



**UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE
HIDALGO**

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

FACULTAD DE ENFERMERIA

**“PERCEPCIÓN DEL ADULTO MAYOR DEL TRATO DIGNO QUE
BRINDA ENFERMERIA”**

**TESIS
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRA EN ENFERMERÍA**

Presenta:

**L.E.D. ANA CELIA ANGUIANO
MORAN**

DIRECTOR DE TESIS

DRA. CARMEN MONTOYA DIAZ

DICIEMBRE 2008

I.	Introducción.	
II.	Marco Teórico.	1
2. I.	Antecedentes	1
2.1.1	Demografía poblacional	4
2.1.2	Tasas de esperanza de vida	6
2.1.3	Transición epidemiológica	8
2.1.4	Uso de los servicios de salud	11
2.2	Marco conceptual de Calidad	12
2.2.1	Definición de calidad	12
2.2.2	Antecedentes de calidad	12
2.2.3	Calidad intrahospitalaria	16
2.2.4	Calidad de los servicios	18
2.2.5	Calidad de los servicios de Enfermería	19
2.2.6.1	Indicadores de calidad de la atención de Enfermería	20
2.2.6.1	Trato digno	20
2.3.	Estudios Afines	26
2.3.1	Estudios sobre calidad asistencial	26
2.3.2	Estudios sobre calidad de atención de Enfermería	29
2.3.3	Estudios sobre calidad de Enfermería a los Adultos Mayores.	34
2.4	Marco Teórico.	37
2.4.1	Teoría de Hildergard Peplau	37
2.4.2	Teoría de Donabedian	38
2.4.3	Vinculación de la Teoría de H. Peplau con la Calidad de Atención de Enfermería.	41
2.4.3.1	Esquema de la Teoría de Hildergard Peplau	44
2.4.3.2	Modelo adaptado	44
2.5	Marco referencial	45
3	Planteamiento del problema	46
4	Objetivos.	48

4.1	Objetivo General	48
4.2	Objetivos específicos	48
4.3	Importancia del Estudio.	48
5	Metodología	49
5.1	Tipo de estudio	48
5.2	Universo y muestra	48
5.3	Técnica	50
5.4	Procedimiento	50
5.5	Criterios de inclusión	50
5.6.	Criterios de exclusión	50
5.7	Variables	51
5.7.1	Operacionalización de variables	
6	Análisis estadístico	
7	Ética de estudio	51
8	Resultados	
9	Discusión	
10	Conclusiones	
11	Sugerencias	
12	Bibliografía	
13	Anexos	

I.-INTRODUCCIÓN

La práctica de la enfermería gerontológica, precisa una preparación, una infraestructura, un funcionamiento y una tecnología especial, en la cual se debe trabajar en forma interdisciplinaria, siendo esto un factor de vital importancia para poder brindar una atención de calidad a la población con estas características.

El envejecimiento es un proceso complejo con componentes fisiológicos, psicológicos y sociológicos todos entrelazados entre sí. El anciano tiene una amplia gama de necesidades y problemas que requieren comprensión y cuidados por parte del personal profesional de enfermería para promover la salud, el bienestar y la recuperación de la enfermedad o incapacidad y el éxito en la evolución hasta la muerte. Esta nueva panorámica implica el conocimiento de las características generales del usuario anciano y de los indicadores de calidad que rigen la práctica laboral,

Una de las tareas más importantes y urgentes para el personal de enfermería en América Latina es crear una cultura en donde se reconozca la importancia del envejecimiento como un problema de salud pública que exige acciones inmediatas y prácticas.

Se debe buscar tener una base sólida, para brindar la atención, y una de las grandes plataformas es la educación de los profesionales jóvenes dentro de la formación. Ya que se sabe que la proporción de personas mayores de 60 años aumentará al doble en el año 2010 a 2015.

Las políticas y procesos de planeación tienen que abocarse al cumplimiento de objetivos claros y la evaluación continua de la asistencia operativa de enfermería que va a dar la pauta para elaborar nuevos planteamientos, que favorezcan la capacitación apropiada, y un entorno educativo y cultural del envejecimiento, para

brindar una atención de calidad que permita mantener y mejorar la salud de este grupo de población.

2. Marco Teórico

2.1 Antecedentes

En épocas pasadas era sumamente difícil llegar a la vejez, el llegar a esta etapa se consideraba como un privilegio y se hablaba de la fortaleza y vigor de los que la alcanzaban, de ahí que esta etapa fuese considerada como una vida rica en experiencia y sabiduría. En algunas otras regiones la participación de los ancianos era fundamental en los aspectos políticos, económicos y religiosos. Sin embargo al llegar la época de Industrialización, los ancianos fueron relegados y marginados (González 1988). Así mismo, en la actualidad se observa que su experiencia y sabiduría no es aprovechada, sobre todo en la cultura occidental y en algunos países subdesarrollados, debido a que son considerados erróneamente como personas incapacitadas física y mentalmente (Payno 1980) problemática generada por la falta de educación en el campo gerontológico. De ahí que la Asamblea mundial para el envejecimiento realizada en Viena, en agosto de 1982, observó como principales debilidades las siguientes:

- Bajo nivel de conocimiento sobre el tema del envejecimiento y sobre todo de la atención de los ancianos por parte de los profesionales de la salud.
- Ausencia de políticas y planes para la atención de los ancianos.

Tomando en cuenta lo anterior, la mayoría de los países de Latinoamérica se han planteado como metas, resolver en la medida de lo posible las debilidades señaladas, de lo cual se han obtenido grandes logros como: la formación de recursos humanos y el establecimiento de políticas encaminadas para la atención de la salud. Antes de continuar es importante definir algunos conceptos que se mencionan con frecuencia en el presente trabajo, como son: anciano sano, envejecimiento y paciente geriátrico.

Anciano sano, es aquella persona mayor de 60 años que puede cursar con enfermedades crónicas - degenerativas controladas, sin alteraciones en su esfera física, mental y social, lo cual le permite tener autonomía suficiente para satisfacer sus necesidades básicas y de desarrollo socio – cultural. De lo anterior se puede observar que el término de anciano sano, no siempre esta ligado a la ausencia de la

enfermedad, lo cual ocasiona ciertas confusiones. En este sentido debería probablemente ser sustituido por el de Anciano Valido o mejor aún por el de anciano funcional (Guillen 1994).

El **envejecimiento** es un proceso gradual, que conduce a una pérdida de función del organismo, la cual inicia a partir de la tercera y cuarta década de la vida y se manifiesta por una disminución de la capacidad de reserva del organismo. Así mismo, la OMS lo define como un proceso secuencial, acumulativo e irreversible que daña al organismo progresivamente, hasta llevarlo a la incapacidad para enfrentar las circunstancias y condiciones de su entorno, (Anzola 1993) pero cabe aclarar que este proceso no se presenta por igual en todos los individuos.

Por otro lado, se refiere que el envejecimiento es un proceso irreversible e inevitable, que se inicia o alcanza al terminar la madurez, a partir de entonces empiezan los cambios morfológicos, fisiológicos, bioquímicos y psicológicos que se asocian al paso del tiempo, tornan al individuo más vulnerable al medio y merma su capacidad de adaptación y retos a la vida.(Menéndez 2000).

El **ancianismo** como concepto gerontológico se define como el proceso estereotipado y de discriminación sistemática contra las personas, porque son viejas. La vejez es considerada de forma diferente por las diferentes culturas, algunas culturas la ven como algo prometedor, puesto que con la edad se adquiere sabiduría, mientras que otras culturas sienten pavor por ella al considerarla como una edad menos respetada.(Ham 2004)

Por lo que envejecer es un fenómeno extremadamente complejo, que ha intrigado a la humanidad, la cual no ha cesado de buscar las formas de detenerlo y más aún porque se ha asociado al envejecimiento la imagen negativa del ser humano, y con ello una gran discriminación. Feo, sin dientes, incontinente, senil, confuso, desvalido son algunas de las características que nos denotan el estereotipo negativo de la vejez.

Entre tanto, a medida que el mundo toma conciencia sobre el envejecimiento entendiéndolo como resultado de lo natural del ciclo de la vida y no como enfermedad, tenemos la misión de crear una cultura, la del envejecimiento, el buen envejecimiento en donde los prejuicios, las segregaciones y los atropellos se cambien por respeto, integración y flexibilidad; aceptar la vejez en la dimensión justa es el reto.

Por lo consiguiente el rol del personal de salud en especial el de enfermería debe ser el de un profesional autónomo en el cuidado de la salud que coordine la atención compleja a los ancianos, y que asuma el rol de líder en el equipo multidisciplinario de atención sanitaria. La enfermería gerontológica se sitúa entre las áreas más especializadas de la práctica de enfermería, muchos de los problemas del anciano están asociados con el funcionamiento diario.

Los ancianos son más vulnerables a muchos problemas, ya que los cambios fisiológicos dificultan el mantenimiento y la recuperación de la homeostasis, a menudo hay déficit psicológico y sociológico, lo que hace complejo el diseño de actuaciones de enfermería debido a que hay que tomar en cuenta las diversas dimensiones del envejecimiento. La enfermera necesita creatividad e ingenio para implementar un plan de cuidados especialmente si padece de alteraciones de tipo sensorial.

Cabe resaltar un aspecto importante, la enfermera es el profesional que tiene más posibilidades para mantener un contacto estrecho y comunicación con el anciano, son quienes pueden ayudarlo a desarrollar sus potenciales en lugar de abocar en un deterioro lento o rápido. La enfermera proporciona valoración, guía, formación y apoyo; cuida de los ancianos en los diferentes recintos hospitalarios proporcionando los tratamientos necesarios. (Jaramillo 2001)

El anciano responde de forma diferente a la enfermedad, a la manifestación de los estados patológicos y a las consecuencias funcionales. Los ancianos precisan un

manejo especial por parte de las enfermeras que están especializadas para comprender sus necesidades únicas (Miller 1990).

Para realizar juicios discriminatorios sobre los cambios que acontecen en el cuidado del paciente, la enfermera debe conocer los cambios fisiológicos y las diversas teorías del envejecimiento para comprender las necesidades y el espacio vital de la persona anciana. Es esencial que la enfermera conozca las pérdidas que ocurren en el envejecimiento normal, tiene el reto de hallar medios costo-eficaces para proporcionar un cuidado de calidad a largo plazo para los enfermos crónicos y la población anciana (Fernández 2004).

2.1.1 Demografía Poblacional

Los cambios a nivel mundial en la estructura de la población obedecen a las modificaciones en las variables demográficas fundamentales: mortalidad, fecundidad y migración.

La disminución de la mortalidad trae consigo la mayor sobrevivencia hasta edades avanzadas. Dicha disminución es más acentuada en la infancia con lo que se da un rejuvenecimiento de la población. Entre 1950 y 2000, la esperanza de vida de la población de América Latina aumentó, en promedio, 18 años, para llegar a los 69 años. Al inicio del período se observaba una fuerte variación entre los valores de los países; con el curso del tiempo esta dispersión se redujo y las proyecciones apuntan a una futura afinidad. La importancia del componente infantil en la disminución de la mortalidad es ilustrada por la baja de la tasa de 120 por mil a 36 por mil entre 1950 y 2000; en ese período casi un 80% de la ganancia de la esperanza de vida correspondió al incremento de la probabilidad de sobrevivir hasta los 60 años.

La disminución sostenida de la mortalidad fue, en orden cronológico, el primer gran cambio demográfico observado en la región en los últimos cincuenta años, mayor trascendencia es la reducción de la fecundidad, que ocurrió en la mayoría de los países desde los años sesenta y setenta. En 1950, la elevada fecundidad se reflejaba en un promedio regional de 6 hijos por mujer; al concluir el siglo XX ese promedio baja a 2.7 y las proyecciones señalan que en el 2025 llegará a 2.2,

disminuyendo las diferencias entre los países. El descenso más intenso de la fecundidad que de la mortalidad conlleva un envejecimiento en la base, que alude a la disminución de la proporción de niños en la población total.

Otro factor que afecta el envejecimiento es la migración internacional, cuyas repercusiones dependen de la magnitud y continuidad de las corrientes y del momento histórico en que se producen.

América Latina transita hacia nuevos escenarios demográficos; habiendo diferencias entre los países que lo componen.

Una característica distintiva del envejecimiento es su especificidad de género; en general, a medida que aumenta la edad de una población se acrecienta la proporción de mujeres, especificidad que se origina en la mortalidad diferencial según sexo y que redundando en una mayor esperanza de vida para las mujeres. En promedio, las mujeres de la región viven seis años más que los hombres y al comienzo de la edad adulta mayor esa diferencia es de casi cuatro años. Pero más importante que la mera longevidad es la calidad de los años que se viven. Según la información censal, entre un cuarto y un tercio de las mujeres de 60 a 64 años no tienen cónyuge; la ausencia de una pareja, acrecienta las necesidades afectivas y repercute sobre la seguridad emocional. La condición de la mujer de edad se ve también afectada negativamente por la discriminación sufrida a lo largo de su vida (Villa, Rivadeneyra).

Los cambios en la estructura mundial se reflejan a nivel Nacional en el país por lo que en México se ha encontrado que durante el siglo XX se han presentado transformaciones demográficas y en consecuencia económicas, sociales, políticas y culturales. Estas variaciones han implicado profundos cambios en la estructura por edad de la población, en donde la cantidad de adultos mayores ha aumentado y la cantidad de niños ha disminuido de forma gradual.

En la actualidad de acuerdo al último recuento censal, en el país residen 97.5 millones de personas, de éstas alrededor de 3.7 millones son mujeres de 60 años o más y 3.3 millones son hombres en ese mismo rubro de edad (INEGI 2005).

La reducción en los niveles de la mortalidad es uno de los logros sociales más importantes del México contemporáneo, que fue posible por la expansión de la cobertura de los programas y servicios de salud en el país, con lo que se logró

incrementar el control de enfermedades infecciosas y parasitarias, así como en enfermedades respiratorias, y con ello una ganancia en la expectativa de vida de todos los grupos de edad, pero particularmente en niños y ancianos.

Entre 1930 y 2000 la expectativa de vida de la población de 60 años se incrementó en 8.8 años para las mujeres y 7.6 años para los hombres (CONAPO, s/f), con lo cual en la actualidad se espera que una mujer de 60 años alcance a vivir hasta los 82 años de edad y un hombre de la misma edad llegue a vivir hasta 80 años.

2.1.2 Tasas de esperanza de vida

Entre 1980 y 2005 la mortalidad infantil se redujo en 68 por ciento, al pasar de 52.6 a 16.8 defunciones por cada mil nacimientos

El grupo de enfermedades que contribuyó en mayor medida al aumento en la esperanza de vida de los mexicanos fue el descenso de las afecciones transmisibles, maternas y perinatales

Entre 1980 y 2005 la dinámica demográfica de la República Mexicana reflejó importantes cambios como consecuencia del rápido crecimiento poblacional que tuvo lugar a principios de la segunda mitad del siglo XX.

De acuerdo con un estudio del Consejo Nacional de Población (CONAPO), en 1980, de las 429 mil defunciones registradas en todo el país, 31.8 por ciento fue causado por enfermedades transmisibles, 45.7 por ciento se debió a enfermedades no transmisibles, 15.8 por ciento a consecuencia de accidentes y lesiones y el 6.7 por ciento restante está mal definido. Para 2005, las defunciones registradas fueron poco más de 484 mil: 13.2 por ciento se debió a enfermedades transmisibles; 74.1 por ciento a enfermedades no transmisibles y 10.7 por ciento a accidentes y lesiones. En 2.0 por ciento de los casos se desconoce la causa de defunción.

Además de las diferencias en la mortalidad por grandes causas, el análisis por sexo y grupos de edad permite apreciar desde otra perspectiva sus niveles y tendencias. En el ámbito nacional se observa un mayor número de defunciones en hombres que en mujeres, lo que puede atribuirse a factores biológicos y sociales.

En 1980, 57.2 por ciento de las defunciones totales correspondió al sexo masculino mientras que sólo 42.8 por ciento al femenino. Si bien se observa un ligero cambio en 2005 (55.1 y 44.9% para hombres y mujeres, respectivamente) sigue siendo marcada la sobre-mortalidad masculina respecto a la femenina.

