 40(4). Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v40n4/v40n4a08.pdf>.

Papalia, D., Sterns, H., Feldman, R. y Camp, C. (2010). *Desarrollo del adulto y vejez* (3.^a ed.). México: Mc Graw Hill. Recuperado de <https://psicobolivar.files.wordpress.com/2011/09/desarrollo-del-adulto-y-vejez-papalia-libro.pdf>.

Quintanar, F. (1999). *Atención a los ancianos en asilos y casas hogar de la ciudad de México*. Instrumento de identificación de servicios en residencias geriátricas. Editorial P y V. 257 páginas.

Salinas Martínez, R. y Banda Arévalo, J. (1991). *Asilos de ancianos en el estado de Nuevo León*. *Salud Pública de México*, 33(1), 56-63. Recuperado de <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5357/5578>

Secretaría de Salud (1997). *Norma Oficial Mexicana NOM-167-SSA1-1997, para la prestación de servicios de asistencia social para menores y adultos mayores*. Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/167ssa17.html>

Secretaría de Salud (2012). *Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA3-2012. Asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad*. Recuperado de http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5267965&fecha=13/09/2012

Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (s. f.). *100 recomendaciones básicas de calidad y mejora continua para los servicios de centros de día de atención a persona mayores.* Recuperado de

<https://www.segg.es/media/descargas/Acreditacion%20de%20Calidad%20SEGG/CentrosDia/100%20Recomendaciones%20SEGG%20CENTROS%20DE%20DIA.pdf>

Anexos. Tabla guía de autoevaluación con 100 recomendaciones propuestas por la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología

GRUPO DE CALIDAD, SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA

16. TABLA GUÍA DE AUTOEVALUACIÓN DE LAS 100 RECOMENDACIONES			
DIRECCIÓN Y ORGANIZACIÓN		SE CUMPLE	
ASPECTOS DE NORMATIVA	1	Normativas y legislación	
	2	Registros y licencias	
	3	Normativa de calidad	
	4	Normativa autonómica	
	5	LOPD	
	6	Protección legal usuarios	
	7	Contrato	
	8	Quejas, registros y reclamaciones	
	9	Planes, libros regulados	
	10	Guarda y custodia de objetos de valor	
FUNCIONES DIRECTIVAS Y DE GOBIERNO	11	Organigrama	
	12	Sistemas de participación democrática usuarios	
	13	Prevención de riesgos.	
	14	Asistencia de calidad	
	15	Conocimiento personalizado de usuarios, familiares y trabajadores	
PLANIFICACIÓN, ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN	16	Seguros	
	17	Reglamento de régimen interior	
	18	Horario general	
	19	Plan de Centro ajustado a normativa	
USUARIO@S			
DERECHOS DE LOS USUARIO@S	20	Reglamento de derechos y deberes	
	21	Derechos individuales e intimidad usuarios	
	22	Derecho a información	
	23	Derecho a atención personalizada. Plan de cuidados	
	24	A no discriminación	
	25	Información ante investigaciones	
	26	Conocer a profesionales	
	27	Sugerencias, reclamaciones	
	28	Cumplimiento de condiciones y prestaciones de servicios	

100 RECOMENDACIONES BÁSICAS DE CALIDAD Y MEJORA CONTINUA PARA LOS SERVICIOS DE CENTROS DE DÍA DE ATENCIÓN A PERSONAS MAYORES

	29	Derecho Tutela y protección	
	30	Información de programas y tratamientos	
DEBERES DE LOS USUARIO@S	31	Colaborar con normas internas	
	32	Aportación información relevante sobre estado salud	
	33	Tratar con respeto	
	34	Cuidado de instalaciones	
OTROS ASPECTOS	35	Adaptación	
	36	Expediente individual	
	37	Reuniones de coordinación y proceso de intervención	
	38	Atención a Síndromes geriátricos	
	39	Preparación medicación por profesional	
FAMILIA Y ENTORNO COMUNITARIO			
	40	Reuniones con familiares y usuarios	
	41	Información a familiares	
	42	Programa de formación y apoyo a familias	
	43	Comunicación con recursos socioasistenciales	
	44	Orientación en traslados a otros centros	
	45	Programa de relación con el entorno	
	46	Programa de voluntariado	
47	Instalaciones abiertas a la participación		
PERSONAL			
	48	Plantilla adecuada, multidisciplinar y formada	
	49	Programa de formación inicial y continuada	
	50	Cumplimiento PRL	
	51	Fomento buenas prácticas	
	52	Cohesión del equipo multidisciplinar	
	53	Secreto profesional	
	54	Evaluación rendimiento y satisfacción	
VALORACIÓN Y PLAN DE INTERVENCIÓN			
	55	Valoración geriátrica integral	
	56	Plan individual de asistencia	
	57	Formación e información a familiar y usuario del plan de cuidados	

