



**UNIVERSIDAD MICHUACANA DE SAN NICOLÁS
DE HIDALGO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA**



TESIS

**“PERCEPCIÓN DEL ADULTO MAYOR
HOSPITALIZADO SOBRE EL CUIDADO DE
ENFERMERÍA”**

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

PRESENTA:

LEQ. María Teresa Alvarado Tapia

DIRECTORA DE TESIS

Doctora en Enfermería María Cristina Martha Reyes Guzmán

ASESOR METODOLOGICO

MC. Cesar Jerónimo López Camacho

Morelia, Michoacán, Septiembre de 2015.



Universidad Michoacana de san Nicolás de Hidalgo
Facultad de Enfermería
Maestría en Enfermería



TESIS

**“LA PERCEPCIÓN DEL ADULTO MAYOR HOSPITALIZADO SOBRE EL
CUIDADO DE ENFERMERÍA”**

*Que para obtener el grado de
Maestra en Enfermería*

PRESENTA:

LEQ. María Teresa Alvarado Tapia

DIRECTORA DE TESIS

Dra. María Cristina Martha Reyes

SINODALES:

Dra. María Cristina Martha Reyes
Presidenta

Firma

Dra. María Leticia Rubí García Valenzuela
1er. Vocal

Firma

MC. Josefina Valenzuela Gandarilla
2º. Vocal

Firma

DEDICATORIAS

A Dios por el regalo de la vida y por permitirme
Concluir esta meta.

A mi esposo e hijos:

Pablo Martínez

Pablo Martínez Alvarado

Teresa Edith Martínez Alvarado

Paulina Martínez Alvarado

Por comprender que el tiempo que no les dedique a ellos
Lo aproveche estudiando.

A mis padres: Odilón Alvarado Alcantar (+) y
Francisca Tapia Villagómez (+) por ser ejemplo de dedicación
Y trabajo.

A mis hermanos: Ma. Elena, Estela, Gloria, Mario,
Ma. De los Ángeles y Alma Rosa con cariño y respeto.

A la Dra. María Cristina Martha Reyes
Por sembrar en mi la semilla del conocimiento
Que ha sido vital en mi vida

A todos mis maestros
por ser mis guías y por el tiempo brindado
A lo largo de este escalón que hoy alcanzo con ellos.

A las personas adultas mayores
Que gentilmente participaron en este proyecto
de investigación, por su apoyo invaluable.

A la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo
Por albergarme en sus aulas durante el periodo
Que duro la maestría.

Al Instituto de Seguridad Social al Servicio
De los Trabajadores del Estado
Por permitirme realizar la investigación.

**“La percepción del adulto mayor hospitalizado sobre el cuidado de
Enfermería”**

ACTA DE REVISIÓN

La Dra. María Cristina Martha Reyes Guzmán, Profesor e investigador asociado “C” de la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, directora de tesis de la maestría

CERTIFICA

Que ha dirigido el trabajo titulado “La percepción del adulto mayor hospitalizado sobre el cuidado de Enfermería” elaborado por María Teresa Alvarado Tapia, Licenciada en Enfermería y que será presentado como requisito para obtener el grado de Maestra en Enfermería por la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Dra. María Cristina Martha Reyes G.
Profesor e Investigador asociado “C”
Facultad de Enfermería UMSNH.
Firma_____

Dra. María Leticia Rubí García Valenzuela
Profesor Investigador Titular “A”
Facultad de Enfermería UMSNH.
Firma_____

Dra. Josefina Valenzuela Gandarilla
Profesor e investigador asociado “C”
Facultad de Enfermería UMSNH
Firma_____

ÍNDICE

PÁGINA

CONTENIDO

Índice de Cuadros

Índice de Gráficos

Glosario de términos

Resumen

Introducción

CAPITULO I	22
CAPITULO I	1
Marco Teórico.....	1
1.1 Introducción.....	1
1.1.1 Demografía poblacional.....	4
1.1.2 Tasas de esperanza de vida.....	6
1.1.3 Transición epidemiológica	7
1.1.4 Los servicios de salud	10
1.2 Marco Conceptual	12
1.2.1 Definición de Percepción según Neisser.....	12
1.2.2 Percepción según la Teoría Gestalt	13
1.2.3 Teoría Fenomenológica de Heidegger.....	16
1.3 Estudios relacionados.....	19
1.4 Teoría de Jean Watson	21
1.4.1 Supuestos básicos de la teoría de Watson	24
1.4.2 Vinculación de la teoría de Watson con la percepción.....	27
CAPITULO 2	29
2. Planteamiento del problema.....	29
2.1 Justificación.....	29
2.2 Planteamiento de la situación problema.....	30

2.3 Objetivos	34
2.3.1 General.....	34
2.3.2 Específicos.....	34
CAPITULO 3	34
3. Metodología.....	34
3.1 Tipo de estudio.....	34
3.2 Universo y muestra que integra el campo de estudio	34
3.3. Criterios de inclusión	35
3.4 Criterios de Exclusión:.....	35
3.5 Criterios de eliminación:.....	35
3.6 Técnica	35
3.7 Procedimiento.	37
3.8 Variables	37
3.9 Operacionalización de variables	38
3.10 Análisis estadístico.....	38
3.11 Consideraciones éticas del estudio.....	39
CAPITULO 4	39
4. Resultados.....	39
4.1 Análisis e Interpretación de resultados.....	39
4.2 Discusión	58
4.3 Conclusiones.....	79
4.4 Sugerencias	81
5. Referencias Bibliográficas:	82
CUADROS Y GRAFICOS.....	90
ANEXOS	121

Glosario de términos

Adulto mayor, es la persona de más de 60 años para los que viven en los países en vías de desarrollo y de 65 años a los que viven en países desarrollados (Acuerdo en Kiev, 1979, OMS). En 1994 la OPS ajustó la edad de 65 y más para considerarlo adulto mayor (Novelo, 2003).

Persona: Ser único que tiene tres esferas del ser: mente, cuerpo y espíritu, que se ven influidas por el concepto de sí mismo y que es único y libre de tomar decisiones. (Watson, 1979)

Envejecimiento, es un proceso natural y universal de cambios biológicos e irreversibles que ocurren a través de la vida, y que tienen como resultado final la muerte (Krassoievitch, 1998).

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).

Interacción enfermera-Paciente: Watson conceptualiza el cuidado como un proceso interpersonal entre dos personas, con dimensión transpersonal: Enfermera-paciente. El ideal moral de enfermería es la protección, mejora y preservación de la dignidad humana. El cuidado humano tiene que ver con valores, voluntad, acciones de cuidado. El mismo cuidado en respuesta a las necesidades del paciente responde a: Proceso de salud-enfermedad, interacción persona-medio ambiente, conocimientos de los procesos de cuidado por parte de la enfermera, Autoconocimiento de sí mismo (a) de lo que puedo hacer y lo que no, Así mismo las limitaciones entorno al cuidado (Watson, 1979).

Campo fenomenológico: El cuidado inicia cuando la enfermera entra en el campo fenomenológico del paciente (marco de referencia de la persona, realidad subjetiva compuesta en su totalidad por la experiencia humana) y responde a la condición del

ser del paciente (espíritu y alma) de la misma manera que el paciente expone sus sentimientos.

Este campo fenomenológico corresponde a cada persona y es el total de su experiencia personal: sentimientos, sensaciones corporales, pensamientos, creencias espirituales, expectativas, medio ambiente, y los significados de lo que percibe, que es todo aquello que tiene que ver con lo vivido (pasado), lo que vive (presente) y lo imaginable del futuro (Watson, 1979).

La Gestalt definió **la percepción** como tendencia al orden mental. Inicialmente, la percepción determina la entrada de información; y en segundo lugar, garantiza que la información retomada del ambiente permita la formación de abstracciones (juicios, categorías, conceptos, etc) (Oviedo, 2008).

Cuidado Transpersonal: Se presenta cuando una persona intenta conectarse y abrazar el espíritu o el alma de los demás a través de los procesos de cuidados y tratamientos y estar en relación auténtica, en el momento.

Este cuidado transpersonal nos refiere a una clase especial de cuidado humano que depende de: 1.- Un compromiso moral de la enfermera de proteger y realzar la dignidad humana, así como el más profundo y/o más alto yo. 2.- La experiencia, la percepción y la conexión que de manera intencional realiza la (el) enfermera (o) con el paciente. 3.- Ir más allá de una evaluación objetiva, mostrando preocupación (interés) por el significado subjetivo de la persona en torno a la situación de salud que vive en el momento (Watson, 1979).

Momento de cuidado de un paciente: Una ocasión de cuidado (punto de contacto en el espacio y el tiempo), se da cuando la enfermera y otra persona (paciente) se unen de tal manera que se crea una ocasión para el cuidado humano (Watson, 1979).

Índice de Cuadros.