En cambio, las defunciones de las personas adultas maduras incrementaron su peso, que se refleja en el aumento de enfermedades infecciosas y parasitarias entre los varones de 25 a 44 años de edad. Baja California, Quintana Roo y Veracruz son las entidades con mayores tasas de defunción debido a enfermedades infecciosas y parasitarias. El incremento del VIH/SIDA que plantea nuevos desafíos al sistema de salud se considera la principal causa de este aumento.

En el caso de las mujeres, los tumores malignos presentan cada año una mayor incidencia.

En 1980, las defunciones de personas de entre 45 y 64 años de edad representaban 16.9 por ciento, 25 años después este porcentaje aumentó a 22.5 por ciento. Las afecciones cardiovasculares, los tumores malignos, las enfermedades digestivas y la diabetes mellitas originan la mayoría de los decesos en este grupo de edad, y los estados que ocupan los primeros lugares de mortalidad por esta causa son Coahuila y Guanajuato.

Los fallecimientos de adultos mayores de 65 años y más tienen un comportamiento semejante al del grupo anterior. En el caso de la diabetes mellitus, Coahuila figura nuevamente en primer lugar, mientras que para padecimientos cardiovasculares, Sinaloa y Nuevo León presentan los mayores niveles en el ámbito nacional.

En términos generales, los cambios observados en los niveles de mortalidad de la República Mexicana se reflejan en el aumento de la esperanza de vida de la población, ya que entre 1980 y 2005, ascendió 7.6 años al pasar de una expectativa de vida de 67.0 en 1980 a 74.6 años en 2005.(Conapo 2007)

2.1.3 Transición Epidemiológica

Hoy en día se presentan factores protectores para la salud del individuo, tales como: alta tecnología, la modificación de los estilos de vida saludable, lo que ha generado incremento en la esperanza de vida al nacer y un envejecimiento progresivo de la

población. No obstante dicha situación se ha presentado desde los años 50, y a partir de los 90 la pirámide de población empezó presentar cambios en la dinámica de la población, la cual se caracterizó por la disminución de los niños y el aumento de Adultos mayores. (Kalache 1995. Ham 1996).

Al respecto la INEGI refiere que en el año 2000 a nivel Nacional existían aproximadamente 6 870 753 adultos mayores y se espera que para el año 2030 se incrementen a 22 198 869 (INEGI 2005), con estas cifras México ocupa uno de los principales países en franco proceso de envejecimiento demográfico, ya que la ONU refiere que los países que tienen más del 1.7% de ancianos serán países envejecidos.(Lowey 2004). Cabe resaltar que Michoacán es uno de los estados de la República Mexicana con mayor población de Adultos mayores, en este sentido se refiere que en el año 2000 eran 4,139.084 los cuales se incrementarían a 4,300.893 para el año 2030, lo que corresponde a un 19.3% del total a nivel Nacional, causado principalmente por la migración internacional (INEGI 2005).

El rápido envejecimiento de la población sumado al cambio epidemiológico en el que prevalecerán las enfermedades crónico-degenerativas, traerá consigo un cambio sustancial del perfil de la demanda de los servicios.

Dicha transición epidemiológica obedece, por una parte a los cambios en la estructura por edad de la población resultado de la transición demográfica y, por otra parte al proceso de envejecimiento de la población que determina cambios en el perfil epidemiológico. Lo más notorio es la disminución de las enfermedades infectocontagiosas y el aumento de las defunciones consecutivas a padecimientos crónico-degenerativos, lo cual implica importantes retos en materia social, en especial para la salud, ya que los adultos mayores enfrentan muchos riesgos asociados a una mayor fragilidad y susceptibilidad ante el medio ambiente. Este riesgo se incrementa con la combinación de los efectos del envejecimiento y la aparición o agravamiento de procesos patológicos.

Entre los adultos mayores es frecuente que un mismo individuo presente varios padecimientos, así como la combinación de enfermedades crónicas con las del tipo agudo y accidentes (INEGI 2005).

El próximo medio siglo el envejecimiento del mundo se representará con un aumento de 1,041 millones de habitantes de 65 años y más, de los cuales 14% corresponden a países desarrollados, 77% en vías de desarrollo y solo el 9% a los de bajo desarrollo social.

El mayor impacto social y probablemente económico del envejecimiento, se desprende de los cambios en el estado de salud determinados por diversos factores precisos y condicionantes de la salud del adulto mayor tales como:
A nivel individual: género, edad, economía, educación, nutrición y co-morbilidad
Intermedios: familia, servicios, médico-sociales, pobreza, empleo, vivienda, políticas de vejez.

Remotos: políticas de población, desarrollo, urbanización, migración y patrones culturales.

El estado de salud de la población de edad avanzada en su conjunto, tiene un peso específico que recae en el sistema de salud en mayor o menor grado en función de la eficiencia de éste. En tal contexto de la interdependencia, más que los eventos agudos, es la morbilidad crónica degenerativa y sus consecuencias no letales, en particular de la dependencia (Novelo 2003).

Con lo anteriormente mencionado se visualiza un cambio en el sistema de salud el cual atraviesa por una serie de modificaciones que apuntan a un descomunal aumento en la demanda de servicios de salud en las próximas décadas (Frenk 1994); lo que trae consigo la acentuación del número de hospitalizaciones y el acrecentamiento de los días de estancia hospitalaria.

Entre las principales causas de morbilidad específica, la Encuesta Nacional de Salud de 1994 reporta que las causas más frecuentes de morbilidad crónica son la hipertensión arterial y la diabetes, seguidas por cardiopatías, neuropatías y enfermedades neoplásicas; encontrando mayor prevalencia de desnutrición en este grupo de edad al igual que las deficiencias sensoriales. (Gutiérrez 2004)

En relación a la mortalidad se ha presentado un descenso que ha tenido lugar con un cambio en el perfil de causas de muerte, tanto en hombres como en mujeres, variando los patrones de mortalidad por causas y edad. Mientras que a principios de

la década de los noventa las primeras tres causas de muerte entre la población en general fueron las enfermedades del corazón, los tumores malignos y los accidentes, en el periodo 2000-2002 la mortalidad por diabetes superó en importancia relativa a la producida por accidentes.

Entre las principales causas de muerte de la población de 60 años o más se encuentran las enfermedades del corazón, la diabetes mellitus y los tumores malignos, las cuales en conjunto agrupan 50.7% de los fallecimientos de adultos mayores. El patrón de causas de mortalidad de los adultos mayores muestra cambios conforme aumenta la edad. Las enfermedades del corazón son más frecuentes en las generaciones más envejecidas (con lo cual se convierte en la causa de muerte de una de cada cuatro personas de 80 años o más). Del mismo modo, las proporciones de muertes, como consecuencia de las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas y de las cerebrovasculares, son mayores cuando aumenta la edad (INEGI 2005).

En el estado de Michoacán, las primeras 5 causas de mortalidad por sexo son:

En mujeres:

CAUSA	DEFUNCIONES	PORCENTAJE
1. Diabetes Mellitus	36	16.4%
2. Enfermedad Isquemica	25	10.6%
3. Enfermedad cerebrovascular	14	6.5%
4. Enfermedad Obstructiva Crónica	9	4.1%
5. Hipertensión arterial	7	3.4%

En hombres:

CAUSA	DEFUNCIONES	PORCENTAJE
1. Diabetes Mellitus	30	11.3%
2. Enfermedad Isquemica	29	10.9%
3. Cirrosis	20	7.7%
4. Enfermedad cerebrovascular	12.8	4.7%
5. Accidentes por vehículo	12.2	4.5%

(SINAIS 2005).

2.1.4 Uso de los servicios de salud

Los cambios en la demografía poblacional y el perfil epidemiológico trae consigo un descenso en las tasas de mortalidad por enfermedades infecciosas y un ascenso marcado de las enfermedades crónico-degenerativas (diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares) enfermedades que afectan principalmente a la población de adultos mayores, este cambio da como resultado la mayor demanda de los servicios de salud por parte de esta población.

Borges en su estudio "Uso de los servicios de salud por la población de 60 años y más en México" señala que las enfermedades crónicas de mayor frecuencia en el grupo de los adultos mayores destacan la hipertensión arterial (9.9%) diabetes mellitus (9%); cardiopatía (3.3.%) y ceguera, sordera o parálisis (2.8%). Encontrando

diferencias por género en la prevalencia de hipertensión arterial siendo mayor en las mujeres (12.9%) que en los hombres (6.6%), por otra parte se observa una mayor prevalencia de diabetes, hipertensión arterial, enfermedades del corazón y úlcera gástrica en los residentes de zonas urbanas y mayor prevalencia de discapacidades y asma en las zonas rurales.

Durante el año 1997 el 5.5% de los hombres y 5.8% de las mujeres fueron hospitalizados; la principal causa fue algún tipo de enfermedad (52.5%), seguida por cirugía (39.7%) y accidente (7.9%). Las causas fueron diferentes de acuerdo a la zona de residencia, en las zonas rurales el mayor porcentaje de hospitalizaciones fue por accidente. La edad promedio de los ancianos que utilizaron los servicios de salud fue de 69.6 años, la tasa de utilización de los servicios de salud fue de 11.4%, tasa más alta de todos los grupos de edad. En los mayores de 60 años, las tasas de utilización variaron entre 5 y 15%, y las mujeres fueron las que más utilizaron los servicios (60%). Los servicios de salud donde más frecuentemente se atienden los adultos mayores en zonas urbanas son: 38% el médico particular, 32% el IMSS, 11.5% la SSA, y solo 7.7% el ISSSTE (Borges 1998).

Cabe señalar que en estas instituciones el cuidado de enfermería que se proporciona al anciano, es parcial y mecanizado, basado en el modelo biologicista, por lo tanto, no es integral, descuidando algunos aspectos que repercuten en la calidad de atención de ésta población como: los cambios anatómicos y fisiológicos que manifiesta el individuo, así como los síndromes más frecuentes en esta etapa de la vida.

2.2. Marco conceptual de Calidad

2.2.1 Definición de calidad

La calidad es un proceso que se evalúa desde hace siglos, sin embargo es indispensable definir el concepto, en este sentido Deming E, señala que la Calidad se encuentra cuando un producto o un servicio es competitivo en una era comercial, por la productividad en una empresa.

El concepto moderno de calidad surge en la década de los 30' con la aplicación en la industria estadounidense del cuadro de control ideado por Walter A. Shewart.

La calidad es una cultura, una filosofía y una forma de ser y hacer, lleva implícita la necesidad de perfeccionar la forma personal de trabajar. La motivación principal de la calidad total es crear un valor agregado en la labor de la enfermera para satisfacer a los usuarios.

Como se puede observar los términos de calidad antes referidos enfatizan más en servicios empresariales, sin considerar los servicios asistenciales a la salud, De ahí, que, Donabedian señala que la Calidad Asistencial Médica se define como el logro de los mayores beneficios posibles de la atención médica, con los menores riesgos para el paciente, los mayores beneficios posibles en función de lo alcanzable de acuerdo con los recursos con los que se cuenta para proporcionar la atención y de acuerdo con los valores sociales imperantes. La calidad implica, los resultados de la atención medida como la mejoría esperada en la salud, que es atribuible a la atención misma (Donabedian 1993).

2.2.2 Antecedentes de la calidad

Al referirnos a los antecedentes de la calidad es imprescindible mencionar sus inicios en la época preindustrial e industrial y su relación con la calidad en el campo de la salud en la cual se distinguen cuatro etapas:

1. En la primera etapa la calidad se trataba de obtener a través de la inspección, los principales estudiosos en ese momento eran F.W. Taylor en 1911 siendo el que revolucionó la metodología de los métodos de producción logrando multiplicar los niveles de productividad en ese mismo año a la par se presentó uno de los acontecimientos más destacados para mejorar la profesión médica, en un estudio realizado por Abraham Flexner el cual desempeñó el papel más importante en transformar las instituciones de enseñanza de la medicina (Gutiérrez M 1989).
2. La segunda etapa se caracterizó por el control estadístico de la calidad y se inició en la década de los treinta destacando entre otros investigadores

Shewart el cual en 1931 publicó un libro que significó un avance definitivo hacia la calidad, siendo en esta misma década en el año de 1933 cuando R.I. Lee y L.W. Jones mencionan que: “La buena atención médica es el tipo de medicina que practican y enseñan los líderes reconocidos de la profesión médica en un cierto periodo del desarrollo cultural y profesional de una determinada comunidad o población”.

Ellos fundamentan su concepto de la buena atención médica en: 1) la atención médica correcta se limita a la práctica racional de la medicina. 2) enfatiza la prevención; 3) exige una cooperación inteligente entre el público general y los profesionales de la medicina, 4) trata al individuo como un todo, 5) mantiene una relación personal cercana y continúa 6) buena atención médica significa que todos los servicios médicos de la medicina científica moderna pueden ser aplicados a las necesidades de salud de todas las personas (Sheps 1995)

Con lo anteriormente mencionado se sientan las bases de los modernos criterios con que se evalúa la atención médica de calidad en la actualidad.

3. La tercera etapa de aseguramiento de la calidad, la cual se caracterizó por dos hechos importantes; uno fue la toma de conciencia de los directivos sobre la responsabilidad que les corresponde la garantía de calidad, y el otro fue la implantación del nuevo concepto de garantía de calidad en Japón en esta década destacaron algunos otros investigadores como Deming, quien puso de relieve la producción de artículos defectuosos, se destacó por impulsar el uso del control estadístico de los procesos estadísticos de la calidad; Joseph Jurán investigó los costos y la administración de la calidad entre algunos otros que le dieron auge a la investigación de la calidad (Van-Dick 2001).
4. La cuarta etapa se da en las últimas dos décadas cuando la calidad pasa a ser una estrategia de competitividad. En el año de 1966 se presentó una de las más importantes obras de con respecto a la calidad de la atención médica por Avedis Donabedian en el cual propone tres enfoques de la evaluación de la calidad de la atención médica: estructura, proceso y resultados.

La evolución de la estructura se basa en la adecuación de las instalaciones y los equipos; la idoneidad del personal médico y su organización, la estructura administrativa y el funcionamiento de programas e instituciones que prestan atención médica; la organización financiera y otros.

Otra forma de enfocar la evaluación de la calidad, consiste en examinar el proceso mismo, esta posición se justifica porque se supone que no interesa el poder de la tecnología médica para alcanzar los resultados previstos, sino determinar si se ha aplicado lo que ahora se conoce como buena atención médica.

Otro enfoque propuesto para la evaluación de la calidad es el resultado de la atención médica en términos de recuperación, restauración de las funciones y supervivencia, los resultados son en general, los indicadores definitivos para dar validez a la eficacia y calidad de la atención médica (Donabedian 1993).

Con lo que en los años recientes ha habido un auge en el interés de las empresas, tanto públicas como privadas, por producir bienes de calidad, por otra parte ha aparecido gran cantidad de cursos y talleres, seminarios y conferencias dirigidos a gerentes y directivos con el propósito de sensibilizarlos sobre la importancia de controlar y mejorar la calidad que producen las empresas.

En México los sistemas de salud enfrentan una tarea compleja y de extraordinarias dimensiones, la población aumenta aceleradamente y está consciente de sus derechos y privilegios y espera por lo tanto, la pronta atención a sus demandas. Esto a llevado necesariamente a diseñar un sistema de atención que se ajuste a la definición de la Organización Panamericana de la Salud: Conjunto de elementos a través de los cuales, los recursos humanos y la capacidad instalada se organiza por medio de un proceso administrativo y de una tecnología médica para ofrecer las prestaciones de salud integrales, en cantidad suficiente y calidad adecuada para cubrir la demanda de servicios de la comunidad a un costo que tenga un beneficio.

Recientemente las instituciones públicas han mostrado avances en la aplicación de mejoramiento de calidad, sobresalen los casos del IMSS, ISSSTE Y los hospitales de la Secretaría de Salud.

2.2.3 Calidad intrahospitalaria.

La Organización Mundial de la Salud ha intentado una definición lo más amplia posible de la calidad asistencial sanitaria al establecer que es: Asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y el servicio y lograr el mejor resultado con el mínimo de riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso.

Los expertos en salud la definen como la conservación de un elevado nivel técnico-científico, es decir, la utilización de conocimientos y tecnológicas que en un principio aseguran que los profesionales puedan prestar un servicio óptimo basado en la aplicación de conocimiento más actualizado y la tecnología más adelantada.