GRUPO DE CALIDAD. SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA

	58	Registro incidencias salud	
	59	Control de medicación	
INTERVENCIÓN Y PROGRAMAS			
	60	Programas de intervención	
	61	Programas orientados al mantenimiento de la autonomía	
	62	Evaluación periódica de objetivos	
	63	Evaluación de satisfacción	
SERVICIOS ASISTENCIALES Y COORDINACIÓN			
	64	Coordinación con servicios sociales de base y profesionales de referencia	
	65	Protocolo de actuación en emergencias sanitarias y derivación	
	66	Coordinación para continuidad de recursos	
	67	Comunicación bidireccional con centros de atención primaria	
	68	Contacto con otros recursos de atención al usuario	
	69	Formación informal para comprensión proceso envejecimiento	
FINANCIACIÓN			
	70	Adecuada para mantener calidad asistencial	
	71	Información sobre ayuda o prestaciones	
TRANSPORTE			
	72	Adecuado, confortable y accesible	
	73	Cumplimiento normativa transporte adaptado	
	74	Auxiliar de ruta	
	75	Mínima permanencia del usuario en ruta	
	76	Protocolo de emergencias	
SERVICIOS GENERALES			
ADMINISTRACIÓN			
	77	Plan de gestión económica	
	78	Inventario actualizado	
MANTENIMIENTO			
	79	Planos del edificio actualizados.	
	80	Plan integral de mantenimiento	
	81	D-D-D	
RESTAURACIÓN			
	82	Cumplimiento APPCC	

100 RECOMENDACIONES BÁSICAS DE CALIDAD Y MEJORA CONTINUA PARA LOS SERVICIOS DE CENTROS DE DÍA DE ATENCIÓN A PERSONAS MAYORES

	83	Ajuste de menús a necesidades y preferencias	
	84	Menús escritos	
	85	Certificados de manipulación de alimentos	
OTROS SERVICIOS			
	86	Lavandería: marcaje personalizado ropa	
	87	Podología: Titulación adecuada	
SEGURIDAD Y VIGILANCIA			
	88	Control y seguridad de los usuarios	
LIMPIEZA			
	89	Cumplimiento periodicidad tareas dotación de material	
	90	Fichas de seguridad para el personal	
ARQUITECTÓNICO Y ACCESIBILIDAD			
DISEÑO DEL EDIFICIO			
	91	Cumplimiento normativa autonómica cuidando el diseño	
	92	Diseño similar a un hogar	
	93	Favorecedor del desplazamiento y orientación de usuarios	
	94	Plan de accesibilidad y evacuación	
	95	Adecuadamente situado en su entorno	
	96	Servicio telefónico con el exterior	
EQUIPAMIENTO			
	97	Diseño ergonómico y cumplimiento normativas seguridad	
	98	Ayudas técnicas	
EVALUACIÓN SERVICIO Y MEJORA CONTINUA			
	99	Evaluación anual edificio, usuarios, programas y satisfacción	
	100	Objetivo de mejora anuales	

Tomado de: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (s. f.). *100 recomendaciones básicas de calidad y mejora continua para los servicios de centros de día de atención a persona mayores.*

Rol de Contribución	Autor (es)
Conceptualización	JAQUELINE GUADALUPE GUERRERO CEH
Metodología	JAQUELINE GUADALUPE GUERRERO CEH
Software	JAQUELINE GUADALUPE GUERRERO CEH
Validación	JAQUELINE GUADALUPE GUERRERO CEH (principal) y ANA ROSA CAN VALLE (apoyo)
Análisis Formal	JAQUELINE GUADALUPE GUERRERO CEH (principal) y SAMANTHA CAMINERO LARA (apoyo)
Investigación	JAQUELINE GUADALUPE GUERRERO CEH
Recursos	JAQUELINE GUADALUPE GUERRERO CEH (principal) y ANA ROSA CAN VALLE (apoyo)
Curación de datos	JAQUELINE GUADALUPE GUERRERO CEH (principal) y FAJIME CU QUIJANO (apoyo)
Escritura - Preparación del borrador original	JAQUELINE GUADALUPE GUERRERO CEH
Escritura - Revisión y edición	JAQUELINE GUADALUPE GUERRERO CEH
Visualización	SAMANTHA CAMINERO LARA (apoyo)
Supervisión	JAQUELINE GUADALUPE GUERRERO CEH
Administración de Proyectos	JAQUELINE GUADALUPE GUERRERO CEH (principal) y ANA ROSA CAN VALLE (apoyo)
Adquisición de fondos	JAQUELINE GUADALUPE GUERRERO CEH (principal) y FAJIME CU QUIJANO (apoyo)