Número	Título	Página
1	Resultado del análisis de Fiabilidad del Instrumento de Recolección de datos	88
2	VARIABLES Sociodemográficas	89
3	Percepción del Cuidado de Enfermería del Adulto Mayor por Género	94
4	Percepción del cuidado de Enfermería del Adulto Mayor por Grupos de edad.	96
5	Percepción del cuidado de Enfermería del Adulto Mayor por días de estancia hospitalaria.	98
6	Percepción del cuidado de Enfermería del Adulto Mayor por tipo de derechohabiente	100
7	Percepción del cuidado de Enfermería por servicio donde se encontró al paciente	102
8	Categoría: Dar apoyo emocional	104
9	Categoría: Dar apoyo físico	106
10	Categoría: Empatía	108
11	Categoría: Cualidades del hacer	110
12	Categoría: Pro-actividad	112
13	Categoría: Priorizar al "ser" cuidado	114
14	Valores de correlación de variables sociodemográficas	116
15	Valores de correlación de las categorías del instrumento de recolección de datos	117

Índice de Gráficos:

Número	Título	Página
1	Resultado del análisis de Fiabilidad del Instrumento de Recolección de datos	89
2	Variables Sociodemográficas	91-93
3	Percepción del Cuidado de Enfermería del Adulto Mayor por Género	95
4	Percepción del cuidado de Enfermería del Adulto Mayor por Grupos de edad.	97
5	Percepción del cuidado de Enfermería del Adulto Mayor por días de estancia hospitalaria.	99
6	Percepción del cuidado de Enfermería del Adulto Mayor por tipo de derechohabiente	101
7	Percepción del cuidado de Enfermería por servicio donde se encontró al paciente	103
8	Categoría: Dar apoyo emocional	105
9	Categoría: Dar apoyo físico	107
10	Categoría: Empatía	109
11	Categoría: Cualidades del hacer	111
12	Categoría: Pro-actividad	113
13	Categoría: Priorizar al “ser” cuidado	115

Resumen:

Introducción: El envejecimiento, fenómeno ineludible y gradual que incrementa la población usuaria de servicios de salud al unísono el número de quejas en torno a su atención, sin precisar si corresponden al profesional de enfermería. **El objetivo** fue analizar la percepción del adulto mayor hospitalizado sobre el cuidado de enfermería en los servicios de Medicina Interna y Nefrología del Hospital General “Vasco de Quiroga” del ISSSTE. **Antecedentes:** Se utilizó la teoría disciplinar del cuidado humanizado de la Dra. Watson sobre cuidado transpersonal, cuyo enfoque humanista mantiene relación con la presente investigación a partir de valores morales y éticos que el paciente percibe. **Justificación:** La falta de registros entorno a la percepción del adulto mayor hospitalizado sobre el cuidado de enfermería, suscitó el presente estudio; el cuidado Watson lo describe como proceso mental donde hay momentos significativos entre paciente y enfermera (o). **Metodología:** Es un estudio cuantitativo, transversal y descriptivo; muestreo no probabilístico y por conveniencia, 130 pacientes adultos mayores hospitalizados. Criterios de inclusión: Adultos mayores, entre 65 y 80 años que estuvieron internados durante el periodo de investigación. Instrumento utilizado: A partir de la Operacionalización de variables, se construyó el instrumento “Percepción del cuidado de Enfermería” cuya autora es la responsable de la presente investigación, basado en el instrumento “Percepción del cuidado humanizado de Enfermería” (PCHE) de los autores Rivera, Triana y Espitia (2010). **Resultados:** Se utilizó el paquete estadístico SPSS 15.0 para el análisis de fiabilidad; el Alpha de Cronbach fue .973 ratificado con Spearman Brown .975. Se encontró que el 57.7% (73) fueron mujeres; el grupo más entrevistado lo conformaron los pensionados 55.9% (71), pertenecientes al grupo de edad de 75 a 80 años, fueron 58 (45.7%); La estancia hospitalaria fue de 1 a 5 días (78%); encontrándose internados en el servicio de Medicina Interna 79, (62%); los adultos mayores se inclinaron importantemente hacia la respuesta “casi siempre” y “siempre”. **Conclusiones:** La teoría de Watson fundamentada en el cuidado de enfermería que define el cuidado como un ideal moral y ético de la enfermera, respalda la investigación; aún hay adultos mayores que mencionan, que las (os) enfermeras (os) dejan de lado la parte espiritual y ética

del cuidado. **Sugerencias:** realizar la investigación cualitativa permitirá incursionar en escenarios diferentes; elaborar Planes de Cuidado (PLACE'S) con tendencia humanista, donde participe el paciente; capacitación para enfermería sobre adulto mayor; a partir del liderazgo de enfermería, promover cuidado intrafamiliar del adulto mayor; incremento de personal de enfermería en servicios para adultos mayores.

Descriptores: Enfermería Geriátrica, Asistencia centrada en el paciente, Satisfacción del paciente.

Abstract:

Introduction: Aging, unavoidable and gradual phenomenon that increase users population of health services and number of complaints too about their attention, without specify if is responsible nursing. The **objective** was to analyze the perception to older adults hospitalized about nursing's care in the internal medicine and nephrology services inside of General Hospital "Vasco de Quiroga" of ISSSTE.

Precedents: Used it the Theory disciplinary about carefully humanized of Transpersonal Human Caring of Dra. Watson, which humanist focus maintain relation with this research work from moral and ethics values that patient perceive it.

Justification: The no existence a record about the perception of older adults hospitalized about nursing's care, arouse the present investigation; Watson's care describe it like a mental process where there are significant moments among patient and nurse.

Methodology: Is a quantitative, cross-sectional and descriptive study; universe no probabilistic and for convenience, 130 older adults hospitalized patients.

Inclusion criterion: Older adults, between 65 and 80 years old than were long terms during the investigation period. Measuring instrument used: since then the operacionalisation of variables, made the "Perception of care of nursing" instrument, author's whose is the responsible of this investigation, based in the instrument "Perception of care of nursing" (PCHE) from Rivera, Triana and Espitia, authors (2010).

Results: Used it the statistician package SPSS 15.0 for the reliability analysis, used it Alpha's Cronbach .973 was ratify whith Spearman Brown .975. Was found that 57.7% (73) was women; the group more interviewee was pensioners 55.9% (71), belonging for the group of 75 to 80 years old, was 58 (45.7%); The hospital stay was of 1 to 5 days (78%); found long-term in the Internal Medicine Service 79 (62%); the older adults importantly lean towards answer "almost always" and "always".

Conclusions: Watson's theory support in nurse caring that define the care like a moral and ethical major of nursing, support the investigation; there are older adult that mention, that nurses the part spiritual and ethic of caring leaves behind. **Suggestions:** Realize the investigation qualitative will allow make incursions in different scenes; Will make place's with humanist tendency, where the

patient take part; nurse's training about older adults, as of nursing leadership, promote the domestic caring of older adults, increase of nurses for older adult's services.

Descriptors: Geriatric Nursing, Patient centered care, Patient satisfaction.

Introducción

El envejecimiento de la población es un fenómeno ineludible y gradual, la disminución de la natalidad y el progresivo aumento de la esperanza de vida de las personas, impactan directamente en la composición por edades de la población, al reducir relativamente el número de personas en las edades más jóvenes y engrosar los sectores con edades más avanzada. A la par del incremento de adultos mayores se da la creciente demanda de los servicios de salud por este grupo de personas, originando de igual manera la elevación del porcentaje de quejas en torno a la atención médica, demandando del personal de enfermería una atención más pronta y eficiente, situación que impulsa la presente investigación y dirige el objetivo hacia los adultos mayores, considerando importante su opinión como un indicador del cuidado que proporciona el personal de enfermería.

Cabe citar que la Facultad de Enfermería cuenta con varios Cuerpos Académicos, uno de ellos es “Promoción de la Salud”, y este a su vez cultiva 3 Líneas de “Generación o Aplicación Innovadora del Conocimiento” (LGAC), la tercera es “Cuidado Integral y Autocuidado en el Adulto Mayor”, donde precisamente se inserta este trabajo de investigación por las características de su contenido.

Cada una de las LGAC, tiene una razón de existir, está en particular emerge en respuesta al crecimiento poblacional de este grupo etario, donde la propuesta educativa se ha preocupado y ocupado por elevar el nivel de conocimientos de estudiantado acerca del adulto mayor, así como sus habilidades personales, mismas que les permitirán adoptar medidas para mejorar la salud de los pacientes y la comunidad.

La presente investigación denominada “Percepción del adulto mayor hospitalizado sobre el cuidado de Enfermería” se realizó en los servicios de Medicina Interna y Nefrología, 3er y 4º piso respectivamente, del Hospital General “Vasco de Quiroga” del ISSSTE en Morelia, Michoacán, iniciando en primer lugar con la búsqueda

bibliográfica sobre la teoría del cuidado humanizado de la Dra. Jean Watson, seguido a esto se complementó con artículos que hablaran sobre *percepción*.

Lo anterior con la finalidad de trazar y evidenciar el problema central del estudio, cuyo objetivo fue analizar la percepción del adulto mayor hospitalizado sobre el cuidado de Enfermería, de donde surgen los objetivos específicos siguientes: Identificar el tipo de apoyo que recibe el adulto mayor en el cuidado de enfermería. Identificar las acciones de enfermería en relación con el cuidado físico que le proporciona enfermería. Precisar la relación que surge entre el adulto mayor y la enfermera que le proporciona el cuidado. Conocer la opinión del adulto mayor en relación a las características profesionales que observa en la (el) enfermera (o). Conocer la opinión que tiene el adulto mayor en cuanto a los valores que observa en la (el) enfermera (o).