A su vez los pacientes de los servicios identifican la calidad más bien con un componente de cantidad de servicios disponibles, de tiempo empleado y otras cuestiones referidas a la comodidad de utilización de los servicios sanitarios, aspectos, que tienen que ver especialmente con el concepto de eficacia del sistema, orientado a la cantidad de servicios que están al alcance de las personas (Balseiro 2005).

Las primeras normas para regular la atención médica se remontan a más de treinta siglos sin embargo la implantación de técnicas de evaluación y de mejora de la calidad en el sector sanitario es mucho más reciente.

Entre las aportaciones más relevantes en nuestro medio encontramos tanto la propuesta de Donabedian, que sistematizó la evaluación y mejora de la calidad de la asistencia sanitaria en el análisis de la estructura, el proceso y los resultados; como los conceptos de mejora continua que introdujo Berwick hace tan solo una década.

El concepto actual de calidad ha evolucionado hasta convertirse en una forma de gestión que introduce el concepto de mejora continua en cualquier organización y a todos los niveles de la misma. Por ello, la definición de una atención sanitaria de

calidad de acuerdo con los principios de la mejora continua abarca diferentes aspectos de la asistencia sanitaria: reducir variabilidad, satisfacer las necesidades de los pacientes, mejorar permanentemente, y cambiar la cultura de toda la organización para conseguir los niveles más altos de calidad con los recursos disponibles. En la actualidad, el concepto de mejora continua se aproxima a la clínica, para conseguir que los cuidados se presten de la forma más efectiva y eficiente posible. Por esta razón, es necesario basarse en la evidencia científica y en la perspectiva de todos los pacientes. Las organizaciones deben procurar satisfacer no solo las necesidades técnicas (eficacia, efectividad, adecuación, etc.) sino también otros aspectos relativos a la calidad percibida como: seguridad, fiabilidad, accesibilidad, capacidad de respuesta o empatía; por lo que la mejora continua de la calidad en los cuidados-servicios, se dirige a alcanzar y mantener un grado específico de excelencia a través de la elaboración e implementación de un plan de acción basado en los resultados de la medida y evaluación del estado actual de la calidad. En efecto, la mejora continua de la calidad no puede ser alcanzada sin reconocer la calidad existente en el contexto, intenta entonces resaltar los aspectos positivos encontrados en los cuidados-servicios y desarrollar nuevas estrategias para apoyarlos y mejorar los aspectos más débiles encontrados en este proceso.

Debido a ello se implementó en El Programa Nacional de Salud 2001-2006 la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud como una de las cinco estrategias sustantivas para hacer frente a los retos que el Sistema de Salud mexicano enfrentaría en próximos años, entre estos retos fue mejorar la calidad de los servicios de salud que se prestan a la ciudadanía, en sus dimensiones técnica e interpersonal, la cual ya había sido abordada particularmente analizada en los últimos 15 años a través de muchos esfuerzos realizados tanto por las instituciones del sector público como por las del sector privado; sin embargo, el sistema de salud mexicano ha carecido de una estrategia que permita dar coherencia e impulso a todos esos esfuerzos para que el reto sea consistentemente superado.

Con lo anteriormente mencionado se hace evidente la necesidad de establecer una estrategia nacional que sistematice el valor de la calidad y lo prevalezca en la cultura organizacional del sistema que concientice a los prestadores de los servicios,

tomando como punto de partida de todos esos esfuerzos a los usuarios de los servicios, buscando la mejora sustantiva de sus condiciones de salud y garantizar un trato digno (CNC 2000).

2.2.4 Calidad de los servicios.

Se denomina a la percepción que tiene el cliente acerca de lo que corresponde entre el desempeño y las expectativas, relacionados con el conjunto de elementos secundarios, cuantitativos y cualitativos de un producto o servicio principal.

La calidad del servicio es responsabilidad de toda la organización incluyéndose los elementos de tecnoestructura, por lo que se deben cuidar todos los aspectos debido a que cuando un cliente evalúa, juzga el servicio íntegramente, prevaleciendo la impresión de conjunto.

La calidad es la correspondencia entre la percepción de las propiedades y el servicio que de él se espera, de acuerdo a ello la percepción que el cliente tiene sobre la satisfacción de sus necesidades existen tres tipos de calidad: a) Calidad requerida: Nivel de cumplimiento de las especificaciones del servicio b) Calidad esperada: Satisfacción de los aspectos no especificados o implícitos.

c) La calidad real: Dada por la expectativa o la necesidad.

d) La calidad percibida: Es la impresión, el impacto que ha causado el servicio en el cliente, considerándolo como único juez (Andía 2000).

2.2.5 Calidad de los servicios de enfermería

Se concibe como la atención oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente que brinda el personal de enfermería, de acuerdo con estándares definidos para una práctica profesional competente y responsable, con el propósito de lograr la satisfacción del usuario y del prestador de servicio.

La calidad de atención de enfermería es tratar a los pacientes lo que ellos necesitan, esforzarse por complacerlos, intentar conocer que desean y anticiparse a ello, poner todos los conocimientos, experiencia y técnica que se tenga a su servicio.

Si se admite que la calidad es una cultura lleva implícita la necesidad de perfeccionar la forma personal de trabajar. La motivación principal de la calidad total es crear un valor agregado en la labor de la enfermera para satisfacer a los usuarios.

En enfermería la calidad es una necesidad que aumenta y es cada vez más importante.

Los requisitos para considerar la atención de calidad los determina quien los recibe. Enfocar al usuario significa investigar sus necesidades y tenerlas presentes al proporcionar la atención, se debería partir de la premisa de que el usuario es aquella persona que tiene la capacidad de decidir si acepta o no el servicio que se le ofrece. Pero ocurren diversos errores cuando no se considera el sentir y el pensar del usuario tales son:

- 1 Realizar el trabajo sin reflexionar para que, para quién se hace
Suponer que se sabe lo que los usuarios necesitan por lo que pocas veces se les pregunta si están de acuerdo.

Los resultados de errores como los que se mencionaron se manifiestan en consecuencias negativas:

- 2 La atención de enfermería no cumple con su verdadero sentido que es dejar satisfecho al usuario
- 3 Se tiene que repetir el trabajo porque no se pidió consentimiento para realizarlo
- 4 Crea una situación de disgusto entre la enfermera y el usuario.

Si se quiere entregar calidad a los usuarios existen dos formas:

- 1.- Revisar las actividades

2.- Garantizar la calidad.

2.2.6 Indicadores de Calidad de la Atención de Enfermería

La Comisión Interinstitucional de Enfermería (CIE), definió realizar la evaluación de la calidad como prioridad para mejorar la calidad técnica e interpersonal de los servicios de enfermería, por lo que se llevo a cabo un proyecto para la evaluación sistematizada de los servicios, definiéndose 3 indicadores que fueron seleccionados por su importancia en el control de riesgos y daños innecesarios al paciente considerándolos los más frecuentes en la práctica diaria. Asimismo, porque permiten identificar otro de los aspectos relevantes en el cuidado que brinda enfermería como es la percepción de los usuarios de los servicios de enfermería en cuanto al trato recibido; los indicadores que se evalúan en ambas dimensiones son los siguientes en la dimensión técnica es la “Cumplimiento de criterios básicos para la ministración de medicamentos”, “Vigilancia y control de venoclisis instalada” y en la dimensión interpersonal “Trato digno”.

2.2.6.1 Trato digno

Las pacientes de los servicios de Salud tienen derecho a recibir una atención de calidad en el cual incluye como componente fundamental el trato digno. La calidad de la atención y el trato digno dependen del desempeño de los profesionales de la salud responsables de proveer el servicio. Las enfermeras(os) es un recurso humano fundamental para el trato digno en las instituciones de salud por las siguientes características:

1. Es el personal más numeroso de las instituciones de salud asistenciales.
2. Es el personal que proporciona la atención directa a la población usuaria
3. Es el personal que permanece las 24 horas del día
4. Es el personal que detecta de manera inicial las necesidades de salud
5. Es quien escucha principalmente a la población usuaria
6. Es quien acude cuando se solicita ayuda

El trato digno también es llamado trato adecuado siendo una dimensión de la calidad de la atención médica, es un proceso de la práctica asistencial del personal de salud,

está sustentado en derechos humanos y enmarcado en principios éticos, así como también tiene que ver con las expectativas de las personas y con los aspectos objetivos del sistema de salud. **El trato digno se caracteriza por el respeto, la información, el interés por la persona y la amabilidad.** (Reyes 2003).

Hace referencia a las expresiones de amabilidad que dan durante el proceso de atención y el interés manifiesto que tiene el profesional que provee el cuidado hacia los pacientes, en consideración a sus valores, a su cultura, a su lenguaje, a sus sentimientos y a las creencias de salud.

El Programa de Acción Cruzada Nacional por la Calidad define el trato digno como los aspectos subjetivos no médicos que tienen que ver con las expectativas legítimas y de carácter universal de las personas y a los aspectos objetivos que tienen que ver con el sistema de salud como un todo, y no únicamente a la interacción personal con el proveedor del servicio.

La Comisión Interinstitucional de Enfermería (CIE) define operacionalmente el trato digno del personal de Enfermería como “La percepción que tiene el paciente o familiar del trato y la atención proporcionada por el personal de enfermería durante su estancia hospitalaria” (CIE 2003).

1. Por lo que refiere al **trato de calidad** la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud la define a través de los siguientes componentes: **I) respeto a los derechos humanos y a las características de la persona; II) información completa, veraz, oportuna y entendida por el paciente o su acompañante; III) interés manifiesto en la persona, sus mensajes, sensaciones y sentimientos, y IV) amabilidad.** (Programa de Acción: Cruzada por la Calidad de los Servicios de Salud. Secretaría de Salud. 2000. Subsecretaría de Innovación y Calidad.)

Componentes del trato digno.

La Subsecretaría de innovación y Calidad considera ocho dominios para el concepto de trato adecuado: 1. Autonomía, 2. Trato digno, 3. Comunicación, 4. Confidencialidad, 5. Atención pronta. 6. Condición de las comodidades básicas, 7.

Capacidad de elección del proveedor 8. Acceso a redes de apoyo social cuando se está hospitalizado

Cuatro dominios relativos al respeto de los derechos básicos y universales de las personas:

1. Autonomía: Tomar decisiones, consentimiento informado y derecho a rehusar el tratamiento.
2. Trato digno: Ser tratado como persona
3. Comunicación: Resolver dudas
4. Confidencialidad: Decidir quien puede tener acceso a la información relacionada con su salud.

Cuatro dominios relativos al respeto a los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud:

1. Atención pronta: Atención inmediata en casos de urgencia y espera razonable en casos que no lo sea.
2. Condiciones de las comodidades básicas: Instalaciones limpias, mobiliario adecuado, ventilación, alimentación saludable.
3. Capacidad de elección del proveedor: Por edad, sexo, experiencia.
4. Acceso a redes de apoyo social cuando se está hospitalizado: Visitas, provisión de alimentos y utensilios de higiene si son proporcionados en el Hospital. (Torres, 2006)

El personal de Enfermería tiene relación con los ocho dominios del trato digno antes mencionados debido a que:

1. Es el personal que proporciona el trato digno durante todo el proceso de atención.
2. Es el personal que se comunica continuamente con los usuarios de los servicios de salud.
3. Es el personal que favorece la toma de decisiones, participa en el proceso de consentimiento informado de los procedimientos médico-quirúrgicos: informa efectos, beneficios y riesgos, pregunta si la información fue clara, promueve la exposición de dudas, resuelve las dudas expuestas, verifica comprensión de dudas.

4. Es el personal que favorece la confidencialidad de la información relacionada con la salud de los usuarios.
5. Es quien favorece condiciones de higiene, confort, privacidad, ventilación, iluminación y alimentación para personas usuarias de los servicios (Torres 2006).

El objetivo de la evaluación de la calidad es:

Contribuir a que la prestación de los servicios médicos se lleven a cabo dentro de las normas establecidas de calidad, con sentido social, humanitario y congruente, y con los parámetros de eficiencia esperados, a partir del conocimiento de las condiciones con que estos servicios se otorgan.

Otros objetivos de la evaluación son:

- Unificar los criterios para el seguimiento y evaluación de los programas básicos, en los niveles local, delegacional y regional, con la periodicidad que se establezca en cada uno de ellos.
- Precisar los aspectos evaluadores, aquellos en que se enfatiza la necesidad de mejorar a corto plazo, que constituyan una mejor respuesta a las demandas y expectativas de las personas usuarias (Balseiro 2005).

Evaluación de la Calidad de los Servicios de Enfermería

La evaluación de los indicadores establecidos por la Secretaria de Salud se lleva a cabo por las siguientes instancias:

- 1 Las instituciones de salud participantes, de cada entidad federativa definen el personal responsable de realizar el levantamiento de la información de indicadores.
- 2 El levantamiento de los datos se lleva a cabo, por personal previamente capacitado para la aplicación de criterios uniformes que garantizan la confiabilidad de la información que se recaba.
- 3 El personal médico o de enfermería previamente capacitado, ajustándose a las políticas de cada institución, revisa los expedientes clínicos para la medición de los indicadores de Calidad.

Para medir los indicadores antes mencionados se deberá establecer un tamaño de muestra en cada unidad médica para realizar las mediciones de acuerdo a los lineamientos descritos según tipo de indicadores. Así mismo, en el levantamiento de datos de los indicadores de Trato Digno, debe asegurarse la representatividad de los días y turnos laborables. Por lo que las mediciones deben registrarse únicamente en los formatos autorizados y avalados por el Comité Técnico Sectorial, con el propósito de garantizar la homogeneidad de la información.

Es indispensable evaluar el cuidado que brinda enfermería a través de los procesos o procedimientos que realiza diariamente el personal de enfermería, con lo cual define sus competencias (CIE 2005).

Para lo cual la Comisión Interinstitucional de Enfermería preocupada por mantener el nivel de calidad en el cuidado que brinda el personal operativo, estableció en el año 2004 los lineamientos para la mejora continua de los servicios de enfermería, en el cual se estableció la definición específica de mejora continua como: El proceso que permite a los directivos y personal operativo, ejercer acciones de cambio encaminadas a lograr las intervenciones, servicios o productos de la actividad profesional de enfermería sean consistentes con los estándares de calidad. Dicho proceso está constituido por una serie de etapas y actividades que se complementan entre sí. Es considerado como una nueva forma de trabajo en el que se involucran y comprometen todos los trabajadores que integran a la organización, para lograr la satisfacción de los usuarios por el trato recibido, y de los prestadores del servicio por la actividad técnica de su actividad profesional.

La CIE establece que para iniciar un programa de mejora continua se debe contar con una evaluación cuantitativa y cualitativa que sirva de base para establecer un diagnóstico general de la unidad y determinar el nivel de calidad de las intervenciones o servicios que proporciona el profesional de enfermería de acuerdo a los estándares establecidos.

Es necesario que cada unidad cuente con un Subcomité de Calidad de Enfermería paralelo al Comité de Calidad de la Unidad encabezado por la autoridad máxima en enfermería con la participación de colaboradores directos y con responsabilidades específicas como: 1. Formular y difundir las políticas de calidad, tomando como base la misión institucional. 2. Definir principios y valores para integrar va todo el personal de enfermería en una cultura de trabajo hacia la calidad. 3. promover el enfoque de dar valor superior al usuario y fomentar la cultura de calidad a través del ejemplo. 4. Facilitar la formación en materia de calidad para el desarrollo de competencias de trabajo en equipo y el uso eficiente de herramientas de calidad. (Lineamientos para la mejora continua de los servicios de Enfermería)

La finalidad de llevar a cabo una evaluación de la calidad de los servicios de Enfermería es medir la satisfacción del paciente que implica una experiencia racional cognoscitiva, definida en términos de discrepancia percibida entre aspiraciones y logros, derivada de la comparación entre las expectativas y el comportamiento del servicio, la cual está subordinada a numerosos factores como las expectativas, valores morales, culturales, necesidades personales, retribuciones esperadas, información recogida de otros pacientes y de la propia organización, sanitaria. Estos elementos condicionan que la satisfacción sea diferente para distintas personas y para la misma persona en las mismas condiciones (Andía 2000).