El presente trabajo se integra por los siguientes capítulos:

En el capítulo uno se aborda el marco teórico, iniciando con los antecedentes, para realizar el marco conceptual en los cuales se fundamenta la presente investigación, en donde se aborda la percepción según varias teorías, las cuales concuerdan importantemente e incluyen en su abordaje a la fenomenología. En el apartado de los estudios afines, se mencionan trabajos que aportan sustancialmente al presente trabajo, a continuación se incluye la Teoría de Jean Watson, la cual incluye la fenomenología y es el sustento de la presente investigación, aporta el pensamiento filosófico sobre el arte del cuidado.

En el capítulo número dos se hace hincapié en justificar el estudio de investigación, mencionando antecedentes del servicio de geriatría y estudios anteriores sobre percepción de adultos mayores sobre el cuidado de enfermería, realizados en el Hospital General “Vasco de Quiroga” ISSSTE; seguido de esto se plantea el problema central de la investigación.

En el tercer capítulo se presenta la metodología que permeo la investigación, el tipo de estudio es cuantitativo, transversal y descriptivo. El universo de trabajo se

conformó con 120 pacientes adultos mayores, los cuales se encontraron hospitalizados en los servicios de Medicina interna y Nefrología, 3º. Y 4º. Piso respectivamente del Hospital General “Vasco de Quiroga”, la muestra del estudio es no probabilística y el muestreo por conveniencia. El instrumento utilizado es un cuestionario estructurado y validado por la autora de la presente investigación, el cual permitió conocer la percepción de los pacientes motivo del estudio. La ética también forma parte del estudio, se encuentran incluidos los artículos del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación no experimental, correspondientes al estudio.

En el cuarto y último se observan los resultados arrojados por el trabajo de investigación, se presenta el análisis e interpretación de los mismos; en primer lugar de las variables sociodemográficas; se muestran los resultados más significativos en porcentajes, media y desviación estándar; igualmente los resultados encontrados en relación a las categorías que conforman el instrumento de recolección de datos, evaluando la percepción que tiene el adulto mayor del cuidado de enfermería.

A continuación se localiza la discusión, donde se confrontan los resultados con otras investigaciones relacionadas con la percepción del adulto mayor acerca del cuidado de enfermería, y se contrastan los resultados obtenidos en el marco de referencia de la teoría de Jean Watson.

Las conclusiones que a continuación aparecen en este capítulo, se refieren a la adaptación de la teoría de Jean Watson al presente estudio y las opiniones de los adultos mayores que participaron en el presente estudio. Dichas conclusiones han sido organizadas en función de la pregunta de investigación y procurando dar respuesta a la misma; entorno a las categorías del cuidado: Dar apoyo emocional, dar apoyo físico, La empatía, Cualidades del hacer, Pro-actividad, Priorizar al ser cuidado, que influye en la percepción del adulto mayor hospitalizado acerca del cuidado de enfermería. En lo general, se concluye que los adultos mayores perciben

“siempre” las categorías del cuidado en la atención que reciben del personal de Enfermería.

Las sugerencias al final del trabajo, están en función de trabajos futuros, recomendando en primer lugar que se realice el trabajo con corte cualitativo, para explorar todo el potencial de la teoría de Watson y sobre todo la parte fenomenológica; aplicar el instrumento de medición en otras poblaciones para evaluar la validez externa.

En el contenido cinco se encuentran las referencias bibliográficas, como son, revistas, libros y referencias electrónicas, utilizados tanto en la planeación como en la realización del trabajo de investigación

En los anexos se localizan documentos que apoyan al lector para una mejor comprensión del trabajo presente y son: Operacionalización de variables, el consentimiento informado de los pacientes y el cuestionario aplicado a los mismos.

CAPITULO I

Marco Teórico

1.1 Introducción

En todas las culturas, el hombre es consciente de su declinación en el plano biológico y sabe también que con ello se reduce su capacidad de subsistir. Desde épocas remotas ha buscado las causas de esa alteración en lo físico y lo funcional y las implicaciones en lo psicológico y social. En algunos pueblos antiguos las respuestas se buscaron en la magia, la medicina, la religión o la filosofía.

Duque (1997) menciona, con Hipócrates en la Grecia antigua la medicina se convierte en ciencia y arte, rescatando así su originalidad mediante la experiencia y el razonamiento. Hipócrates interpreta la enfermedad y la vejez a la luz de la teoría de Pitágoras como el desequilibrio entre los cuatro humores del cuerpo: Sangre, flema, bilis amarilla y atrabilis (bilis negra); ubica los inicios de la vejez a los 56 años; Hipócrates fue el primero en asociar las etapas del ciclo vital con las cuatro estaciones: infancia (primavera), juventud (verano), adultez (otoño), vejez (invierno).

Posteriormente, aparece el enfoque mecanicista de la medicina con sus máximos exponentes Borelli y Baglivi, (citados por Comachione, 2008), quienes esgrimen los principios de la astrofísica: el organismo humano es una máquina formada por cilindros y ruedas, así la vejez es el resultante del desgaste de esa máquina por el uso y por el paso del tiempo.

En E.U se considera a Nascher como el padre de la Geriatria, (1909) rama de la medicina que se ocupa de los ancianos, quien fundó en 1912 la Sociedad de Geriatria de Nueva York y en 1914 publica un tratado de Geriatria pero tuvo poco éxito con su difusión puesto que a nadie le interesaba la cuestión de la vejez

En 1999 la Organización de Naciones Unidas (ONU), proclamo ese año como “Año internacional de las personas de edad” y manifiesto la necesidad de proteger los derechos de las personas mayores y garantizar su bienestar, insertos en la Declaración sobre Progreso y Desarrollo en lo Social.

En el mismo año, la OMS asumió el compromiso de fomentar el envejecimiento activo como un componente indispensable de todos los programas de desarrollo, de ahí el tema del día mundial de la salud en 1999, “Sigamos activos para envejecer bien”, un envejecimiento activo abarca todas las dimensiones de la vida física, mental, social y espiritual (Ham Chade 2007).

García (2003) al referirse al envejecimiento señala que en la edad y el envejecimiento intervienen varios tipos de procesos que interactúan conjuntamente en un mismo organismo: junto al avance cronológico de la edad, se presentan cambios biológicos, manifestaciones psicológicas y transformaciones sociales. Esos cambios no necesariamente aparecen al mismo tiempo, sino que se pueden manifestar asincrónicamente. Por convencionalismo práctico se ha homogenizado la edad y el envejecimiento a partir de la estratificación por grupos de edades o años.

Continúa diciendo García, los estudios de envejecimiento en la actualidad están determinados por tres procesos estrechamente interconectados:

1. Transición epidemiológica: cambios en la salud, prevalencia de morbilidades, índices de mortalidad y cobertura institucional de los cuidados preventivos y prolongados para dependientes
2. Transición demográfica y envejecimiento poblacional: tránsito de grupos etarios, distribución, volumen y densidad poblacional
3. Transiciones económicas e intergeneracionales: distribución productiva, montos de ingresos, cambios en los regímenes jubilatorios, migración, arreglos residenciales, transferencias económicas (padres-hijos-nietos) y estructura familiar.

Envejecer es un proceso complejo que sigue preocupando a los seres humanos, que no cesan en su afán por detenerlo o en su defecto minimizar el daño, que irremediablemente se encuentra en los cuerpos que han acumulado años, dando una imagen deplorable y causante de discriminación por las personas más jóvenes, quienes al referirse al adulto mayor, le nombran: anciano, viejo, acabado, senil, desvalido, terminando con la imagen ya de por sí negativa que tiene el mismo adulto mayor y la sociedad en general.

Existe un particular interés de la sociedad de gerontólogos por incidir en la conciencia de las personas en general, para que entienda que el envejecimiento es un proceso natural de la vida y no una enfermedad, como actualmente se le considera, urge una nueva cultura del envejecimiento, donde no existan limitaciones, maltratos, humillaciones, abusos al adulto mayor.

La adaptación al envejecimiento no es tarea fácil para los adultos mayores y requiere que los profesionales que participan en su cuidado se caractericen por una muy especial vocación y amor al trabajo con este grupo etario, lo que se traduce en una actitud que transmita valores como el respeto por el otro, la autonomía para brindar cuidados humanizados al adulto mayor y a los cuidadores primarios, que son la familia.

La enfermera profesional coordina el cuidado integral del adulto mayor, a partir de comprender los cambios fisiológicos, psicológicos y sociológicos del paciente, una escucha atenta a lo que el paciente espera, traducido en planes de cuidados adecuados, que le permitan inter-relacionarse con sus pacientes y estar atenta a los cambios en el estado de salud.

La respuesta a los planes de cuidado por parte del adulto mayor es diferente, por lo que se precisa que cada uno se realice en forma personalizada y por enfermeras especialistas, buscando siempre el mayor beneficio, por lo que deberá tener

siempre en cuenta la opinión del paciente y lo que éste espera del profesional de enfermería.

1.1.1 Demografía poblacional

El desarrollo demográfico de México se caracteriza por un descenso de la mortalidad general, de 27 defunciones por 1000 habitantes en 1930 a 49 por 1000 en 2008, un incremento en la esperanza de vida, de 34 años en 1930 a 75.1 años en 2008, y una disminución de la fecundidad, de siete hijos por mujer en edad reproductiva en los años sesenta a 2.1 en 2008 (Gómez, 2011).

La expectativa de vida a comienzos del siglo pasado estaba entre los 30 o 40 años en los países de la región, y los progresos de las ciencias biomédicas prometen extender los límites de la vida humana a 100 o 120 años. Pero el contexto social no parece avanzar al mismo ritmo "Lo malo no es que la población envejezca, sino que las sociedades no tomen conciencia del fenómeno" sostiene la epidemióloga Martha Peláez, asesora regional en envejecimiento de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (Loewy, 2004).

La población mundial envejece cada vez más rápido, y la marca de 9.000 millones de habitantes se habrá superado en 2050, según previsiones de la Organización de las Naciones Unidas. El informe "*Perspectiva de la población mundial*" revisión 2006 prevé que en los próximos 43 años se sumarán 2.500 millones de habitantes al planeta, pasando de los 6.700 millones actuales a 9.200 millones en 2050. Un problema que no sólo estará en el número, sino en la edad: las proyecciones determinan que cada vez serán más los ancianos (ONU, 2007).

Como resultado de la disminución de la fertilidad y la creciente longevidad, la población crece cada vez más rápidamente; El envejecimiento es el resultado de el gran éxito de la humanidad en materia de salud, pero las preguntas ahora son, si la humanidad puede adaptarse a estas nuevas circunstancias, si se cuenta con políticas públicas para enfrentar esta transición demográfica y por último si las

instituciones sanitarias ya prevén programas para atender a este grupo de personas.

La Región de América Latina y el Caribe ha aumentado su población durante el siglo XX en 430 millones, alcanzando hoy en día aproximadamente los 520 millones. Las proyecciones medias indican que entre el año 2000 y el 2025 los habitantes de la región se incrementarán en 180 millones; más de un tercio de ese incremento corresponderá a población adulta mayor (Agar, 2001).

A diferencia de los países desarrollados, en América Latina y el Caribe, el proceso de transición demográfica se vincula con el alto crecimiento económico y las transformaciones sociales de las décadas de 1960 y 1970, responde también, en alto porcentaje, a que los países en desarrollo se han beneficiado de los avances médicos y tecnológicos de los países desarrollados, han sido influenciados por sus ideas, estándares de vida y modas que han impactado en las tasas de la natalidad y de la mortalidad.

México, al igual que el resto del planeta, ha experimentado el proceso de la transición demográfica, marcada por el descenso de la mortalidad y la disminución de la tasa de natalidad, aunado a esto se agrega la migración internacional de las últimas décadas.

El Consejo Nacional de Población mencionó, en el año 2000 la proporción de adultos mayores fue de alrededor de 7.0 por ciento; se estima que este porcentaje se incremente a 12.5 por ciento en 2020 y a 28.0 por ciento en 2050, lo que corresponde alrededor de 130 millones en 2050. La pirámide de población de México perderá su forma triangular, característica de una población joven, para adquirir un perfil rectangular abultado en la cúspide propia de las poblaciones envejecidas (CONAPO, 2002).

El proceso de envejecimiento demográfico de México es irreversible; los adultos mayores de mañana ya nacieron, estas generaciones conformarán el grupo de 60 años y más a partir de 2020. Esto se refleja en el aumento de las proporciones de adultos mayores, y en la disminución de niños en las últimas décadas.

En Michoacán, en 1991 un recién nacido vivía en promedio 73.4 años, mientras que para los niños la esperanza de vida al nacer era de 68.0. Las mejoras en los servicios de salud han hecho que ésta haya aumentado en 2012, así, el promedio de vida en los varones es de 73.2 años, es decir 5 años más que en 1991; en las mujeres, el incremento fue de 4 años (77.5 años); según lo informa el Instituto Nacional de Ecología Geografía e Historia (INEGI 2012).

En Michoacán más del 10 por ciento de la población, que representa unas 408 mil personas, son adultos mayores, lo que se traduce en un marcado proceso de envejecimiento de la población en el estado. Este proceso es de gran importancia para tomarse en cuenta en la generación de políticas públicas, pues se necesitará preparar toda la estructura social “para pensar y para vivir en una población en la que habrá cada vez mayor número de viejos” (COESPO 2010).

En el primer trimestre del año 2012, según la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE), el estado de Michoacán de Ocampo con 4 millones 398 mil 423 habitantes (51.2% mujeres y 48.8% hombres), ocupa el lugar número 9 en el país por el monto de población, por debajo del estado de México, Distrito Federal, Veracruz, Jalisco, Puebla, Guanajuato, Chiapas y Nuevo León (INEGI, 2012).

1.1.2 Tasas de esperanza de vida.

La esperanza de vida, es el número medio de años que una persona puede prever que vivirá si se mantienen en el futuro las tasas de mortalidad por edad del momento en la población (OMS, 2002).

La esperanza de vida sana, según la Organización Mundial de la Salud (2002), es una variable estadística, que se refiere al número equivalente de años de buena salud que una persona puede prever que vivirá teniendo en cuenta las tasas de mortalidad y la distribución de la prevalencia de los problemas de salud en la población en ese momento.

Gamble (2000) comenta “Hace cincuenta años el número de adultos mayores en la sociedad no era importante porque no era común ver muchos, la baja expectativa de vida no permitía que una gran cantidad de personas sobrevivieran más allá de los 40 o 50 años de edad”.

Durante los pasados cien años, en todos los países se ha observado un cambio en el perfil epidemiológico, que tiene que ver con el paso paulatino de una mortalidad concentrada en enfermedades infecciosas, parasitarias, maternas y del periodo perinatal, al predominio de padecimientos crónicos y degenerativos, lo cual impacta de manera importante la esperanza de vida.

En México, el descenso de la mortalidad y la transición epidemiológica, se remontan al término de la lucha armada de la Revolución Mexicana (1910-1921), como se puede ver en el sustantivo incremento en la esperanza de vida de 35.9 años en 1930 a 74.6 años en 2002. Este aumento en la vida media se traduce en una reducción global del riesgo de fallecer en todas las edades de 82.8 por ciento en hombres y 86.5 por ciento en las mujeres. Unido a ese deceso, se encuentra la disminución, en la tasa de mortalidad infantil, reducida a 182 en 1930 a 21 decesos de menores de un año, por cada mil nacidos vivos, hoy en día (Partida y García, 2000).

Entre 1970 y 2000 la población en su conjunto se incrementó a una tasa de 2.4% promedio anual, mientras que la del grupo de edad de 60 años o más fue de 3.2 por ciento. Este mayor ritmo de crecimiento propició que los adultos mayores aumentaran su presencia tanto en términos absolutos como relativos: en 1970 este grupo contaba con 2.7 millones de individuos, para el año 2000 aumentó a casi 6.9 millones de personas, con lo que la proporción de adultos mayores pasó de 5.6% a 7.1% en ese lapso (INEGI, 2009).

1.1.3 Transición epidemiológica

El aumento de la esperanza de vida y la creciente exposición a nuevos riesgos, relacionados en su mayoría con estilos de vida poco saludables, han modificado el cuadro de las principales causas de muerte. México presenta una transición epidemiológica que se caracteriza por el predominio cada vez mayor de las enfermedades no transmisibles y las lesiones.

Uno de los principales retos del envejecimiento demográfico es su impacto sobre los sistemas de salud. El envejecimiento de la población implicará una mayor demanda de servicios de salud, puesto que en este grupo de edad se presentan mayores tasas de morbilidad y necesidades de atención médica que en el resto de la población. Al mismo tiempo, los padecimientos de la población en edades avanzadas tienden a concentrarse en males crónico- degenerativos (CONAPO, 2008).

En 1940 la principal causa de muerte en México eran las infecciones gastrointestinales; hoy ya no constituyen una causa importante de defunción en la población general, en contraste, la diabetes mellitus no apareció dentro del cuadro de principales causas de muerte hasta 1990; pero hoy es la principal causa de defunción en hombres y mujeres en todo el país y, su prevalencia en adultos es de 14.4%, una de las más altas del mundo (Villalpando S, De la Cruz V, Rojas R. et al, citado por Gómez et al, 2011).

Gómez (2011) continúa parafraseando a Villalpando cuando dice, es importante señalar que no existe diferencia entre las principales causas de muerte entre hombres y mujeres, entre las que se encuentran, por orden de importancia: la diabetes mellitus, enfermedades isquémicas, enfermedad cerebrovascular, enfermedad obstructiva crónica en la mujer, apareciendo en este lugar los homicidios para el hombre.

En la actualidad, de acuerdo con los resultados del 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 este mismo grupo de edad (CONAPO, 2008).

A medida que aumenta el envejecimiento demográfico, resulta lógico suponer que también incrementa la demanda de los servicios sanitarios; tanto por aumento de las tasas de morbilidad, como por los requerimientos de atención. Con el paso del tiempo, estos padecimientos aumentarán y también lo harán los costos de la atención y el servicio, ya que los tratamientos son largos y requieren de hospitalización prolongada, así como los medicamentos y las terapias empleados, donde en la mayoría de los casos no curan a los pacientes, siendo solamente medidas de prolongación de la vida o sólo paliativos que disminuyen el dolor.