2.3 Estudios afines

2.3.1 Estudios sobre calidad asistencial.

En el Hospital General de México de la Secretaría de Salud El autor Eduardo Rosas menciona que como parte de de la estrategia nacional por la calidad de los servicios de salud durante el año 2002, se incluyó la evaluación de los servicios médicos proporcionados por la institución y por el personal que atiende directamente a los usuarios obteniendo los siguientes resultados, en la opinión sobre la atención recibida por enfermeras en abril de 2002 80 pacientes expresaron que era mala, 484 regular, 2418 buena 1842 excelente, 594 otros y 283 no contestó antes estos resultados se tomaron las siguientes estrategias; En el periodo de enero a diciembre

2002 se desarrollo una serie de líneas trabajo buscando mejorar la calidad de los servicios médicos proporcionados:

Se capacitaron a 2,217 trabajadores de la institución en temas como calidad de la atención, valores al servidor de la salud y actitud de servicio

Se elaboró y difundió el código de bioética del personal del Hospital General de México y colocación de 5 buzones de quejas y sugerencias. Obteniendo como resultado, en el mes de octubre de 2002 cuando se aplicó la segunda encuesta de opinión a los usuarios: Tomando como parámetro las dos encuestas de opinión aplicadas a los usuarios en el 2002, se observó un pequeño avance pero consistente en la evaluación de los servicios médicos, así como en el personal que tiene un trato directo.

Dentro de estas mismas investigaciones se realizó un estudio titulado trato digno con mejora continua de la calidad en los Servicios de Salud de Morelos Jurisdicción Sanitaria 1 Cuernavaca Morelos, en donde se encontró que no contaban con programas de capacitación para la mejora continua de la calidad, no había una cultura de mejora continua de la calidad y de trabaja en equipo para la solución de problemas y la toma de decisiones pertinentes. Lo que se hizo fue que durante la última semana laboral del mes de diciembre de 2001 y la primera de enero de 2002 se capacitó al personal médico, administrativo y de intendencia sobre la forma de tratar al público usuario del centro de salud urbano de Cuernavaca, previó a la capacitación se aplicó un cuestionario a todos los acompañantes de los usuarios para establecer la evaluación y comparación de resultados, el cual contemplaba los siguientes aspectos Buen trato, Buena atención médica, Espera de horas, información del padecimiento, y satisfacción del servicio, dos meses después se aplicó de nuevo el cuestionario para establecer la evaluación y comparación de resultados, observándose una diferencia alta en relación con la variable "Información al usuario" la cual mostró una mejora de 30% , antes de la intervención no se conocía el programa de mejora continua de calidad y ahora lo maneja todo el personal, se estableció un mecanismo de detección, reporte, medición que permite evaluar la calidad de los servicios otorgados (Rosas 2002)

De igual forma Fernández Sola Cayetano en 2004, en su estudio Reclamaciones del Usuario, estudio la calidad asistencial mediante el análisis de reclamaciones, los objetivos son estudiar la percepción del usuario acerca de las deficiencias y de la actitud del profesional en relación con el paciente. para ello se planteo una evaluación observacional mediante el análisis de documentos; en los que la mayoría denuncian demoras en las citas, esperas prolongadas, trato incorrecto, información insuficiente, mala praxis profesional, pérdida de exploraciones y falta de material.

Por otra parte Nicaragua, en su estudio Programa de desarrollo del modelo de atención integral en salud, contiene la Propuesta del Ministerio de Salud para iniciar el Modelo de Atención Integral en Salud, en el cual se tomaron en cuenta los resultados de la evaluación de los proyectos de apoyo a la atención primaria en salud y de las políticas de salud. Comprende una propuesta integral para desarrollar el Modelo de atención integral en salud, particularmente sus componentes provisión de servicios y gestión.

En relación a los estudios anteriores Puentes Rosas en 2006 en su investigación "Trato a los usuarios en los servicios públicos de salud en México" se obtuvieron datos mediante una encuesta aplicada a 18 018 usuarios que asistieron a 73 servicios de salud de 13 estados de México. Los usuarios debían calificar la forma en que la institución se había desempeñado en siete de los ocho dominios del trato adecuado de los usuarios (autonomía, confidencialidad, comunicación, trato respetuoso, condiciones de las instalaciones básicas, acceso a redes de apoyo social y capacidad de elección). En el cuestionario se presentaron viñetas para valorar las expectativas de los usuarios. Se aplicó un modelo probit ordinal compuesto con la percepción sobre la calidad de cada uno de los dominios del trato adecuado como variable dependiente y el sexo, la escolaridad, la edad, el tipo de proveedor y las expectativas de los usuarios como variables de control. Resultados: El principal factor que determinó la percepción de los usuarios sobre el trato que recibieron en los servicios de salud en México fue el proveedor. Las instituciones de seguridad social mostraron el peor desempeño, mientras que los servicios del programa destinado a la población rural (IMSS Oportunidades) recibieron las mejores calificaciones. En general, el dominio mejor calificado fue el

trato respetuoso, mientras que la menor calificación se asignó a la capacidad de elección del proveedor. Los hombres consideraron haber tenido mejor comunicación que las mujeres, mientras que el trato respetuoso, la comunicación y el apoyo social tuvieron una asociación significativa inversa con respecto al nivel educacional ($P < 0,05$).

Conclusiones: Se encontraron diferencias en la forma en que los diferentes proveedores públicos de servicios de salud de México tratan a sus usuarios, independientemente de las características socioeconómicas de estos. Los proveedores de las instituciones de seguridad social mostraron más deficiencias en este sentido. El trato respetuoso fue un dominio que presentó calificaciones altas en todos los proveedores existen rubros en los que se deben realizar modificaciones organizativas, ya que las deficiencias encontradas no están únicamente determinadas por el perfil del personal de salud, sino también por aspectos relacionados con la forma en que está estructurado el sistema de salud en México.

2.3.2 Estudios sobre calidad de atención de enfermería.

Tomando en cuenta la importancia que tiene la calidad del cuidado de enfermería Escobar Saldarriaga en 1990, realizó un estudio cualicuantitativo de la practica asistencial de los profesionales de enfermería en las salas de trabajo de parto en instituciones oficiales del departamento de Antioquia, en los cuales se trabajo con 3 poblaciones; las instituciones oficiales, los profesionales de enfermería que laboraron en salas de trabajo de parto y las gestantes que fueron atendidas durante el trabajo de parto, haciendo muestreo de está última el cual fue proporcional al promedio de partos mensuales atendidos en cada institución siendo un total de 234 pacientes. Siendo las variables investigadas: 1. La función asistencial, siendo estudiada a través de entrevista individual estructurada. 2. Condiciones de eficiencia que se midieron según el modelo propuesto por la Ops/Oms. 3. Satisfacción de las pacientes mediante una guía de entrevista y grabación magnetofónica; encontrando como resultados que solo el 28% de los profesionales de enfermería realizan admisión de las gestantes, en lo que según las enfermeras entrevistadas en un 61%

se realizó en base a aspectos biológicos sin considerar el aspecto emocional y las características sociales de las gestantes, teniendo también que el 83% de los profesionales de enfermería no saben elaborar diagnósticos de enfermería, el 92% no diseña protocolos de intervención. En entrevista colectiva el 93.4% manifestó elaborar por escrito planes de atención por escrito para las gestantes y sólo el 19.9% tenía en cuenta aspectos biopsicosociales en la elaboración de dicho plan. Así mismo en la variable las condiciones de eficiencia, las instituciones con mayor deficiencia en recursos, suministros y normas tecnicoadministrativas fueron las de tercer nivel de atención. En relación a la satisfacción de las gestantes el 12 % expresa sentimientos de soledad y de temor, algunas haciendo referencia a formas de violencia verbal y actitudinal por parte de algunos miembros de la salud, prolongadas esperas de admisión, molestias por los frecuentes tactos, a pesar de ello la mayoría de las madres expresan satisfacción por la atención recibida. (Escobar Saldarriaga).

Alvarado Rivadeneyra en 1996, realizó un estudio de tipo experimental, de doble diseño, con 26 enfermeras y 44 pacientes del 3B de medicina en el HNGAI, con el objetivo de comparar la calidad de atención que brindan las enfermeras del 3B este y oeste, así como comparar la opinión de los pacientes en relación con la calidad de atención que brinda la enfermera del 3B este y oeste, quienes fueron estudiados con un nuevo Kardex de Enfermería, un formulario tipo cuestionario y una encuesta de opinión de los pacientes sobre la calidad de la atención de Enfermería. De los datos obtenidos encontró que las enfermeras de 3B oeste brindan una mejor calidad de atención, en comparación con las enfermeras de 3B este ($p < 0,05$), porque el 53,8% de las enfermeras elaboran por escrito y ejecutan el plan de cuidado a los pacientes hospitalizados, el 100 % de ellas incluyen indicadores de calidad; el 76,9 % utilizan criterios para su elaboración y 84,6 % de las enfermeras evalúan la calidad de atención brindada. Con relación a la opinión de los pacientes sobre la calidad, observaron que existe un porcentaje significativo de pacientes de 3B oeste (86,3 %) que tienen una opinión favorable acerca de la atención que brinda la enfermera, en comparación con los pacientes del 3B este, en el cual sólo el 9,1 % tiene una opinión favorable ($p < 0,05$) (Alvarado Rivadeneyra)

Por otro lado Gutiérrez Reyes en 2001, realizaron un estudio descriptivo transversal con el objetivo de identificar el conocimiento del personal de enfermería sobre los derechos humanos del paciente hospitalizado y su relación con la satisfacción del paciente con la atención de enfermería, para lo cual se estudio una muestra por conveniencia conformada por 50 enfermeras generales y 121 pacientes hospitalizados, aplicándose una escala dicotómica a las enfermeras y un cuestionario de 18 reactivos para evaluar la satisfacción de los pacientes en la atención de enfermería, tomando en cuenta los 10 preceptos sustentados en valores universalmente reconocidos como derechos a: 1. La vida 2. Protección a la salud 3. La autonomía 4. La información 5. La verdad 6. La confidencialidad 7. La libertad 8. La intimidad. 9. Un trato digno 10. LA mejor atención médica, obteniendo los siguientes resultados el 100% del personal encuestado tiene conocimiento sobre el derecho a la salud y los derechos antes mencionados; en relación a la satisfacción del paciente el 49% refiere no conocer el nombre de la enfermera, al 29% no le informaron donde se localizaban las diferentes áreas del servicio, el 32% opinó que la enfermera no se dirige a él por su nombre, el 10% no le informa de estudios, el 17% no recibió un trato amable y sólo el 12% considera que se ha respetado su derecho a decidir en la toma de decisiones, el 51% no respeta su intimidad; respecto a la atención el 50% refiere que la atención es buena, el 28% excelente y el 14% regular. (Gutiérrez Reyes)

En lo que Naranjo Bermúdez en el 2001 en su investigación Comunicación con los pacientes, especifica que la comunicación con los pacientes no sólo se da con palabras, las expresiones no verbales y el silencio también son formas de comunicación por lo que los futuros profesionales de enfermería, dentro de nuestra formación y práctica profesionales, debemos adquirir habilidades y destrezas para saber interpretar lo que un paciente nos quiere expresar, aún en ausencia de las palabras, lo que va a permitir brindar un cuidado integral es el establecimiento de una relación de confianza y ayuda entre la enfermera(o) y el paciente, en la que haya disposición al diálogo y la escucha, utilizando una terminología clara y comprensible que facilite la comunicación y que permita identificar y satisfacer las necesidades del paciente de forma asertiva y oportuna, este trabajo pretende

demostrar, a través de una experiencia de cuidado en nuestra práctica académica, la importancia de establecer con el paciente una comunicación adecuada, fundamentada en principios éticos, y la calidad del cuidado de enfermería.

A su vez Castañeda Colunga desarrollo un estudio para conocer el nivel de satisfacción del usuario en los centros de salud urbanos en dos municipios del área metropolitana de Monterrey Nuevo León de noviembre de 2001 a marzo de 2002 para lo cual se construyo un instrumento para medir el nivel de satisfacción de los usuarios en atención primaria el cual fue validado por expertos y medida su fiabilidad mediante el Alpha de Cronbach de .885, se establecieron dos momentos de medición, uno previo a la intervención programada que fue la realización del Taller “Nueve clases para el cambio” y una medición post intervención para comparar los resultados en la opinión de los usuarios de los servicios los cuales fueron abordados fuera del centro de salud posterior al recibir la atención de consulta médica, la muestra del estudio es probabilística y corresponde a $n= 246$; 123 usuarios entrevistados antes del taller “ 9 claves para el cambio con la participación del personal operativo de los centros de salud y 123 posterior a la intervención, el instrumento cubrió las dimensiones interpersonal y técnica cada una de ellas en las tres etapas de atención, estructura, proceso y resultado, en 39 indicadores evaluados en escala de Lickert de cinco niveles, encontrando variables significativas como La enfermera le saluda de mano $p<0.013$, la enfermera le llama por su nombre $p< 0.041$, la enfermera se despide de mano $p<0.029$.

En correspondencia Catarina Cordero en el año de 2003 realizó un estudio de calidad de cuidado de enfermería proporcionado al paciente lactante en opinión del cuidador, en el que el objetivo fue determinar la relación que existe entre la opinión del cuidador y los factores sociodemográficos y de salud del paciente lactante, se utilizó un diseño descriptivo, con una muestra probabilística con una población de 70 cuidadores familiar de lactantes que se encontraban hospitalizados en los servicios de lactantes A, los datos se recopilaron a través del instrumento sobre satisfacción del cuidado de enfermería de Abdellah y Levine, en este estudio el 68.6% de los cuidadores no estaba enterado del nombre de la enfermera, así como tampoco le explicó lo que tenía el niño y un 65.7% nunca le informó de la evolución del niño.

LAS Conclusiones: Los resultados obtenidos en este estudio permiten concluir que la opinión del cuidador del paciente lactante sobre la satisfacción de calidad puede utilizarse como una alternativa para evaluar la calidad del cuidado de enfermería; permite a los directivos de enfermería visualizar debilidades que puedan mejorarse con implementaciones complementadas con evaluaciones continuas de calidad de atención de enfermería.

En relación a la investigación anterior Suárez Vázquez en el 2004 realizó un estudio en el cual evaluó la calidad de los servicios de enfermería en el Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez" en el cual implemento un sistema de monitoreo y seguimiento de los servicios de enfermería con base en 10 indicadores y estándares de la Secretaría de Salud con el objetivo de alcanzar un índice de eficiencia máximo, los resultados obtenidos fueron satisfactorios ya que se observo un aumento significativo en cada uno de los índices de eficiencia por indicador.

Lara Barrón en 2006 menciona en su estudio participación de enfermería en la gestión de calidad en instituciones de salud certificadas, que el Sistema de Salud enfrenta problemas de calidad y busca a través de la Certificación mejorar la calidad, implementado una gestión de calidad que propicie la intervención de los involucrados, entre los que se encuentra enfermería, con el objetivo de conocer la participación de los directivos de enfermería de hospitales públicos y privados certificados en la gestión e identificar dificultades percibidas para su implementación, la metodología que se implemento fue cualicuantitativa en doce supervisoras de seis hospitales certificados seleccionadas aleatoria mente, el eje de análisis fue la gestión de la calidad (Satisfacción del cliente, liderazgo, participación, compromiso, cambio cultural, cooperación en el ámbito interno, trabajo en equipo, formación, toma de decisiones mejora continua y asignación de medios), se realizaron entrevistas semiestructuradas, se establecieron categorías de análisis y se utilizó la estadística descriptiva, llegando a las siguientes conclusiones: la participación de los directivos de enfermería en la gestión de la calidad es limitada, porque no se implementan todos los principios, por el poco compromiso de los involucrados, el que el hospital este certificado no significa que cuente con un sistema de gestión de calidad que propicie la mejora continua.

Así mismo Jamanca al estudiar la calidad de atención de enfermería en la UCI del Instituto Materno Perinatal a través de un diseño descriptivo , en el que la muestra fue el personal de enfermería y los pacientes dados de alta durante los tres meses del estudio de enero a abril del 2006 en el cual se utilizaron cuestionarios para el personal y los pacientes con los que se alcanzaron los siguientes resultados el 75% de sus enfermeras conoce la misión de su servicio , el 62.5% se rige de normas y protocolos, un 75% asiste a reuniones de mejora de su servicio, el 100% se siente motivado a realizar su trabajo con calidad, el 50% opina que cuenta con material necesario para la atención. En cuanto a la dotación de enfermeras el 75% opina que es insuficiente, el 100% menciona que se identifica con el paciente asignado a su cargo, llama al paciente por su nombre, explica los procedimientos y utiliza un lenguaje claro y sencillo, un 50% realiza y aplica el PAE, un 37,5% registra los indicadores propios de enfermería, un 12.5% cuenta con la especialización en UCI y un 87.5% se encuentra estudiando la especialidad, un 75% asistió a más de 2 cursos de actualización el año pasado, llegando a la conclusión de que la atención de enfermería cumple con los criterios de calidad y según la opinión del usuario la atención de enfermería se valora como muy buena.