En México hay tres tipos de enfermedades que concentran más del 33% de las muertes de mujeres y más del 26% de las muertes de los hombres; la diabetes mellitus, las enfermedades isquémicas del corazón y las enfermedades cerebrovasculares. Estas enfermedades comparten factores de riesgo que es importante atender, destaca dentro de ellos el sobrepeso y la obesidad que afecta al 70% de la población de 20 años y más. El tabaquismo, el colesterol elevado y la hipertensión arterial también influyen en el desarrollo de las enfermedades isquémicas del corazón y las enfermedades cerebrovasculares. Su prevalencia en adultos en México es de 21.5, 26.5 y 30.8 respectivamente, según informes de la Dirección General de Informática en salud (DGIS, 2006).

El paulatino proceso de envejecimiento de la población mexicana impondrá la necesidad de atender demandas crecientes en materia de seguridad y protección social para los adultos mayores, especialmente en el caso de las mujeres, quienes tienen una mayor esperanza de vida que la de los hombres, pero también una mayor vulnerabilidad social en la medida en que, debido a su menor incorporación a la fuerza de trabajo, llegan a la vejez con menores posibilidades de contar con acceso a los sistemas de seguridad social (derecho a la atención médica, pensiones y jubilaciones) por parte del Estado (Aparicio, 2002).

En relación al estado de salud y los cuidados que se procuran a los hombres y mujeres de 65 años o más intervienen además de los factores biológicos y los relacionados con su condición social y económica, una serie de circunstancias ligadas al desempeño de sus roles sociales en el pasado.

Es importante resaltar que uno de los retos más importantes para el personal de salud, es que el aumento en la esperanza de vida vaya acompañado de una vejez libre de discapacidad; la calidad de vida de los adultos mayores será mejor si estos trastornos se evitan, posponen o erradican, pues no es ventaja para nadie vivir más años si se vive sin un buen nivel y calidad (Romo, 2008).

1.1.4 Los servicios de salud

En México existían en 2007 23,858 unidades de salud, sin considerar a los consultorios del sector privado; 4,354 son hospitales y el resto unidades de atención ambulatoria. Del total de hospitales, 1,182 son públicos y 3,172 privados. Del total de hospitales públicos, 718 atienden a la población sin seguridad social y el resto a la población con seguridad social. Alrededor de 86% son hospitales generales y el resto, hospitales de especialidad (Gómez et al, 2011).

Los adultos mayores son visitantes asiduos a los servicios de salud, toda vez que su salud en la mayoría de las situaciones no es la más idónea; un porcentaje muy importante de este grupo de edad cursa con una o varias enfermedades crónico degenerativas (diabetes mellitus, cardiopatías, por citar algunas), por lo que su recurrencia a la consulta externa es muy frecuente en el mejor de los casos, ya que en no pocas situaciones requieren de hospitalización y tratamientos más intensivos.

Borges (1998), en su investigación reportó, que la tasa de utilización de servicios en este grupo de edad fue de 11.4%, y de hospitalización 5.5%. Los servicios de salud más utilizados fueron: el médico particular, el Instituto Mexicano del Seguro Social

(IMSS), la Secretaría de Salud, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y el IMSS-Solidaridad. De 25 a 45% de los derechohabientes no hacen uso de estos servicios y, en su lugar, acuden a los servicios privados.

Las instituciones prestadoras de salud han ampliado los servicios que ofrecen a la población, beneficiando a los grupos más vulnerables, entre ellos los adultos mayores; reflejado en el mejoramiento de las condiciones generales de vida y el mayor acceso a los servicios de salud, situación que ha provocado un descenso en las tasas de mortalidad por enfermedades infecciosas y por consiguiente un incremento importante de las enfermedades crónicas.

La Secretaría de Salud en México, en la “encuesta nacional de enfermedades crónicas” publicó la naturaleza de los problemas de salud de la población anciana plantea retos importantes para el Sector Salud: la mayor frecuencia de padecimientos crónicos, su diagnóstico a edades más tempranas y la producción de distintos tipos de discapacidades, darán lugar a una demanda de servicios más grande y compleja (Borges, 1998).

El mencionado incremento en la demanda de los servicios de salud, significa para el personal de enfermería enfrentar varios retos, en primer lugar la insuficiencia de personal en las instituciones de salud y, en segundo lugar la reciente incursión en los estudios relacionados con el cuidado del adulto mayor, siendo aún mínimo el personal que cuenta con dichos estudios; repercutiendo en la salud del paciente, ya de por sí dañada.

1.2 Marco Conceptual

1.2.1 Definición de Percepción según Neisser

El ciclo perceptual, Neisser lo divide en tres etapas, la primera se refiere a la etapa de los esquemas, la segunda se refiere a la etapa de exploración perceptual y la tercera etapa se refiere a la estimulación del medio. Este ciclo está presente en todas las actividades que se ejecutan en las labores diarias, donde la atención es la que muestra el camino en la búsqueda activa de información tomando en cuenta las experiencias previas y lo que se espera encontrar. Dicha información recibida modifica o se ajusta a los esquemas que ya se poseen. Si se contradicen, dirige el interés de la persona a nuevos focos de atención favoreciendo el aprendizaje (Neisser, 1967).

La percepción es elaborar e interpretar la información para otorgarle una organización y significado a la percepción; esta información puede modificar los esquemas. La percepción no es observar, se empieza por ese acto, pero en ese acto intervienen procesos cognitivos superiores tales como los esquemas. Después de anteponer los esquemas, buscamos información del medio ambiente y elegimos la que nos sea de utilidad (Puente, 2005).

Según la psicología clásica de Neisser, la percepción es un proceso activo-constructivo en el que el receptor, antes de procesar la nueva información y con los datos archivados en su conciencia, construye un esquema informático anticipatorio, que le permite contrastar el estímulo y aceptarlo o rechazarlo según se adecue o no a lo propuesto por el esquema, Se apoya en la existencia del aprendizaje (Martínez Freire, 2003).

Martínez Freire (2003) parafraseando a Neisser señala que la percepción es un conjunto de procesos y actividades relacionados con la estimulación que alcanza a los sentidos, mediante los cuales se obtiene información respecto al hábitat, las acciones que se efectúan en él y en los estados internos. Es la imagen mental que

se forma con ayuda de la experiencia y necesidades; es el resultado de un proceso de selección, interpretación y corrección de sensaciones.

Así pues, la enfermera (o) debe partir de recordar que su objeto-sujeto del cuidado es el paciente, y que éste es el receptor de todo lo que hay entorno a los hospitales, desde experiencias previas hasta lo que pueda ver o vivir en el momento actual, por consiguiente deberá buscar un contacto más estrecho con él y su familia, para crear un nuevo concepto en la mente del usuario; para establecer un vínculo afectivo e institucional.

La percepción forma parte de la subjetividad, es variable de un individuo a otro, depende primero del estímulo, seguida de la respuesta que el sujeto presenta a partir de la experiencia previa en cuanto a la enseñanza que tenga; si su experiencia en otras unidades de salud es deficiente, este calificativo lo antepondrá y, se modificará solamente que el sujeto desee hacerlo; esto se debe a la condición selectiva de la percepción, misma que durará por un corto plazo, hasta que se tenga otra experiencia, con diferentes necesidades y en otras condiciones, que venga a sustituir la presente.

La percepción se basa en las experiencias previas y el contacto con el exterior. Es importante encauzar estímulos del ambiente que favorezcan la concepción de las cosas de manera más objetiva, buscando obtener mejores percepciones de las cosas y del entorno en general, donde esté incluida la parte humana.

1.2.2 Percepción según la Teoría Gestalt

El movimiento Gestalt, nació en Alemania bajo la autoría de los investigadores Wertheimer, Koffka y Köhler, en los inicios del siglo XX. Estos autores consideran la percepción como “el proceso fundamental de la actividad mental” y suponen que las demás actividades psicológicas como el aprendizaje, la memoria, el pensamiento, entre otros, dependen del adecuado funcionamiento del proceso de organización perceptual (Perls, 1951).

La *percepción* forma parte de la Teoría Gestaltista. La Gestalt implica un retorno a la percepción ingenua, a la experiencia inmediata, no viciada por el aprendizaje, lleva a comprobar que ahí no percibimos conjuntos de elementos, sino unidades de sentido estructuradas o *formas*, donde el todo es más que la suma de sus partes, la conciencia abarca mucho más que el ámbito de la conducta (Díaz, 2001).

La Gestalt, es un concepto y forma parte de la teoría de la Dra. Jean Watson, permite entender lo que hay de fondo en la percepción de las personas, y aunque fue propuesta para la solución de problemas, o mejor dicho para entender cómo resuelven las personas sus problemas a partir de la percepción, y, como a partir de dicha percepción surge el proceso adaptativo de las mismas, también es posible utilizarse para entender la percepción de las personas entorno al cuidado que reciben en las instituciones de salud.

Según Köhler, la palabra Gestalt se emplea en alemán con dos acepciones. Denota, a veces, la figura o la forma como una propiedad de las cosas. Otras, *"una entidad concreta individual y característica, existente como algo separado y que posee figura o forma como uno de sus atributos"*. Debemos remarcar que la aplicación del término no se limita, por supuesto, al campo visual, y ni siquiera al campo sensorial en su conjunto. Aprender, pensar, procurar, actuar, han sido tratados todos como Gestaltes (Díaz, 2001).

De ahí la importancia de la teoría Gestalt para la presente investigación, pues se debe considerar que las personas que son sujetos del cuidado de enfermería aprenden, piensan y actúan en torno al cuidado que reciben de la (el) Enfermera (o) que les atiende, perciben de manera muy particular la situación que enfrentan, y su comportamiento depende de dicha percepción.

Díaz (2001) incluyó en su escrito que el ser humano posee una capacidad asombrosa para organizar el campo percibido según principios simplificadores; esto suele ser un valioso recurso adaptativo, aunque sucede que, a veces, esas mismas formas archivadas en nuestro sistema cognitivo pueden dificultar el desempeño de tareas que requieren soluciones creativas.

La percepción, vista desde los escritos de Neisser y la teoría Gestaltista, arroja un concepto muy importante y completo, en donde converge, desde la forma de buscar el conocimiento, cómo se recibe y la situación cambiante que surge, sumado a los conceptos: aprender, pensar, procurar, actuar, Gestaltes todos, mencionados en la teoría del mismo nombre que enriquecen el concepto.

Otra opinión entorno a la percepción, se encuentra en la posición humanista de la fenomenología de Rogers, quien la define como “la organización e interpretación de la información sensorial entrante para formar representaciones internas del mundo externo”. Rogers cree que el individuo percibe el mundo que le rodea de un modo singular y único; estas percepciones constituyen su realidad o mundo privado, su *campo fenoménico* (Rogers, 1974).

En este sentido, la conducta manifiesta de la persona no responde a la realidad, responde a su propia experiencia y a su interpretación subjetiva de la realidad externa, en tanto la única realidad que cuenta para la persona es la suya propia. Por tanto, si se busca explicar la conducta deberá comprender los fenómenos de la experiencia subjetiva.

Continúa diciendo Rogers, “a la percepción le antecede la sensación y la define como experiencias que los estímulos físicos provocan en estos órganos”. Pareciera un juego de palabras, sin embargo, la enfermera debe comprender que el usuario manifiesta de manera verbal aquello que recibe mediante estímulos físicos.

En el contexto sanitario, la aplicación práctica de la definición de percepción es aquello que refiere el usuario de lo que recibe a través de quien le proporciona el cuidado; en otras palabras, es lo equivalente a la definición de Rogers cuando dice que la percepción es la interpretación de información entrante de las vivencias externas.

1.2.3 Teoría Fenomenológica de Heidegger

Heidegger (2005) escribió, gracias al conocimiento interpersonal o fenomenológico se tiene acceso al mundo subjetivo de otra persona. Para validar este tipo de conocimiento, se pueden seguir varios caminos: preguntar al otro por su experiencia, observar sus gestos y su modo de reaccionar, y, finalmente, y sobre todo, crear un clima empático entre los dos, en donde los dos mundos se conecten y se fundan en un solo mundo (empatizar: simpatizar, identificarse, comprender, pero no desde fuera, sino convirtiéndose en lo comprendido), permitiendo que se revele el *marco de referencia interno* (el campo fenomenológico) del otro.

La fenomenología, significa entonces, permitir ver lo que se muestra, tal como se muestra por sí mismo, efectivamente por sí mismo. Tal es el sentido formal de la disciplina a que se da el nombre de fenomenología, no designa situaciones objetivas, solamente se concreta a decir que es el entorno situacional que vive la persona,

Fenomenología es primariamente el concepto de un método el “cómo”, expresa una máxima que puede formularse así “a las cosas mismas”, es la expresión del principio de todo conocimiento científico. Se trata en efecto de algo “comprensible de suyo” a lo que vamos a acercarnos hasta donde es de interés para ilustrar el proceder de ese tratado. Esto equivale a Ciencia de los Fenómenos (Heidegger, 2005).

“La significación de los términos “fenoménico” y “fenomenológico”; “Fenoménico” se llama lo que se da y es explicable en la forma peculiar de hacer frente al fenómeno; de aquí el hablar de estructuras fenoménicas. “Fenomenológico” se dice de todo lo que entra en la forma de mostrar y explicar y lo que constituye los conceptos requeridos en esta disciplina. Fenómeno en sentido fenomenológico, es sólo aquello que es ser, pero ser es siempre ser de un ente” (Heidegger, 2005).

Ahora bien “Ontología y fenomenología no son dos disciplinas distintas, ambas pertenecen, con otras, a la filosofía. Estos dos nombres caracterizan a la filosofía misma por su objeto y por su método. La filosofía es la ontología universal y

fenomenológica que parte de la hermenéutica del “ser ahí”, la que a su vez, como analítica de la existencia, ata el cabo del hilo conductor de toda cuestión filosófica allí donde toda cuestión filosófica surge y retorna” (Heidegger, 2005).

Husserl, en su opinión sobre la fenomenología, menciona, “es una parte o ciencia de la filosofía que estudia y analiza los fenómenos lanzados a la conciencia, es decir, las esencias de las cosas. La fenomenología se ocupa de la conciencia con todas las formas de vivencias, actos y correlatos de los mismos, es una ciencia de esencias que pretende llegar sólo a conocimientos esenciales y no fijar, en absoluto hechos” (San Martín, 1986).

Al combinar los pensamientos de Husserl y Heidegger, se justifica el por qué considerar la fenomenología como parte primordial en la realización del estudio de investigación, pensando siempre en la riqueza de tener en cuenta las vivencias de los adultos mayores durante sus estancias intra-hospitalarias, al mismo tiempo que se cotejan con su estilo de vida, costumbres y todo lo relacionado a su vida personal.

Según Heidegger (2005) el método fenomenológico supone el cumplimiento de una serie de pasos o reducciones. Un paso primero y muy importante es la *epojé* fenomenológica, que equivale a una temporaria exclusión del yo habitual, así como a una suspensión del juicio adquirido por teorizaciones y supuestos previos. Los juicios previos imponen cierta selección de unos elementos y relegación de otros, que impiden la apreciación de la unidad de lo múltiple, a la cual tiende la reducción fenomenológica.

Siendo el fenómeno el objeto de investigación fenomenológica, para clarificar es preciso regresar a su etimología “(...) del griego *phainomenon* que significa discurso esclarecedor respecto de aquello que se muestra a un sujeto cuestionado. Del verbo *phanesthai* como se muestra y como se aclara ese fenómeno y entonces todo lo que se muestra se manifiesta se des-vela al sujeto que lo interroga” (Martins, 1984).

Giles (1975) afirma que a partir de la fenomenología, la filosofía termina por ubicar una dimensión diferente en relación con el conocimiento natural del fenómeno. Tal

dimensión corresponde a un método radicalmente nuevo, el cual se opone al método natural.

La relación de conciencia-objeto se muestra como un campo de análisis de la fenomenología; se refiere a la relación *noesis-noema*, en la cual la *noesis* significa el acto intencional de la conciencia o sea la disposición del sujeto para ver un objeto y la *noema* significa aquello que es visto. Para Martins (1984), el análisis fenomenológico más importante pertenece al lado “*noético*”, se trata de la conciencia de un sujeto que atribuye significado a algo que se focaliza. A partir de ese movimiento ocurre una modificación que puede generar una nueva atribución de significado (experiencia significativa).

Al acercarse en la búsqueda de la esencia del fenómeno se tiene la “*epojé*” que significa colocar entre paréntesis las creencias, presupuestos y teorías acerca del fenómeno que está siendo interrogado. Así el fenómeno es colocado en suspensión, siendo buscado aquello que se muestra, no es preciso insistir que se vea con los propios ojos, más antes que se deje ver una interpretación que los preconceptos imponen al sujeto (Martins, 1984).

Parte importante de la fenomenología se muestra en la relación conciencia-sujeto, cobrando relevancia importante la pre-concepción que los pacientes tienen, de sus hospitalizaciones anteriores, por lo que se debe tener especial cuidado en las opiniones vertidas en el momento de la interrogación.

En la búsqueda de des-ocultar el fenómeno interrogado, el investigador no parte de teorías o explicaciones a priori, parte del mundo de los sujetos que vivencian el fenómeno en cuestión, en otros términos, realizando la “*epojé*”, el investigador procura establecer un contacto directo con el fenómeno colocado (Martins, 1984).

Carvalho y Valle (2002) señalan, para enfermería la descripción de experiencias por quien vive el fenómeno, es un camino para comprensión de él, y el lenguaje es una de las formas que se abren para esa comprensión. El lenguaje, no tiene función solo de comunicación, sino también de revelación de un ser que existe en sí y para los

otros como singular e idéntico. El lenguaje, por tanto, no es sólo un modo de expresión; más en ella se manifiesta la esencia de aquello que somos. Para toda comprensión se consume un lenguaje. La totalidad significativa de la comprensibilidad viene en la palabra.

Se da una inter-relación y una situación de cuidado entre enfermera (o) y el sujeto de cuidado, donde ambos se integran e interaccionan en un mismo espíritu e intencionalidad. Siendo así que la fenomenología es considerada como parte importante en la investigación y, obviamente para la práctica de enfermería; por ser una vivencia que se presta para la comprensión, el escucha, la empatía mutua y un reafirmar el objetivo de la profesión.

1.3 Estudios relacionados

En la actualidad, las investigaciones de Enfermería son un soporte importante para los profesionales que incursionan en este campo; por un lado les permite aportar al campo de la investigación para Enfermería, contando así con publicaciones en torno al cuidado y la percepción de los usuarios. Por otro lado aportan contenidos conceptuales e instrumentales para fortalecer la docencia en este campo.