2.3.3 Estudios sobre calidad de atención de enfermería al adulto mayor.

En relación a los factores que intervienen para brindar una atención de calidad la autora Partezani Rosalina en el año 2001 realizó un estudio en la ciudad de Riberão Brasil en un ancianato para identificar las representaciones sociales que con respecto al anciano tiene su cuidador formal en el ancianato, se trabajó con 15 trabajadores de la salud con edades que oscilan entre los 28 a 62 años; utilizando como referencial la Teoría de las representaciones sociales, teniendo como resultados, con relación a la escolaridad de la profesión, 2 (13.3%) son técnicas en enfermería y poseen primer grado completo; 4 (26.6%) son religiosas y 6 (40%) son ayudantes que ejercen el papel del cuidador, encontrando que la dimensión de información es relevante ya que los cuidadores usan conocimientos basados en principios científicos y conocimiento popular para prestar el cuidado; por otro lado en el campo representacional de imagen del anciano es de un viejo frágil, dependiente

de terceros, que la vejez es una fase de degradación, y la actitud apareció tanto como favorable como desfavorable.

A su vez el Lic. Belkis Soria Bell realizó un estudio descriptivo longitudinal, prospectivo en la ciudad de Santiago Cuba en el 2002 con el objetivo de identificar algunas características psicológicas y sociales de los ancianos institucionalizados en el hogar de ancianos “América Labadí Arce” de Santiago Cuba. El número estuvo constituido por 148 ancianos de vida interna y la muestra fue de 100 ancianos con las características de no tener ninguna alteración mental, en donde predominó el sexo masculino y el grupo de edad entre los 70-79 años, el estudio concluye haciendo referencia a la significación que tiene la enfermera para el anciano como parte del equipo de salud, considerándola como sinónimo de seguridad, afecto, preocupación y esmero por la satisfacción de sus principales necesidades y como un personal muy ligado a ellos que posibilita el intercambio positivo con los mismos. En función de la búsqueda por la calidad se realizaron una serie de investigaciones en diferentes partes de la república en diversas instituciones de salud como son la SSA, el IMSS y el ISSSTE en el año 2002, dichos trabajos abordaron las diferentes dimensiones del trato digno tanto organizativas, sociales y de actitud esto por tratarse de la cara más visible de la mejora en la calidad en la atención a la salud, en estos trabajos se investigaron una serie de acciones que van desde el trato amable hasta la cordialidad del personal de salud hacia el usuario, hasta la provisión puntual, oportuna y de una sola vez de medicamentos así como también las medidas tendientes a acortar el tiempo de espera, y el desarrollo de comunicación fluida entre el enfermo y el personal que lo atiende, se investigó mediante una encuesta realizada a los pacientes en la cual se obtuvieron los siguientes resultados:

En concordancia con el estudio anteriormente mencionado Aguirre Gas en 2006 en su trabajo Plan General de Atención a la Salud de los Adultos Mayores de 65 años manifiesta que no existe un plan diseñado para promover la salud en los individuos mayores de 65 años de edad. Objetivos: identificar las enfermedades que con más frecuencia afectan a las personas mayores de 65 años de edad y sistematizar la atención de esta población mediante el autocuidado y el fomento a la salud, la

prevención primaria, secundaria y terciaria oportunas y efectivas, a fin de mejorar el nivel de salud, la calidad de vida y abatir los costos de su atención. Material y métodos: a través de un estudio efectuado durante un año sobre la demanda de atención en el IMSS¹ se identificaron los principales motivos de consulta de medicina familiar, especialidades y urgencias, hospitalización y cirugía, así como las causas de defunción. Como resultado del análisis se dilucidaron las enfermedades que con más frecuencia afectan a los individuos mayores de 65 años de edad. Resultados: los problemas de salud de los sujetos mayores de 65 años de edad son: diabetes mellitus, hipertensión arterial, obesidad, hiperlipidemias, aterosclerosis, hiperplasia prostática, trastornos de la estática perineal, infección de las vías urinarias, hepatitis crónica por alcoholismo, virus B o C y bronquitis agudas. Asimismo, las principales enfermedades crónicas identificadas son: complicaciones de la aterosclerosis y de la diabetes mellitus, cirrosis hepática, sida y bronquitis crónica. Conclusiones: se propone un plan para manejar cada una de las enfermedades o alteraciones detectadas desde las etapas de menor complejidad, a través de inmunizaciones, de la identificación temprana, de la detección oportuna, de la modificación de los factores de riesgo y de la vigilancia estrecha de los pacientes con antecedentes familiares de padecimientos potencialmente hereditarios. Cuando el individuo sufre enfermedades o alteraciones preexistentes, es necesario tomar medidas de control que impidan su progreso hacia la cronicidad o a estados de daño irreversible, a etapas de mayor gravedad o al desarrollo de complicaciones. En la etapa de cronicidad únicamente se podrá ofrecer control periódico, a fin de detener la evolución de las enfermedades hacia condiciones discapacitantes y a la muerte.

En México, son pocos los antecedentes respecto a la Percepción que tienen los adultos mayores respecto a la calidad de atención que les brinda enfermería, no obstante este tópico es indispensable investigarlo con la finalidad de implementar programas que mejoren, fortalezcan y enriquezcan las relaciones interpersonales entre enfermeras pacientes, lo que se ve traducido en la calidad del trato digno con el que se dirige la enfermera al paciente y por ende en la satisfacción.

2.4 Marco teórico

2.4.1 Teoría de Hildergard Peplau

Una de las teorías de enfermería que abordan la relación interpersonal es la de Hildergard Peplau (enfermería psicodinámica). La enfermería psicodinámica intenta entender la conducta de uno mismo para ayudar a los demás a que identifiquen sus dificultades e intenta aplicar los principios de las relaciones humanas a los problemas que emergen de todos los niveles de experiencia.

Peplau desarrolla el modelo describiendo los conceptos estructurales del proceso interpersonal que son las fases de la relación enfermera-paciente (Marriner 2006).

Relación enfermera paciente: Peplau describe cuatro fases de la relación enfermera-paciente, son fases que se dan por separado pero se solapan y se dan a lo largo de la relación.

Orientación: El individuo tiene una necesidad sentida y busca ayuda profesional. La enfermera ayuda al paciente a reconocer su problema y a determinar la necesidad de cuidado.

Identificación: El paciente se identifica con los que lo pueden ayudar (relación) La enfermera permite la exploración de los sentimientos para ayudar al paciente a superar la enfermedad como experiencia que reorienta sus sentimientos, intensifica las fuerzas positivas en su personalidad y ofrecer la satisfacción necesaria.

Explotación: El paciente intenta derivar un valor completo de lo que se le ofrece como relación. La enfermera puede proponerse nuevas metas para superar con su esfuerzo personal transferencias de poder de la enfermera al paciente, a medida que éste se retrasa su gratificación para alcanzar metas nuevamente propuestas.

Resolución: El paciente va olvidando gradualmente sus viejas metas, en este proceso el paciente se libera de la identificación con la enfermera.(Marriner, 2006).

El modelo de Hildergard Peplau además de la relación enfermera-paciente considera los roles que desempeña el personal de enfermería al brindar el cuidado los cuales se cumplen en cada una de las fases de la relación estos roles son:

Rol de extraña: Peplau sostiene que la enfermera y el paciente son extraños el uno para el otro, por lo tanto el trato que debería tener el paciente debe ser lo más cortésmente posible. Durante esta fase no personal, la enfermera debería tratar al

paciente como emocionalmente capaz a menos que se indique lo contrario de manera muy evidente. Ello coincide con la fase de identificación.

Rol de suministradora de recursos: La enfermera ofrece respuestas específicas a las preguntas- especialmente si se trata de información sanitaria y explica al paciente el tratamiento. La enfermera decide cual es el tipo de respuesta más adecuado para un aprendizaje constructivo.

Rol de educadora: Combinación de todos los roles y siempre parte de lo que sabe el paciente y se desarrolla según su interés y su capacidad para usar la información

Rol de líder: La enfermera ayuda al paciente a asumir las tareas que tienen a su alcance mediante una relación de cooperación y participación activa.

Rol de sustituta: Las actitudes y conductas de la enfermera crean tonos y sensaciones en el paciente, que reactivan sus sentimientos generados en una relación anterior. En esta fase, el paciente y la enfermera definen las áreas de dependencia, independencia e interdependencia. (Marriner 2006).

2.4.2 TEORÍA DE DONABEDIAN

CALIDAD

El concepto de calidad ha evolucionado a lo largo de los años y ha dado lugar, a que tanto lo referente a su función como a su ámbito y objeto de control hayan variado hasta nuestros días.

Donabedian en 1984 menciona al hacer una exploración conceptual que la calidad es una *propiedad* que la atención médica puede poseer en grados variables. De esto se desprende que una evaluación de la calidad es un *juicio* sobre si un caso específico de atención médica tiene dicha propiedad y, de ser así en qué medida.

Este autor menciona los elementos básicos de una definición de calidad como los *aspectos técnicos, interpersonales y las amenidades* que intervienen en la atención, mismos que más tarde (1990) se denominaron las **dimensiones** de la calidad de atención a la salud.

La **dimensión técnica** es la aplicación de la ciencia y tecnología de la medicina y de las otras ciencias de la salud, al manejo de un problema personal de salud. Este

autor considera que la calidad, en cuanto a esta dimensión técnica, podría definirse como “La aplicación de la ciencia y la tecnología médicas de una manera que rinda el máximo de beneficios para la salud sin aumentar con ellos sus riesgos”.

Otro aspecto de la dimensión técnica se refiere al uso de los recursos (Financieros, instalaciones, equipo, material y tiempo). Cuando éstos se desaprovechan, disminuye la calidad de la atención proporcionada, pues no se está produciendo el máximo de beneficios posibles. Por otra parte, el abuso de dichos recursos (por ejemplo, exámenes de laboratorio que podrían obviarse, medicamentos que no debieron haberse indicado) también disminuye la calidad puesto que además del desperdicio que esto representa es posible que se esté sometiendo a los usuarios a riesgos innecesarios.

La **dimensión interpersonal** consiste en la interacción social y económica que ocurre entre el paciente y sus familiares y el personal de salud. El mismo Donabedian explica la calidad desde la dimensión interpersonal de la siguiente manera: “El manejo de las relaciones interpersonales debe llenar valores y normas socialmente definidos que gobiernan la interacción de los individuos en general y en situaciones particulares. Estas normas están reforzadas en parte, por los dictados éticos de las profesiones relacionadas con la salud y por las expectativas y aspiraciones de los pacientes individuales. De aquí que el nivel de calidad en el manejo de la relación interpersonal se mida por el grado de apego a estos valores, normas, expectativas y aspiraciones”.

El tercer elemento de la atención denominado **Amenidades**, describe características concretas como una sala de espera agradable y cómoda, un cuarto de exploración a buena temperatura, sábanas limpias, cama cómoda, buena alimentación. Pero también incluye aspectos un poco más abstractos como comida, privacidad, cortesía y aceptabilidad.

En su análisis inicial de los elementos básicos, Donabedian, en general consideró a las amenidades como parte del, o contribución al manejo de la relación interpersonal, ya que significan interés por la satisfacción del paciente, independientemente de quién las proporciona (personal de salud público, privado, instituciones).

Otros elementos que Donabedian sugiere analizar cuando se explora conceptualmente una definición de la calidad de atención a la salud son: los costos, los servicios, la cantidad, la accesibilidad, continuidad y aceptabilidad de los servicios, la satisfacción de los pacientes y del personal de salud

Ya desde 1986, Donabedian señalaba que la garantía de calidad “Son aquellas actividades que periódica o continuamente se dirigen a revisar las condiciones bajo las cuales se proporciona atención médica, está es monitorizada y los resultados son seguidos de manera que las deficiencias sean descubiertas y se hagan las correcciones necesarias, para lo cual se definen puntos críticos de éxito que permitan su evaluación entre ellos:

- 1 Competencia técnica del personal que permita realizar con eficacia y efectividad los procesos de atención.
- 2 Uso eficiente de los recursos en la prestación del servicio evitando desperdicio y excesos, obteniendo así, más calidad a un menor costo.
- 3 Máximo de beneficio con el mínimo de riesgo principio fundamental y ético de los profesionales de salud
- 4 Satisfacción del paciente y del prestador de servicio ya que en si, es el objetivo y resultado de la atención. Además, es más probable que un paciente satisfecho coopere eficazmente con el profesional de enfermería y siga sus recomendaciones, asimismo, la satisfacción del prestador del servicio favorece un mejor desempeño.
- 5 Trato digno y respeto a los derechos humanos y a las características individuales de las personas.

2.4.3 Vinculación de la Teoría de H. Peplau con la Calidad de Atención de Enfermería.

La teoría de Hildergard Peplau permite que los profesionales de enfermería dejen de centrarse en la atención biofísica de la enfermedad, y acercarse a los sentimientos y los comportamientos frente a la enfermedad, siendo explorados e incorporados a las intervenciones de enfermería. Con ello se conseguirá que surja una relación entre la enfermera(o)-paciente que permita afrontar los problemas que aparezcan de manera conjunta. (Hurtado, 2004).

Los conceptos estructurales del proceso interpersonal que propone Hildergard Peplau son esenciales para brindar un cuidado de calidad de enfermería al paciente geriátrico cumpliendo con el indicador de trato digno. Para que la comprensión de ello, en el capítulo anterior se definió la relación enfermera- paciente y cada una de sus etapas.

2.4.3.1. Esquema de la teoría de Hildergard Peplau

Vinculación de los elementos conceptuales de D. Orem y H. Peplau en la Evaluación de la Percepción de la calidad de la atención de Enfermería al Adulto Mayor

Tomando en cuenta que en la atención de los adultos mayores el personal de enfermería debe incluir en el cuidado a la familia, y considerar las características funcionales de este grupo etáreo, es pertinente crear un modelo de atención con los elementos conceptuales tanto de Peplau como de Orem, para identificar la percepción que tienen los adultos mayores respecto a la calidad de la atención de enfermería (trato digno), así como conocer los factores asociados a dicha percepción.

Teoría del Déficit de Autocuidado de D. Orem

Cabe resaltar que el metaparadigma de enfermería sobre el que versa esta propuesta, es el de Orem, ya que se considera que para que la enfermera identifique el tipo de relación de ayuda que debe proporcionar al adulto mayor en su autocuidado, también se debe tomar en cuenta las capacidades de autocuidado del paciente.

En este sentido se considera a la persona desde el punto de vista de Orem como: un organismo biológico, racional y pensante, contempla aspectos físicos, psicológicos,

espirituales, interpersonales y sociales, que puede ser afectado por el entorno y que es capaz de realizar acciones predeterminadas que le afecten a él mismo, a otros y a su entorno.

Por otro lado, es importante mencionar que durante la estancia hospitalaria las capacidades de autocuidado del adulto mayor disminuyen, lo cual conlleva a una demanda en el cuidado, sobre todo en las siguientes funciones: vestirse, asearse, ir al baño etc, así mismo se refiere que las capacidades pueden estar desarrolladas, pero no operar; es decir, por alguna razón la persona tiene las habilidades para cuidar de su salud pero no hace uso de ellas. Esta situación puede estar relacionada con la relación interpersonal que se dé entre enfermera – paciente.

Elementos conceptuales del Modelo de Enfermería Psicodinámica

La **etapa de resolución**: se considera como la percepción que tenga el adulto mayor respecto al trato digno que brinda enfermería, para lograr este aspecto será indispensable que dicho gremio enfatice en las tres primeras esferas que refiere Peplau como son.

Orientación: En esta etapa es preciso que la enfermera al momento del ingreso del paciente establezca un vínculo de confianza y cordialidad, lo cual se puede lograr al realizar las siguientes acciones: mirarlo a los ojos, saludo amable, mencionar el nombre de la enfermera a cargo del paciente, explicar la estructura física de la unidad en la que se encuentra hospitalizado (ubicación de baños, séptico, timbre de emergencia, ubicación de la farmacia, rayos X.) Así como, los trámites administrativos que deba realizar durante su estancia (pase de visita, horario de egreso, licencias médicas, horario de visita médica).

Identificación: Durante esta fase el paciente identificará al profesional de enfermería que le puede prestar apoyo en el cuidado según lo requiera, por lo que se precisará que la enfermera realice acciones como: respetar la intimidad, pudor y credo que profesan estos, así mismo facilita la expresión de sentimientos (miedo, temor, angustia, ansiedad) que presenta el paciente geriátrico durante la estancia hospitalaria, dirigirse al paciente por su nombre e interesarse por el estado de salud del mismo, explicarle todo procedimiento que realice y hacerlo sentir seguro.

Explotación: Esta etapa se caracteriza porque el paciente y/o familia demuestra al personal de enfermería, la realización de los cuidados que adquirieron de acuerdo a la capacitación que se les proporciono por parte de este profesional, de ahí que la enfermera deba vincular a la familia en el manejo del paciente durante su hospitalización, para lograr esto es necesario proporcionar educación para la salud sobre los cuidados que deben desarrollar según el padecimiento y las necesidades que demande el adulto mayor. Lo que requiere de seguimiento las 24 horas del día. Finalmente enfermera-paciente o familiar deben plantearse nuevas metas para disminuir la evolución del padecimiento.

Resolución: La evaluación de esta etapa se ve reflejada en la independencia que tiene el paciente de los cuidados enfermeros, lo que se puede traducir en la satisfacción con el trato interpersonal.

Entre los **factores que influyen en la percepción de la calidad** en la atención trato digno son: las **hospitalizaciones previas**: ya que durante estas el adulto mayor puede asociar experiencias pasadas durante la fase hospitalaria con la presente; otros son los **factores demográficos** (edad, sexo, escolaridad, estado civil); estos se consideran ya que a menor nivel académico de los adultos mayores menores son las exigencias en el cuidado y se valora mejor la calidad de la atención, mismo suceso suele suceder con los que son viudos o solteros, entre los **factores sociales** pueden destacar los siguientes: (nivel socioeconómico, número de hijos, apoyo familiar y funcionalidad y tipo de la familia).

Los factores antes mencionados también se vinculan con las etapas de las relaciones interpersonales, ya que se requiere del apoyo familiar para la continuidad de cuidados en el domicilio y esto paralelamente depende del número de hijos que tenga el adulto mayor, así como del ingreso económico.

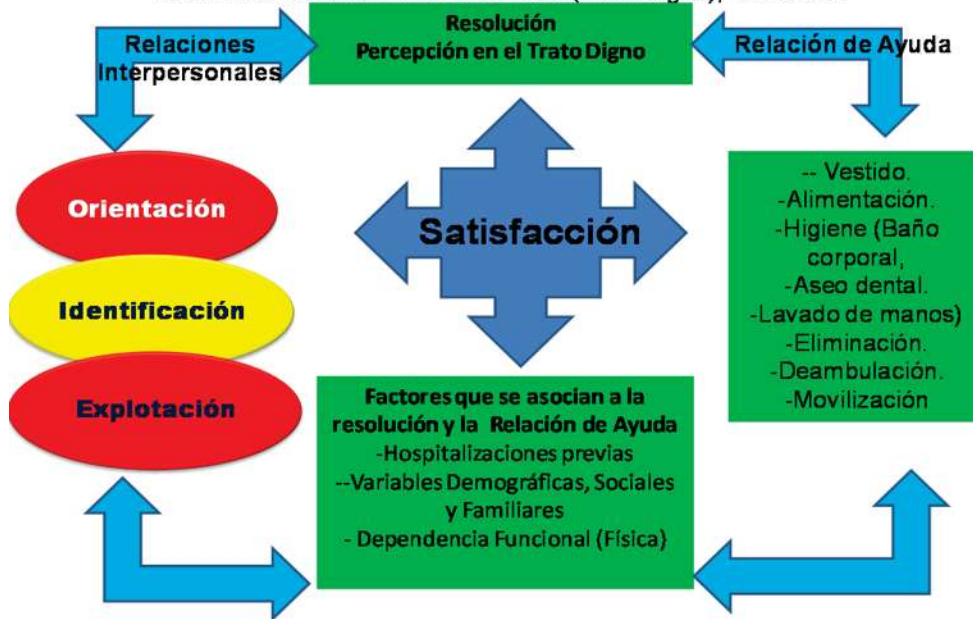
Cabe señalar, que cuando se establece una relación estrecha entre enfermera paciente, la resolución es la satisfacción del adulto mayor, pero de no ser así se hacen presentes las quejas del cuidado a las autoridades correspondientes.

Otro de los aspectos que se ve reflejado en la calidad del trato digno es la dependencia funcional del adulto mayor, ya que los pacientes de mayor dependencia algunas ocasiones no dan a conocer la percepción real de lo que sucede con los

cuidados de enfermería por temor a que lo poco o mucho que se les haga, lo dejen de ofrecer.

2.4.3.2 Modelo Adaptado

Esquema 2: Vinculación del Modelo de H. Peplau y D. Orem en la Percepción de la Calidad de la Atención de Enfermería (Trato Digno), al Anciano



2.5 Marco referencial.

El comportamiento epidemiológico de los padecimientos en los adultos mayores en la ciudad de Morelia al igual que en el resto del país se ha modificado debido a los avances tecnológicos en infraestructura, médicos y de salud así como disminución en la morbilidad y mortalidad infantil, lo que ha traído consigo una mayor esperanza de vida, y con ello un mayor número de adultos mayores que demandan atención de salud.

Entre las primeras seis causas de morbilidad que llevaron a la hospitalización de los pacientes adultos mayores en el año 2007, en el Hospital General "Dr. Miguel Silva" de Morelia, Michoacán se encuentran: La Insuficiencia renal siendo 514 casos representando un 20.6%, las cataratas siendo 424 casos (17%), Traumatismos con

193 casos (7.7%), Diabetes Mellitus 155 casos (6.2%), Enfermedades cerebrovasculares 111 casos (4.4 %), Enfermedades del corazón 109 casos (4.4%). Siendo 1,506 hospitalizaciones anuales, constituyendo el 11.2% del total de internamientos de todos los grupos de edad; con un índice de estancia hospitalaria de 27 días por adulto mayor, aumentándose con ello los costes de la atención y el cuidado a la salud.

Las principales causas de mortalidad que se presentaron en los adultos mayores son: La Diabetes mellitus siendo 23 muertes (15.3%), Enfermedades del corazón 22 muertes (14.7%), Enfermedades de la circulación pulmonar 9 muertes (6.0%), Enfermedades cerebrovasculares 13 muertes (8.7%), Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas 10 muertes (6.7%). Haciendo hincapié en que estos padecimientos son prevenibles y controlables en los que el personal de enfermería tiene alta incidencia para mejorar las condiciones de salud de los adultos mayores mediante los cuidados que se otorgan siendo estos de calidad (SAEH 2007).

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En algunos países, el adulto mayor percibe a la enfermera como parte de un equipo de salud que proporciona seguridad, afecto y apoyo para la satisfacción de sus necesidades (Belkis 2002), lo cual se traduce en acciones de fortalecimiento en las relaciones interpersonales, en la calidad del trato digno de enfermería y en la satisfacción de esos adultos mayores. Ya que el envejecimiento poblacional es un proceso inevitable e ineludible que ocurre aceleradamente debido a la rápida disminución de la fecundidad y al incremento en la esperanza de vida. Esto se da como resultado de la implementación de intervenciones en salud sustentadas en los avances científico-tecnológicos que se convirtieron en medidas efectivas para prevenir y tratar muchas enfermedades que provocan la muerte prematura de las

personas antes de llegar a ser adultos mayores. Una característica del envejecimiento en los países en desarrollo es el incremento en la esperanza de vida sin que exista un cambio de las condiciones generales de vida. (Davies 1984).

En México, el grupo de adultos mayores de 60 años y más es el que ha crecido más rápidamente desde hace 15 años (Consejo 2001), la transición que ha sido tanto en el ámbito demográfico así como en el epidemiológico ha originado que el 80 por ciento de los adultos mayores actualmente presentan al menos una enfermedad crónica. Estos padecimientos a su vez constituyen las primeras causas de muerte y complicaciones en este grupo de edad. Por lo tanto el envejecimiento y las enfermedades crónicas constituyen uno de los principales retos para el sistema de salud (Fleishman 1998).

En este sentido, el incremento del número de adultos mayores, las complicaciones que se presentan y la permanente escasez de recursos, ponen de relieve la importancia de la calidad de atención que se les brinda, dado que lograr mejorarla es también una forma de aumentar la eficiencia de los recursos. En la última década se ha visto la necesidad de implementar instrumentos que sean adecuados a las características de la población adulta mayor, que ayuden a evaluar y encontrar los factores condicionantes para prestar una atención de calidad en los servicios brindados, en la mayoría de la población.

El personal de enfermería actualmente identifica las dimensiones que se tienen que evaluar en la calidad del cuidado, así como los componentes que están inmersos en cada una de ellas y estas son: 1) La dimensión estructural, con su componente, el sistema de salud. 2) El Proceso del cuidado, en el cual se va a medir la atención profesional y técnica. 3) El Resultado del proceso de provisión de los servicios en el que se calcula el costo de la atención. Haciendo hincapié en que con la sola funcionalidad de alguno de ellos no se garantiza una atención de calidad que ayude a la recuperación del usuario (Donadebian 1998).

Cabe resaltar que se han realizado diversos estudios sobre la evaluación de la calidad de la atención de enfermería respecto al trato digno que se proporciona a los adultos mayores, sin embargo estos carecen de enfoques epistemológicos de

enfermería, así, mismo se tiene que en el estado Michoacán, y en la ciudad de Morelia no se dispone de investigaciones relacionadas con la calidad interpersonal (trato digno) que proporciona el personal de enfermería en el cuidado del adulto mayor, formulándose así la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la Percepción que tiene el adulto mayor respecto al trato digno que proporciona Enfermería?

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL.

- Analizar la percepción que tiene el adulto mayor respecto al trato digno que le proporciona enfermería.

4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Determinar la influencia que tiene la interacción enfermera – paciente en la calidad interpersonal del cuidado de enfermería.
- Señalar las condiciones de dependencia o independencia del paciente adulto mayor que sean determinantes para la calidad interpersonal en el buen cuidado asistencial.
- Determinar la satisfacción con el cuidado que le proporciona la enfermera
- Identificar la calidad de atención otorgada por enfermería
- Identificar la relación de ayuda que brinda la enfermera en base a las necesidades del adulto mayor.

4.3 IMPORTANCIA DEL ESTUDIO

El conocer los problemas de salud que enfrentan los adultos mayores, permitirá utilizar los recursos existentes y resolver los dilemas morales que surgen en forma cotidiana en los cuidados del adulto mayor, se está convirtiendo en el patrón que dominará la atención de la salud en las próximas décadas. Si el cuidado de los ancianos en la comunidad se convierte en la norma, las dimensiones éticas de este tipo de cuidado van a requerir una atención muy especial que generará cuestionamientos sobre fragilidad, dependencia, autonomía, competencia y las complejas relaciones y controversias entre los ancianos y aquellos que los sostienen. La toma de decisiones compartida requiere que la persona que cuida no sólo trate de entender y satisfacer las necesidades del otro, sino también de encontrar alternativas razonables, que le permitan al asistido elegir lo que él prefiera. Es en este proceso donde el conocimiento científico del cuidar y la experiencia profesional de enfermería pueden aunarse con los valores sustanciados por el adulto mayor. El desarrollo de un diálogo coherente y comprensible y las estrategias necesarias se imponen como tarea y deben implementarse por todas aquellas enfermeras comprometidas con los criterios éticos de los cuidados en el adulto mayor, apoyándose en los conceptos teóricos de Donabedian en relación a la calidad interpersonal y su evaluación así como de Hidelgard Peplau con la finalidad de implementar programas que mejoren, fortalezcan y enriquezcan las relaciones interpersonales entre enfermeras pacientes, lo que se ve traducido en la calidad del trato digno y por ende en la satisfacción de los adultos mayores.

5. METODOLOGÍA.

5.1. Tipo de estudio: Prospectivo, Observacional, Transversal y Descriptivo.

5.2 Universo y muestra

Pacientes adultos mayores hospitalizados en los servicios de Urgencias, Traumatología, Cirugía y Medicina Interna del Hospital General “Dr. Miguel Silva” de Morelia, Michoacán.

La muestra se obtuvo mediante muestreo probabilístico sistemático, esta constituida por 100 pacientes adultos mayores hospitalizados en los servicios de Urgencias, Traumatología, Cirugía y Medicina Interna del Hospital General “Dr. Miguel Silva” de Morelia, Michoacán

5.5 Criterios de inclusión

Todos los pacientes mayores de 65 años que se encuentren hospitalizados en el servicio de Traumatología, Cirugía y Medicina Interna del Hospital General “Dr. Miguel Silva” de Morelia, Michoacán, con más de 72hrs de hospitalización.

5.6 Criterios de exclusión

Todos los pacientes menores de 65 años que se encuentren hospitalizados en el servicio de Traumatología, Cirugía y Medicina Interna del Hospital General “Dr. Miguel Silva” de Morelia, Michoacán.

5.3 Técnica

Para medir la percepción de los adultos mayores respecto al trato digno que brinda enfermería, se estructuró un cuestionario a través del cual fue recolectada la información necesaria, mismo que estuvo integrado por 42 ítems divididos en cinco apartados: El primero describe los datos de identificación; el segundo las variables sociodemográficas y de funcionalidad; el tercero se refiere al trato digno; el cuarto aborda los aspectos de satisfacción del paciente y el quinto los aspectos sobre la relación de ayuda. (Anexo 1)

5.4 Procedimiento

- a) Se seleccionaron los adultos mayores hospitalizados con más de 2 días de hospitalización.
- b) Se realizó una entrevista semiestructurada para la aplicación del instrumento, en la cual se dio información sobre la investigación, su objetivo y la aclaración de cualquier duda existente.

- c) Se solicitó el consentimiento informado de los participantes, quiénes fueron enterados previamente sobre el objetivo del estudio.
- d) Se aplicó una prueba piloto del cuestionario con la finalidad de identificar las preguntas claves, determinar el tiempo de ésta y así elaborar preguntas claras, y comprensibles.
- e) Se realizaron 30 cuestionarios por día en los diferentes servicios de hospitalización.
- f) Los cuestionarios fueron aplicados por la autora y una pasante de Licenciatura en Enfermería en servicio social.

5.7 Variables

5.7.1 Independiente: Edad, Sexo, Estado civil, Ocupación; Grado de estudios, ingresos, Funcionalidad Física, Estado emocional y Relación de ayuda

5.7.2 Dependiente: Percepción del Trato digno (Fases de la Relación Enfermera Paciente), Satisfacción.

5.8 Operacionalización de las variables (Anexo 2)

6. Analisis estadístico

El análisis estadístico de los datos se realizó en el programa SPSS Ver. 15 a través de estadística descriptiva e inferencial, a través del cual se pudo validar el instrumento y la confiabilidad y bilateralidad de las variables.

7. Ética de estudio

El proyecto de investigación fue autorizado por el comité de bioética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo así como por las autoridades del Hospital General “Dr. Miguel Silva” a fin de solicitar su autorización para llevar a cabo dicho estudio y contar con las facilidades para la recolección de la información.

La investigación se basó en los señalamientos de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud en México, en los apartados en el Título segundo, capítulo I, artículo 16 en el cual especifica que en la investigación en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo; artículo 17 la investigación se clasifica de riesgo mínimo; en el artículo 20 que se refiere al consentimiento informado el cual se presentó a los encuestados para su aceptación o no; artículo 21 donde se toma en consideración al sujeto de estudio o representante legal, a los cuales se les proporcionó una explicación clara y completa para que quede claro el objetivo de la investigación

8. Resultados

Los resultados encontrados en las diferentes variables muestran que el 50% de la población estuvo ubicada entre los 60 a 69 años de edad, más de la mitad de ellos fue del sexo masculino y solamente el 31% femenino, con un grado de escolaridad de analfabeta y nivel primaria, con funcionalidad física independiente en un 52% de la muestra, por lo que los hallazgos encontrados en relación a la Percepción del trato digno que tiene el Adulto Mayor respecto al cuidado que brinda enfermería el 100% consideraron que fue un trato digno muy bueno con un cuidado de muy buena calidad.