Ahora bien, la opinión del paciente es un componente esencial en la valoración del servicio prestado, si los pacientes están insatisfechos, el cuidado está lejos de ser el ideal, al margen de cuan alta pueda ser la calidad según criterio clínico u otro ajeno al consumidor. Por tal situación es importante mencionar a continuación estudios relacionados con el presente, mismos que lo enriquecen y apoyan o discrepan los resultados.

San Miguel (2007) realizó un estudio a adultos mayores hospitalizados para conocer la percepción acerca de la calidad de la atención recibida, en un proyecto de integración entre enfermeras y estudiantes voluntarios, cuyo objetivo fue el acercamiento generacional. Dicho estudio permitió conocer el trato impersonal y

deshumanizado por parte de las personas que atienden a los adultos mayores en el área hospitalaria, además el desinterés de las propias personas por su salud.

Desde el punto de vista de las expectativas y necesidades de los ciudadanos, la enfermería ha de ofrecer, como cualquier otra profesión, respuestas adecuadas a las necesidades de los pacientes. Se ha demostrado a lo largo de la historia de la sanidad y, especialmente en el periodo reciente de los últimos cincuenta años, que la aportación de la Enfermería a los servicios de salud es especialmente relevante para su eficacia.

Rivera y Triana (2007) Presentan en su trabajo, Cuidado humanizado de enfermería: Visibilizando la teoría y la investigación en la práctica en la clínica del country, el cual permite ver claramente la aplicabilidad de la teoría de Watson en la práctica, en cuyas conclusiones mencionan: el verdadero cuidado de enfermería tiene como núcleo la perspectiva, la necesidad y la prioridad del paciente o usuario, constituyéndose en la estructura viva (columna y corazón) del ejercicio profesional de enfermería, en la Clínica del Country.

Esta investigación les permitió tener una visión clara del significado del cuidado de enfermería, que no es otra cosa que tener presente las perspectivas, necesidades y prioridades del paciente, entendiéndolo a partir de que los pacientes son los sujetos del cuidado y motivo de existir de la enfermería.

Parra (2008), realizó una investigación para conocer la percepción de los adultos mayores hospitalizados acerca del cuidado de enfermería en Bogotá, Los resultados permitieron conocer que los adultos mayores consideran que la relación con la enfermera es positiva, que se sienten ayudados y apoyados por estos profesionales, además perciben la comunicación terapéutica.

En el proceso asistencial del paciente, la enfermería está presente en la parte operativa, directiva y docente, y la satisfacción del paciente depende en gran

medida de sus cuidados, no obstante la satisfacción con la totalidad incluye todo el sistema operativo, ambiental y humano de la institución.

Camargo (2008) realizó un estudio donde su objetivo fue valorar el cuidado desde la perspectiva del usuario y sus conclusiones fueron, valorar el cuidado desde la perspectiva del usuario es cada vez más necesario, porque así es posible obtener un conjunto de conocimientos y actitudes asociados en relación con el cuidado recibido, con los cuales se adquiere información que beneficia a la organización proveedora de los servicios, a la enfermera como prestadora directa y a los usuarios mismos y satisfacer sus necesidades y expectativas.

Beltran (2006) en su estudio donde buscó comprender la percepción de los pacientes hospitalizados, encontró que para los pacientes el cuidado de enfermería significaba ánimo, buen trato, amor y atención, que era de su agrado recibir muestras de cariño, no así cuando se acompañaba con mal trato.

Los adultos mayores han tenido que enfrentar diversas situaciones en las instituciones hospitalarias en las que se pueden citar: mal trato, humillaciones, distinciones, largas esperas, falta de medicamentos, lo cual disminuye su ya de por sí vulnerable estado de salud psíquica y física; repercutiendo en el grado de satisfacción. Por ello es necesario poner la mirada en el cuidado y dejar de ocuparse solamente de la enfermedad, considerando a las personas desde su ambiente biopsicosocial, y tener en cuenta lo que piensa y lo que siente interiormente.

1.4 Teoría de Jean Watson

Guiados por los objetivos de la presente investigación, se buscó una teoría en Enfermería que respaldará el estudio; encontrando en la teoría de Jean Watson el apoyo necesario, ya que en su Teoría del Cuidado Humano, reconoce a la persona cuidada como un ser integral, con capacidad y poder para participar en la planeación y ejecución de su cuidado y considera la parte fenomenológica de los pacientes para encontrar la recuperación de la salud.

Para enfermería, la atención hospitalaria de los adultos mayores debe traducirse en cuidado; el cual es definido filosóficamente por la Dra. Jean Watson como “acción encaminada a hacer algo por alguien, rasgo humano, imperativo moral, afecto, interacción personal e intervención terapéutica, forma de amor, de expresión de sentimientos volcados en un hacer, el cuidado ayuda al otro acrecer, a realizarse y enfrentar dificultades en la vida” (Watson, 1985).

Por lo tanto, el paciente que interactúa con la enfermera en esos momentos que marcan su existencia, va guardando en su mente y corazón todas aquellas acciones que lo llevan hacia la recuperación física y espiritual, percibiendo el cuidado a partir de experiencias previas, pero sobretodo de la actitud del personal que le rodea en esos momentos

Watson (1985), afirma que el cuidado es un proceso mental mediante el cual el paciente y el personal de enfermería obtienen momentos significativos en su interior durante la interacción del cuidado, lo cual está relacionado con el cuidado genuino y simultáneo.

La teoría que propone la Dra. Jean Watson (1985), está fundamentada en conceptos filosóficos y morales; mismos que se entrelazan haciendo la diferencia en el cuidado, de manera tal que el acto de cuidar adquiere matices llenos de espiritualidad y amor, un amor de correspondencia, donde el cuidador y el cuidado (sujeto del cuidado) son corresponsables del momento que viven en-torno a la enfermedad.

Watson (1985) menciona en su teoría que el paciente formaliza su auto-concepto de *percepción* en la interacción que tiene con la (el) enfermera (o), sin olvidar todo aquello que guarda en su mente (lo que espera recibir); siendo el momento actual determinante, de tal suerte que podría ser negativa si en el momento actual no cubre sus expectativas de atención, no obstante en la anterior hubiese recibido un trato digno.

Watson define la enfermería como ciencia humana y arte que estudia la experiencia salud – enfermedad mediante una relación profesional, personal, científica, estética y ética. Las metas de enfermería están asociadas con el crecimiento espiritual de las personas; el cual surge de la interacción, la búsqueda del significado de las experiencias de cada uno, el descubrimiento del poder interno, la trascendencia y la auto-curación (Cohen, 1991) (Citado por Álvarez y Triana, 2007).

Recordando otras palabras, donde Watson (1985) al referirse al personal de enfermería dice, el cuidado es un proceso recíproco, interactivo e interpersonal que involucra el bienestar tanto del que recibe como del que otorga el cuidado, la (el) enfermera (o) debe buscar una relación empática que le haga sentir a su paciente que está pendiente de su enfermedad, que percibe cuanto sufre y cuanto le alegra su mejoría.

Luego entonces, entre el cuidador y el sujeto del cuidado debe existir una relación intrínseca que se manifiesta en el estado de salud del sujeto de cuidado, no solamente física sino también espiritual, debe existir una comunión entorno al cuidado, donde ambos se comprometan a trabajar por restablecer la salud.

Watson (1985) se apropia de las ideas acerca de las cualidades interpersonales y trans-personales de coherencia, empatía y calidez, de Rogers, donde indudablemente la psicología viene a apoyar aún más las ideas de Watson, dándole un enfoque individual en las demandas del usuario, quien si no él, puede guiar su propio cuidado, y quien sino la Enfermera para escucharle y priorizar sus necesidades,

Watson (1985) afirma la empatía es la capacidad para la experiencia y, por lo tanto, sirve para comprender las *percepciones* y sensaciones de otra persona y para comunicar aquellas percepciones. La acogida no posesiva se manifiesta con un volumen moderado del habla; una postura relajada abierta; y las expresiones faciales, que son coherentes con el resto de las comunicaciones. La comunicación eficaz tiene respuestas cognitivas, afectuosas y conductuales.

La teoría de Watson es un punto de partida para comprender la importancia de propiciar una buena inter-relación con los usuarios, de comprensión mutua para la planeación de las actividades entorno al cuidado, haciendo hincapié en el fomento a la salud a partir de ponerse en el lugar del usuario y vivir con él su dolor para llegar a una comprensión profunda de lo que vive, involucrando no solamente la parte física

Hay teóricas de Enfermería que coinciden con el trabajo de Watson y una de ellas la teoría de la Dra. Rogers, quien asegura: El proceso vital tiene su propia unidad dinámica y creativa, va unido al entorno y se caracteriza por ser un todo; a través de su teoría invita a considerar la parte fenomenológica de las personas, información que puede ser útil para comprender el proceso en el que se encuentra inmerso el paciente, cuyo propósito es reforzar la integridad del campo del ser humano (Rogers, 1986).

Claro está la fenomenología pretende ayudar a la enfermera a comprender el entorno individual de los adultos mayores, ese modo de vida de cada persona llena de historia, conocer su universo personalizado, entenderlo a partir de sus emociones, afectos y *percepciones*, y no únicamente verlo como enfermo dependiente del cuidado, sin pasado, ni futuro, este es el más grande error del cuidador.