En relación al grupo de **edad**, se observó que la percepción en cuanto al trato digno en el adulto mayor en el rango de edad de 60 – 69 prevalece como muy bueno en un 50%, y para el rango de 70 a 79 años se registro el 17.9%, siguiendo con un 32.1% que correspondió al grupo de edad de más de 80 años con la misma percepción los adultos mayores de más de 80 años. En la percepción del trato digno considerado como bueno se observar que el mayor porcentaje con 50.0% correspondió al grupo de 60-69 años de edad, con 31.12% al rango de más de 80 años y con 18.8% al grupo de 70 -79 años de edad (Cuadro 1)

Tocante a la percepción del trato digno con relación al **sexo**, se observo que 69% de los hombres lo manifestaron tanto muy bueno como bueno, en comparación con el 31% de las mujeres (Cuadro 2).

En lo concerniente a la percepción que tiene el adulto mayor referente al trato digno, según el **estado civil**, se vislumbro que 46.4% de los casado manifestaron que era muy bueno en comparación con el 8.3% de los solteros. No obstante no se presentaron diferencias en la percepción buena ya que 50% fueron tanto casados como viudos (Cuadro 3).

Con respecto a la percepción del trato digno con relación al **grado de estudios** se observo que a menor nivel la percepción es mejor, ya que 53.6% de los analfabetas manifestaron que era muy buena comparada con el 18.8% que opinaron que era buena, sin embargo el 33.3% de los de primaria vislumbraron que era muy buena comparado con el 81.2% que dijeron que era buena (Cuadro 4).

Tocante a la **Ocupación** se encontró que 85.7% de los que no tenían ninguna ocupación comentaron que era muy buena comparado con el 14.3% de los que si tenían algún trabajo (Cuadro 5).

En relación a la **percepción económica quincenal** de los adultos mayores se encontró que el 96.5% de los cuentan con un salario menor a de 500 pesos% consideraron que el trato digno es muy bueno en comparación con el 3.5% de los que perciben de 500 a 1000 pesos. (Cuadro 6).

En lo respecta a la percepción del trato digno que tienen los adultos mayores y la relación **con quien viven** se encontró que el 86.9% de los que viven con algún familiar lo consideraron muy bueno comparado con el 9.5% los que viven solos (Cuadro 7).

En relación a la percepción que tienen el adulto mayor respecto al trato digno que brinda enfermería y la **funcionalidad física del adulto** se observó que el 49% de los pacientes independientes para realizar sus actividades consideró el trato digno como muy bueno, seguido del 36.9% de los que fueron dependientes y 14.1% semidependientes (Cuadro 8).

En lo concerniente a la percepción que tiene el adulto mayor del trato digno que brinda enfermería y su relación con el **estado emocional** los hallazgos demostraron que el 77.4% de los adultos mayores que manifestaron que era muy bueno estaban alegres, 15.4% tristes, comparado con el 31.2% y 50% respectivamente que dijeron que era bueno, con una significancia estadística de ($p = .000$) (Cuadro 9).

En cuanto a la percepción que tiene del trato digno, con relación al **grado de satisfacción** con el cuidado que brinda enfermería, se encontró que el 100% de los que mencionaron que la calidad era muy buena estaban muy satisfechos, mientras que el 81% de los que percibieron que era bueno estaban satisfechos (Cuadro 9).

En lo concerniente a la **Percepción del Trato Digno, según la relación de ayuda** que proporciona enfermería, se encontró que 48% de lo que opinaron que era muy bueno manifestaron **relación regular**, comparado con el 8% que manifestaron que la relación era buena; de los que señalaron que la calidad era buena 62.5% vislumbraron una **mala relación** (cuadro 12).

Se obtuvo significancia estadística entre el trato digno y el estado emocional con una $P > .000$, así como con la variable de satisfacción con una $P > .000$.

9. Discusión

La necesidad de contar con información referente a la percepción de la calidad del cuidado que brinda Enfermería, específicamente en el dimensión interpersonal midiendo el indicador de trato digno en los pacientes adultos mayores que apoye en la mejora continua de la atención a este grupo de edad determinó el realizar esta investigación, que servirá de apoyo debido a que en algunos años será la población que demande mayor atención.

Se debe tomar en cuenta que el proceso de la percepción se pone en juego factores ideológicos y culturales que reproducen y explican la realidad.

Se aprecia que respecto a la edad, la percepción del trato digno fue muy bueno en el 50% para el rango de 60-69 años y como bueno para el mismo grupo de edad se obtuvo también el 50%; La opinión emitida por personas de 60 años y más de la atención que les brinda la enfermera se consideró como bueno según (Vargas et.al. 2000). Sin embargo el grado de satisfacción fue bajo en la investigación realizada por (Remuzgo Artezano 2001)

Identificando las opiniones por sexo, la percepción del trato digno registro el trato digno muy bueno y bueno con 69.0% respectivamente; esto es similar con lo mencionado por Remuzgo Artezano 2001. Así mismo se encontró una predominancia en los hombres en lo expuesto por Orellana et.al

De acuerdo al estado civil de los adultos mayores, el trato digno fue considerado muy bueno entre los casados con 46.4%, lo cual tiene similitud con lo encontrado en el estudio realizado por Vargas et.al 2000 ya que la opinión del paciente se basa en el grado de satisfacción o no por la atención recibida y en base a las expectativas de las personas.

Según el grado de estudios el 53.6% de las personas que no sabían leer ni escribir consideraron muy bueno el trato digno recibido, situación diferente a la encontrada por Vargas et.al 2000 autora que menciona que las personas que saben leer y escribir lo consideraron como muy bueno y en relación al trato digno bueno prevaleció en el 81.2% de las personas que saben leer y escribir, que concuerda con lo expuesto por el mismo autor. Orellana et.al indica en su artículo que los adultos mayores no presentaron ningún grado de instrucción y el 10% registraron un nivel secundaria o superior; considerando que el grado de estudios asegura el desarrollo integral y capacita al individuo para la participación activa, así como lo responsabiliza en el cuidado de su salud, se puede determinar de acuerdo a los hallazgos en esta y otras investigaciones antes mencionadas, que la existencia de un bajo nivel escolar en los adultos mayores es determinante en la percepción del trato digno que brinda enfermería además que implica que este profesional lleve a cabo la relación de ayuda que permita mejorar las condiciones de salud del paciente.

Por lo que se refiere a los ingresos económicos que percibe el adulto mayor se encontró que el salario quincenal que perciben no es suficiente para sustentar sus

necesidades diarias y de salud, ya que un 97% del total de los adultos mayores encuestados ganan menos de \$500 pesos lo cual concuerda con lo mencionado por Orellana et.al 2000 en su estudio sobre calidad del cuidado de enfermería en el adulto mayor; tomando en cuenta las condiciones y características de este grupo de edad relacionándolas con la percepción económica que tenga el mismo son factores que conjuntándose modifican la percepción que tenga el adulto mayor en relación al trato digno que reciben.

El grado de funcionalidad física de los pacientes influye para que la percepción de la atención se vea modificada, ya que mientras más independiente sea para realizar sus actividades de la vida diaria mayor será su nivel de exigencia con el cuidado que recibe, además de que el personal de enfermería prioriza el cuidado al paciente que es dependiente para realizar dichas actividades y satisfacer las mismas, en este estudio los adultos mayores que tienen un nivel de funcionalidad óptimo y se clasifican como independientes el 49% califico el trato digno recibido como muy bueno, el 36.9% de los dependientes opino así mismo, mientras que el 68.8% de los adultos mayores independientes lo considero como bueno siendo únicamente el 31.2% de los adultos dependientes los que aprecio como bueno el trato digno. Por lo que en este estudio se encontró que existe diferencia en la percepción del trato digno dependiendo el grado de funcionalidad física que tenga el adulto mayor.

La satisfacción que tiene el adulto mayor del cuidado que recibe por parte del personal de enfermería posee cada vez, más relevancia para el desempeño del trabajo de dichos profesionales, y que el mismo se lleve a cabo con calidad en lo que en este estudio se encontró que el 84% de los pacientes que consideraron como muy bueno el trato digno que brinda enfermería estaban muy satisfechos con el cuidado recibido, mientras que el 81% de los que consideran el trato digno como bueno están solamente satisfechos, el 19% estaban muy satisfechos, a diferencia de lo mencionado por Remuzgo Artezano 2001 en donde indica que el 55.2%(42) de los adultos mayores encuestados presenta un nivel de satisfacción medio seguido de un nivel de satisfacción alto con un 22.4%(17) en relación a la dimensión de la calidad de los cuidados recibidos, así mismo y en contraparte Medina Mandujano 2007 explica y evidencia en su estudio un alto índice de insatisfacción con el cuidado de

Enfermería a lo largo de la hospitalización. La calidad entendida como el proceso que es permanente de mejoramiento continuo en el cual se busca mejorar las expectativas del adulto mayor, en donde se toma en cuenta lo que el paciente necesita así como las capacidades y limitaciones que se tienen, los cuales se hacen indudables a través del trato digno y el cuidado oportuno se puede afirmar que el grado de satisfacción de la muestra de el estudio es alta con predisposición a media, de igual manera con la percepción que se tiene del trato digno que brinda enfermería el cual va de muy bueno a bueno. No se puede dejar de mencionar lo sugerido por Vargas Daza 2000 en donde especifica que la percepción del trato digno que el adulto mayor expresa está basada en el grado de satisfacción o insatisfacción por la atención recibida, así como la actitud del personal y como percibe los roles que tiene quien lo atiende y en la medida que se cumplen sus expectativas de salud, así como los aspectos sociales y demográficos que son particularmente importantes en el grado de satisfacción.

La evaluación de la calidad del cuidado en los últimos años ha tomado auge, lo cual ha llevado a evaluar cada una de sus dimensiones de forma separada para obtener resultados más objetivos, lo encontrado en esta investigación fue que el 100% de los adultos mayores que consideran el trato digno como muy bueno opinan que la calidad del cuidado recibido es de buena calidad, referida de la misma forma por los que consideran como bueno el trato digno recibido, lo cual concuerda con lo que refiere Orellana Salas 2000 en donde indica que la calidad de la atención recibida es buena y oportuna con lo que los adultos mayores están conformes; lo que coincide con lo mencionado por Vargas Daza 2000 en su estudio en el cual encontró que la opinión de las personas mayores de 60 años y más sobre la atención que les brinda la enfermera fue que el desempeño es bueno

La relación de ayuda que proporciona el personal de enfermería a los adultos mayores para llevar a cabo actividades de la vida diaria fue calificada como mala relación por un 62.5% de los pacientes que perciben el trato digno únicamente como bueno y un 44% de los que consideraron el trato digno como muy bueno, seguido por un 48% que juzgaron la relación como regular. El contraste encontrado en la opinión de los adultos mayores en cuanto a la percepción que tienen del trato digno en

relación a la relación de ayuda se pudo observar que va de bueno a muy bueno con o que se puede ultimar que la opinión del paciente se basa en la forma en como está percibiendo el apoyo que el personal de enfermería está brindando, para satisfacer sus necesidades y llevar a cabo las actividades de la vida diaria.

10. CONCLUSIONES

Los resultados encontrados en las diferentes variables muestran que el 50% de la población estuvo ubicada entre los 60 a 69 años de edad, más de la mitad de ellos fue del sexo masculino y solamente el 31% femenino, con un grado de escolaridad de analfabeta y nivel primaria, con funcionalidad física independiente en un 52% de la muestra, por lo que los hallazgos encontrados en relación a la Percepción del trato digno que tiene el Adulto Mayor respecto al cuidado que brinda enfermería el 100% consideraron que fue un trato digno muy bueno con un cuidado de muy buena calidad.

Por lo que podemos concluir que la percepción del trato digno que brinda Enfermería es muy bueno, sin embargo no debemos perder de vista que es trato digno se puede visualizar desde diferentes dimensiones y en cada una de ellas debe satisfacerse al máximo para lograr obtener el 100% de la satisfacción del paciente con el trato que se le otorga.

11. SUGERENCIAS

El cuidado que se le brinda al adulto mayor así como a todos los demás pacientes debe ser de calidad por lo que por lo obtenido en los resultados de esta investigación se puede sugerir:

- 1.- El profesional de enfermería debe contar con la preparación especializada para la atención de los adultos mayores
- 2.- Se debe tomar la importancia necesaria para la atención de los adultos mayores debido a que las características propias de este grupo de edad los hacen dependientes para realizar sus actividades de la vida diaria.

3.- Se debe tomar en cuenta la correlación que existe entre calidad del cuidado y la relación de ayuda para con ello mejorar el cuidado de Enfermería.

12. Bibliografía

1. Alvarado Rivadeneyra S. El Plan de Cuidados y la Calidad de Atención que brinda la Enfermería en el HNGAI. Rev Cubana de Enfermería 2000; 16(2):133-136.
2. Andía Romero C., Pineda Aparicio, A. Satisfacción del usuario de los Servicios de Hospitalización del Hospital Nacional Sur Este EsSalud Cusco- Noviembre Diciembre 2000; IX (17): 3-4
3. Anzola P E. Enfermería Gerontológica: Conceptos para la Práctica. Washington OMS/OPS Serie Paltex N°. 31, 1993:7
4. Balseiro Almairo L., Torres Laguas M.A., Ayala Quintero M.A. La Calidad de la Atención de Enfermería. Desarrollo Científico de Enfermería 2005; 13(9): 275-278.
5. Bautista R. M. Percepción de la calidad del cuidado de Enfermería en la ESE Francisco de Paula Santander. Aquichan 2008; 8:
6. Borges Aída, Gómez Dantes H. Uso de los servicios de Salud por la Población de 60 años y más en México. Salud Pública de México 1998;40(1):
7. Comisión Interinstitucional de Enfermería. Evaluación de la calidad de los Servicios de Enfermería. 3 indicadores.2005: 7-42
8. Donabedian, Avedis. Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad. Salud Pública de México 1993; 35:238-247.
9. El cuidado de los derechos humanos. Amnistía internacional M.T (3)
10. Escobar Saldarriaga I. Castrillón Agudelo M.C. Pulido de Ladinde S. Calidad de la Atención de Enfermería en las Salas de Trabajo de Parto. Calidad de atención de Enfermería:1-9
11. Fernández Sola Cayetano, Granero Molina José. Reclamaciones del usuario un instrumento evaluador de los Cuidados Enfermeros. Index Enferm.2004; 13(47)
12. Guillen LI M. Patología del envejecimiento En: Guillen LI M, Pérez del Molino M J. Síndromes y cuidados en el paciente Geriátrico. Barcelona: Masson, 1994:39

13. González A. J. Aprendamos a Envejecer sanos. Manual de autocuidado y educación para la salud en el envejecimiento. 2ª Ed. México: Costa – Amic Editores, 1998: 28-30
14. Gutiérrez Reyes s. Medres Sosa L. De Jesús Vásquez E. et.al. Derechos del paciente Hospitalizado: Responsabilidad en la práctica de Enfermería. Rev. Enferm. IMSS 2001; 9(1):5-18
15. Gutiérrez, Robledo L. La salud del anciano en México y la nueva epidemiología del envejecimiento. La situación demográfica de México. 2004: 56-59. Disponible en:
<http://bvs.insp.mx/bmujer/documentos/6/La%20salud%20del%20anciano.pdf>.
14. Ham-Chande R. El envejecimiento una nueva dimensión de la salud en México Salud Pública de México 1996; 38(6): 409-418
15. Ham R, Gutiérrez Robledo LM. Salud y Bienestar en el Envejecimiento en México (SABE). Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, 2004.
16. Hurtado Martínez S. enfermería y la Relación de ayuda. Revista científica de Divulgación. 2004; 1-4
17. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Los adultos mayores en México. Perfil sociodemográfico al inicio del siglo XXI. 2005. Disponible en:
<http://www.inegi.gob.mx>
18. Jamanca María, Morales María Calidad de Tención en enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos del Instituto Nacional Materno Perinatal. Revista de Ciencias de la Salud 2007: 14-18
19. Jaramillo, Gómez E. atención Sanitaria al anciano con discapacidad crónica no reversible. Jaurrieta editores. Madrid: Sociedad Española de Medicina Geriátrica; 2001
20. Kalache A, Coombes Y. Population Agin and Care of the Elderly in Latin America and the Caribbean. Reviews of Clinical Gerontology 1995; 5: 347-355

21. Lara Barrón Ana M., Villegas Rodríguez Esther. Participación de Enfermería en la Gestión de Calidad en las instituciones de Salud Certificadas. Revista Desarrollo Científico Enfermería 2006;4: 156-161
22. Loewy. La vejez en las Américas Perspectivas de Salud/OPS 2004: 9(1); 10-11
23. Marín PP, Demografía y epidemiología del envejecimiento en Chile; Manual de Geriatria y Gerontología. Santiago: Ediciones Universidad Católica de Chile
24. Marryner, Tomey Ann. Gestión y Dirección de Enfermería. 6ª ed. edit. Harcourt. México. D.F. 2000
25. Medina Mandujano. Relación de percepción del paciente y calidad de la interacción según la Teoría de Peplau: Hospital 2 de Mayo-2006. Revista Peruana de Obstetricia y Enfermería 2007; 3: 1-12
26. Menéndez JJ. Aspectos demográficos y epidemiológicos del envejecimiento. Editorial Científico Técnica, LA Habana 2000
27. Naranjo Bermúdez. IC, Ricaute G. GP. La Comunicación con lo Pacientes. Rev. Invest. Educ. Enferm 2006; 24(1): 94-98
28. Novelo de López H. Situación epidemiológica y demográfica del adulto mayor en la última década. Revista de salud pública y Nutrición. 2003; 5
29. Payno M. El problema gerontológico de México. Rev. Fac. Med. 1980;23(5): 22-446
30. Partezani Rodríguez Rosalina, Guimaraes de Andrade Oseias Representaciones sociales del cuidado del anciano en trabajadores de salud en un ancianato. Revista Latino-Americana de Enfermagem 2001; 9(1)
31. Puentes Rosas Esteban, Gómez Dantes Octavio. - Trato a los usuarios en los servicios públicos de salud en México. Revista Panamericana de Salud Pública; 2006. 19(6): 394-402
32. Ramírez Sánchez T. Percepción de la calidad de atención de los servicios de salud en México perspectiva de los usuarios. Revista Salud Pública de México 1998; 40: 1-9

33. Reyes Hilda. Indicadores de Trato Digno. Ponencia presentada en el taller de Género de la Secretaría de Salud. México: 2003. p.15
34. Rosas Munguía Eduardo. El trato digno tiene varias dimensiones: Organizativas, Sociales y de Actitud. Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. Salud: México 2002: 51-70
35. Sistema Automático de Egresos Hospitalarios, Estadística del Hospital Civil “Dr. Miguel Silva” de Morelia Michoacán, periodo 26/ 12/ 2006 al 25 /12 / 2007: 1,2.
36. Sistema Nacional de Información en Salud 2005. Estadística de Mortalidad en Michoacán. Disponible en: www.ssa.gob.
37. Sheps, C.; Métodos para evaluar la calidad de la atención Hospitalaria. *Públic Health Reports* 1995; 70(9):877
38. Soria Bell, B., Rodríguez Saif, Á. J. Análisis de los aspectos psicológicos y sociales más relevantes en ancianos institucionalizados. *Rev Cubana Enfermer.* 2002;18(2):116121. Disponible en <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192002000200008&lng=es&nrm=iso>.
39. SSA programa de acción. Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. Salud: México 2000
40. SSA atención médica. Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. Salud: México 2003: 120 – 124.
41. SSA atención médica. Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. Salud: México 2003: 120 – 124.
42. SSA. Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. Lineamientos para la mejora continúa de los Servicios de Enfermería: México 2004: 2-6
43. Soto Arreola M. Hernández de León B. Estrategias para impulsar el Trato digno a la Persona y Familia. Régimen Obligatorio-Programa IMSS Oportunidades. México; p. 1-7
44. Suárez Vázquez M, Ortega Vargas M., Téllez Muro E; Hernández Treviño M; Jasso Soto M. Evaluación de la calidad de los servicios de enfermería en el

Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez". Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica 2004; 12 (1): 38-40

45. Subsecretaría de Innovación y Calidad. Programa de Acción en Materia de Evaluación del Desempeño (2001-2006). En: Documento Técnico. Dónde estamos. Evaluación de los Servicios y Programas de Salud en México: 2004. p 19
46. Torres Laguna M.A., Balseiro Almario C.L. Trato digno: Dimensión Fundamental de la Calidad De la Atención de los Servicios de Enfermería. Desarrollo Científico Enferm. 2006; 12(2);58-62
47. Vank-Dick, Puga J.M., Martínez Ramírez A. Bases conceptuales de la calidad de la atención a la salud. Cuadernos de divulgación Científica. Sindicato Nacional de los Trabajadores del Seguro social. 2001; 29: 7-30
48. Vargas Daza E. Reyes S. et.al. Opinión del anciano sobre atención de Enfermería. Revista Enfermería del IMSS 2000;8 (2): 91-94
49. Villa Miguel, Rivadeneyra Luis. El Proceso de Envejecimiento de la Población en América Latina: Una expresión en la Transición Demográfica. Biblioteca Digital Ram.

Anexos

**UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO
FACULTAD DE ENFERMERIA**

**CUESTIONARIO SOBRE EL TRATO DIGNO POR ENFERMERIA EN EL
ADULTO MAYOR.**

Objetivo: Investigar la percepción que tienen los adultos mayores respecto a la calidad de la atención de enfermería (relaciones interpersonales), así como los factores que se asocian a dicha percepción

Ficha de identificación:

Como se llama usted _____	
No. De Registro: _____	
1. Cuántos años tiene? 1 = 60 – 69 2 = 70 – 79 3 = 80 a más	2. Marque el sexo que le corresponda 1 = Femenino () 2 = Masculino ()
3. Cuál es su estado civil? 1 = Soltero 2 = Casado 3 = Unión Libre 4 = Viudo 5 = Divorciado o Separado	4. Cuál es su último grado de estudios? 1 = Analfabeta 2 = Primaria 3 = Secundaria 4 = Bachillerato. 5 = Otros.
5. Cuál es su ocupación actual? 1 = Obrero 2 = Comerciante 3 = Otro 4= Sin ocupación	6. Cuántos ingresos mínimos percibe? 1 = Menos de \$500 al mes 2 = \$501 - \$1000. 3 = \$1001 - \$1500
7. Con quién vive actualmente? 1 = Solo 2 = Familiares 3 = Vecinos. 4 = Otros.	8. Cuál es el nivel de funcionalidad Física? 1 = Independiente 2 = Semidependiente 3 = Dependiente Ver calificación de Katz
9. Cual es su estado emocional en este momento 1 = Triste 2 = Angustiado. 3= Depresivo	

4= Alegre	

Instrucciones: Marque con una X la casilla según corresponda su respuesta

1. Esta satisfecho con la atención que le proporciona la enfermera?	Muy satisfecho	Satisfecho	Insatisfecho	Muy Insatisfecho

2. Como considera que fue la calidad de la atención que le dio la enfermera	Muy Buena	Buena	Mala	Muy Mala

Instrucciones: Marque con una X las acciones que realiza la enfermera durante su estancia hospitalaria.

Ítem	Si	No
1. La enfermera le mira a los ojos cuando le atiende?		
2. La enfermera le saluda de forma amable?		
3. Le orienta sobre los tramites administrativos		
Horario de visita Horario de visita médica Horario de egreso Pases de visita		
4. Le orienta sobre la estructura física de la unidad		
- Localización del timbre de urgencia - Localización de los sanitarios. - Localización del séptico. - Ubicación de la farmacia - Ubicación de la farmacia de la sala rayos X		
Subtotal	4	
5. La enfermera corre las persianas, le pide a los familiares que salgan o o cierra la puerta, cuando le realiza algún procedimiento		
6. La enfermera respeta su religión		
7. La enfermera le permite expresar sus sentimientos		
8. La enfermera se dirige a usted por su nombre		
9. La enfermera se interesa por el estado de salud.		
10.La enfermera les explica todo procedimiento que realiza.		
11.La enfermera le hace sentirse seguro		
Subtotal	6	
12.La enfermera supervisa los cuidados que le realiza su familiar		

13. Considera que hay continuidad del cuidado durante el día.		
14. La enfermera integra a su familiar en los cuidados que le realiza.		
15. La enfermera le capacita sobre los cuidados que debe llevar a cabo, según su padecimiento.		
16. La enfermera le pide al familiar que demuestre los cuidados que aprendió.		
Subtotal	5	
Total		
Interpretación 1 – 5 = Calidad Mala = 1 6 – 10 = Calidad Regular = 2 Más de 11 = Calidad Buena = 3		

Instrucciones: Marque con una X la relación de ayuda que le brinda la enfermera cuando usted la necesitas.

Relación de Ayuda	Siempre 2	Algunas Veces 1	Nunca 0
3. La enfermera le ayuda a vestirse			
4. La enfermera le ayuda a tomar su dieta en caso de que lo necesite			
5. Recibió ayuda para poder realizar su higiene personal cuando la necesitó			
6. Recibió ayuda para poder realizar su cepillado de dientes cuando la necesitó			
7. Recibió ayuda para poder lavarse las manos cuando la necesitó			
8. Recibió ayuda para hacer del baño (orinar o evacuar) cuando la necesitó			
9. Recibió ayuda para poder levantarse a caminar cuando la necesitó			
10. Recibió ayuda para moverse dentro o fuera de la cama cuando la necesitó			
11. Recibió ayuda para comunicarse con sus familiares cuando la necesitó			

Total		7	
Interpretación 1 – 6 = Mala relación = 1 6 – 12 = Relación Regular = 2 Más de 13 = Buena relación = 3			

Cuadro N° 1
Percepción Que Tiene El Adulto Mayor Respecto Al Trato Digno Que Brinda Enfermería, Según El Grupo De Edad de los Adultos Mayores Hospitalizados en el Hospital General “Dr. Miguel Silva” De Morelia, Mich.

Edad	Percepción del Trato Digno				Total
	Muy Buena		Buena		
60 – 69	42	50.0	8	50.0	50
70 – 79	15	17.9	3	18.8	18
Más de 80	27	32.1	5	31.2	32
Total	84	100	16	100	100

Fuente: 100 Encuestas Directas Aplicadas por enfermeras a los Adultos Mayores en El Hospital General “Dr. Miguel Silva”

Cuadro N° 2
Percepción del Adulto Mayor del Trato Digno que brinda Enfermería, según el sexo de los Adultos Mayores Hospitalizados en el Hospital General “Dr. Miguel Silva” De Morelia, Mich.

Sexo	Percepción del Trato Digno				Total
	Muy Buen		Buena		
Femenino	26	31.0	5	31.0	31
Masculino	58	69.0	11	69.0	69
Total	84	100	16	100	100

Fuente: 100 Encuestas Directas Aplicadas por enfermeras a los Adultos Mayores en El Hospital General “Dr. Miguel Silva”

Cuadro N° 3
Percepción que tiene el Adulto Mayor respecto al Trato Digno que brinda Enfermería, según el estado civil de los Adultos Mayores Hospitalizados en el Hospital General de Morelia, Mich.

Estado Civil	Percepción del Trato Digno				Total
	Muy Buena		Buena		
Soltero	7	8.3	0	0	7
Casado	39	46.4	8	50.0	47
Viudo	38	45.3	8	50.0	46
Total	84	100	16	100	100

Fuente: 100 Encuestas Directas Aplicadas por enfermeras a los Adultos Mayores en El Hospital General “Dr. Miguel Silva”

Cuadro N° 4
Percepción que tiene el Adulto Mayor respecto al Trato Digno que brinda Enfermería, según el grado de estudios de los Adultos Mayores Hospitalizados en el Hospital General “Dr. Miguel Silva” de Morelia, Mich.

Grado de Estudios	Percepción del Trato Digno		Total
	Muy Buena	Buena	

Analfabeta	45	53.6	3	18.8	48
Primaria	28	33.3	13	81.2	41
Secundaria	9	10.7	0	0	9
Otro	2	2.4	0	0	2
Total	84	100	16	100	100

Fuente: 100 Encuestas Directas Aplicadas por enfermeras a los Adultos Mayores en El Hospital General "Dr. Miguel Silva"

Cuadro N° 5
Percepción que tiene el Adulto Mayor respecto al Trato Digno que brinda Enfermería, según la ocupación de los Adultos Mayores Hospitalizados en el Hospital General "Dr. Miguel Silva" de Morelia, Mich.

Ocupación	Percepción del Trato Digno		Total
	Muy Buena	Buena	
Con alguna ocupación	12	14.3	0
Sin ocupación	72	85.7	16
Total	84	100	16

Fuente: 100 Encuestas Directas Aplicadas por enfermeras a los Adultos Mayores en El Hospital General "Dr. Miguel Silva"

Cuadro N° 6
Percepción que tiene el Adulto Mayor respecto al Trato Digno que brinda Enfermería, según el estado socioeconómico de los Adultos Mayores Hospitalizados en el Hospital General "Dr. Miguel Silva" de Morelia, Mich.

Ingresos económicos	Percepción del Trato Digno		Total
	Muy Buena	Buena	
Menos de \$500	81	96.5	16
de \$501-1000	3	3.5	0
Total	84	100	16

Fuente: 100 Encuestas Directas Aplicadas por enfermeras a los Adultos Mayores en El Hospital General "Dr. Miguel Silva"

Cuadro N° 7
Percepción que tiene el Adulto Mayor respecto al Trato Digno que brinda Enfermería, según los Adultos Mayores Hospitalizados en el Hospital General Dr. Miguel Silva de Morelia, Mich.,

Con quien vive	Percepción del Trato Digno		Total
	Muy Buena	Buena	
Solo	8	9.5	0
Familiares	73	86.9	16
Otros	3	3.5	0
Total	84	100	16

Fuente: 100 Encuestas Directas Aplicadas por enfermeras a los Adultos Mayores en El Hospital General "Dr. Miguel Silva"

Cuadro N° 8
Percepción que tiene el Adulto Mayor respecto al Trato Digno que brinda Enfermería, según su Funcionalidad Física de los Adultos Mayores Hospitalizados en el Hospital General “Dr. Miguel Silva De Morelia, Mich.,

Funcionalidad Física	Percepción del Trato Digno		Total		
	Muy Buena	Buena			
Independiente	41	49.0	11	68.8	52
Semidependiente	12	14.1	0	0	12
Dependiente	31	36.9	5	31.2	36
Total	84	100	16	100	100

Fuente: 100 Encuestas Directas Aplicadas por enfermeras a los Adultos Mayores en El Hospital General “Dr. Miguel Silva”

Cuadro N° 9
Percepción que tiene el Adulto Mayor respecto al Trato Digno que brinda Enfermería, según su estado emocional de los Adultos mayores Hospitalizados en el Hospital General Dr. “Miguel Silva” de Morelia, Mich.

Estado Emocional	Percepción del Trato Digno		Total		
	Muy Buena	Buena			
Triste	13	15.4	8	50	21
Angustiado	2	2.4	3	18.8	5
Depresivo	4	4.8	0	0	4
Alegre	65	77.4	5	31.2	70
Total	84	100	16	100	100

Fuente: 100 Encuestas Directas Aplicadas por enfermeras a los Adultos Mayores en El Hospital General “Dr. Miguel Silva”

Cuadro N° 10
Percepción que tiene el Adulto Mayor respecto al Trato Digno que brinda Enfermería, según el grado de satisfacción con la atención de los Adultos Mayores Hospitalizados en el Hospital General Dr. “Miguel Silva” de Morelia, Mich.

Grado de satisfacción	Percepción del Trato Digno		Total		
	Muy Buena	Buena			
Muy satisfecho	84	100	3	19.0	87
Satisfecho	0	0	13	81.0	13
Total	84	100	16	100	100

Fuente: 100 Encuestas Directas Aplicadas por enfermeras a los Adultos Mayores en El Hospital General “Dr. Miguel Silva”

Cuadro N° 12
Percepción que tiene el Adulto Mayor respecto al Trato Digno que brinda Enfermería, según la relación de ayuda del personal a los Adultos Mayores Hospitalizados en el Hospital General Dr. "Miguel Silva" de Morelia, Mich.

Relación de ayuda	Percepción del Trato Digno		Total		
	Muy Buena	Buena			
Mala relación	37	44.0	10	62.5	47
Relación regular	40	48.0	0	0	40
Buena relación	7	8.0	6	37.5	13
Total	84	100	16	100	100

Fuente: 100 Encuestas Directas Aplicadas por enfermeras a los Adultos Mayores en El Hospital General "Dr. Miguel Silva"