En los conceptos del meta paradigma de la teoría de Jean Watson se encuentran, la persona el medio ambiente, la salud, Enfermería, mismos que define para una mejor comprensión de su teoría humanista.

1.4.1 Supuestos básicos de la teoría de Watson

La teoría en la que se fundamenta el presente trabajo es de la Dra. Jean Watson (1979), quien en su primer libro: Filosofía y Ciencia del cuidado enfatiza, el conocimiento del cuidado no puede ser asumido, es un aspecto que se basa en la ética y la epistemología teórica y requiere de una explicación y desarrollo caritativo. La ciencia del cuidado se basa en una ontología ética y relacional de la unidad

dentro del universo que forma la epistemología, metodología, pedagogía y práctica del cuidado en enfermería y campos relacionales.

Watson (1979), parte de siete supuestos básicos al referirse a la ciencia del cuidado:

1. El cuidado sólo se puede manifestar de manera eficaz y sólo se puede practicar de manera interpersonal
2. El cuidado comprende factores de cuidados que resultan de satisfacer ciertas necesidades humanas.
3. La práctica del cuidado es fundamental para enfermería
4. El cuidado eficaz promueve la salud y el crecimiento personal o familiar.
5. Las respuestas derivadas del cuidado aceptan a la persona so sólo como es, sino como la persona que puede llegar a ser.
6. La práctica del cuidado integra el conocimiento biofísico al conocimiento de la conducta humana para generar o promover la salud y ofrecer cuidados a los enfermos. Ciencia de curación.
7. Un entorno de cuidado ofrece el desarrollo del potencial, a la vez que permite elegir para la persona la mejor acción en un momento determinado.

Watson ha estudiado el cuidado de enfermería con enfoques filosóficos (existencial -fenomenológico) y con base espiritual, y ve el cuidado como un ideal moral y ético de la enfermería, ve la relación terapéutica entre los seres humanos; una relación trans-personal e intersubjetiva (Watson, 1979) (citado por Tello 2011).

Para Watson (1988) una ocasión de cuidado es el momento en que la enfermera y otra persona viven juntas de tal modo que la ocasión para el cuidado humano es creada. Ambas personas, con sus campos únicos fenomenológicos, tienen la posibilidad de venir juntos a una transacción humana-a-humano. Donde el campo fenomenal corresponde la totalidad de la experiencia humana que incluye sentimientos, sensaciones corporales, pensamientos, creencias espirituales, expectativas, consideraciones ambientales, y sentido/significado de las *percepciones* de uno mismo, las cuales están basadas en la historia pasada, el

presente, y el futuro imaginado de uno mismo, no una simple meta para quien es cuidado.

Precisamente a partir de este pensamiento filosófico donde considera a la persona como un ser cuidado, lleno de experiencias vividas, con metas personales por cumplir y objetivos entorno al estado de enfermedad que vive, Watson plantea diez factores importantes que debe entender el personal de enfermería en su papel de cuidador:

1. Práctica de la bondad y ecuanimidad dentro del contexto de la conciencia solidaria
2. Ser auténticamente presente y permitir y mantener el sistema de creencias profundas y mundo de la vida subjetiva del yo y la de un ser cuidado.
3. Cultivo de una de las prácticas espirituales y transpersonales yo, ve más allá del yo, la apertura a otras personas con sensibilidad y compasión
4. Desarrollo y mantenimiento de una ayuda-confianza, relación amorosa auténtica
5. Estar presente y de apoyo a la expresión de sentimientos positivos y negativos con una conexión más profunda con el espíritu de uno mismo y del ser cuidado.
6. Uso creativo de uno mismo y todas las formas de conocimiento como parte del proceso de cuidar, participando en el arte de la curación prácticas de atención.
7. Participar en la enseñanza-aprendizaje de la experiencia genuina que asiste a la unidad del ser y el sentido, tratando de permanecer dentro de “marcos de referencia”
8. Creación de la curación del medio ambiente en todos los niveles (físico, así como no físico), mediante el cual la plenitud, la belleza, la comodidad, la dignidad y la paz son aumentados.
9. Ayudar con las necesidades básicas, con una conciencia intencional cuidar, administrar “la atención humana”, Que potencia la alineación de mindbodyspirit, la integridad y la unidad del ser en todos los aspectos de la

atención; atendiendo al espíritu encarnado y la evolución de la emergencia espiritual.

10. Apertura y asistir al misterio existencial de la dimensión espiritual de la propia vida-muerte, la tención alma para sí mismo y el ser cuidado.

La doctora Jean Watson, autora de la “Teoría del Cuidado Humano”, sostiene que “ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de enfermería” (Watson 1985).

Solamente quien está al frente de los cuidados del paciente puede tener un encuentro persona a persona, como lo refiere Watson (1985) en sus notas bibliográficas, situación privilegiada para la (el) enfermera (o), si aprovecha estos encuentros y convive de singular manera el momento que marca la vida del paciente; procurando un ambiente grato, periodos de acercamiento espirituales, que dignifiquen la estancia del paciente y le permitan ampliar su campo fenomenológico, donde incluya esas experiencias de dolor, de tal manera que no signifiquen solamente momentos tristes.

1.4.2 Vinculación de la teoría de Watson con la percepción.

La teoría de Jean Watson es una invitación para los profesionales de Enfermería, a reflexionar en torno al cuidado, específicamente a considerar la importancia de brindar un cuidado genuino basado en las necesidades del paciente y procurar la inter-relación a conciencia, a partir del respeto mutuo y el amor a la vida (Watson 1985).

El concepto percepción de cuidado, es definido como “el proceso mental mediante el cual el paciente y el personal de enfermería obtienen momentos significativos en su interior durante la interacción del cuidado”, lo cual está relacionado con el

cuidado genuino y simultáneo citado por Watson, que permite al paciente y enfermera percibir datos del exterior y organizarlos de un modo significativo en el interior, para tomar conciencia del mundo que les rodea y de acuerdo con Larson y Wolf, lo anterior conlleva al conocimiento (Grupo de cuidado, 2000) (Citado por Álvarez, 2007).

Los conceptos del meta-paradigma, los supuestos básicos y los factores de la Dra. Jean Watson permiten visualizar todo lo que está en el entorno del cuidado, la relación que existe entre ellos, y lo importante de considerarlo como un todo indivisible, y no únicamente la parte biológica. Con su teoría Watson une a los pacientes con su parte fenomenológica, y a partir de ello recomienda considerar el pasado, presente y futuro imaginado, por ser parte de la *percepción* de las personas.

La teoría del psicólogo Carl Roger, apoya de forma importante la teoría del cuidado humanizado de Watson, quien dice en sus pensamientos sobre la conducta humana: “es el cliente el que sabe lo que le duele y su cuidador debe permitir que las directrices del proceso terapéutico vengan del cliente” (Rogers, 1975).

Carl Roger, se suma a la opinión de Watson y aconseja voltear la mirada al sentir de los usuarios, recomienda escucharle atentamente, lo cual significa dar un giro en la planeación de los cuidados, replanteando aquello que no satisfaga sus necesidades, lo que no le proporcione bienestar, no obviando por ello el tratamiento médico, al contrario haciendo de ambos uno solo que se refleje en el estado de salud del usuario.

CAPITULO 2

2. Planteamiento del problema

2.1 Justificación

El hospital General “Vasco de Quiroga” ISSSTE en Morelia, Michoacán, inicio su trabajo en el año de 1960, contaba en esos momentos además de la consulta general y urgencias, las especialidades básicas de: Cirugía General, Gineco-obstetricia, Pediatría, Medicina Interna, Cirugía y Traumatología, Urología y, se contaba con los servicios de gabinete: Rayos X, Laboratorio. En 1999 el hospital sufrió cambios en su estructura física se agregaron algunas especialidades, entre las que destaca la geriatría

El Médico Geriatra que inicio la consulta externa fue el Dr. Arnulfo Mena, primer Geriatra del Instituto en Michoacán, egresado del Instituto Politécnico, y a partir del impulso que le dio a la especialidad, empezaron a formarse más personal médico y de Enfermería en esta especialidad (ISSSTE-SALUD, 2010).

En lo que concierne a la parte de la investigación en Geriatría, existen algunos protocolos de investigación producto de los diplomados que han cursado los médicos y, estos han sido para encontrar nuevas alternativas en el tratamiento de la diabetes mellitus, cáncer cervico-uterino, así como la creación de marcadores tumorales y programas de fármaco vigilancia y geriatría, donde el Hospital “Vasco de Quiroga” ha tenido una participación muy importante con la participación de los médicos adscritos actualmente; información proporcionada por el Dr. Arnulfo Mena, Geriatra adscrito al Hospital General “Vasco de Quiroga”.

Ahora bien en lo que respecta a enfermería, son pocas las Enfermeras quienes han elegido realizar el diplomado de geriatría y, de algún trabajo relacionado de investigación sobre la opinión de los adultos mayores, no hay registros. Por lo que

se considera que la presente investigación será valiosa para los profesionales de Enfermería, al conocer la opinión del adulto mayor sobre el cuidado que le brindan; toda vez que esto servirá para re-organizar los cuidados.

Las investigaciones realizadas por Enfermeras y para Enfermería, engrandecen la profesión y el hacer de la misma, porque los resultados permiten vincular el trabajo de los profesionales de la salud, con lo que los pacientes esperan recibir; de igual manera contribuye al crecimiento individual y colectivo de Enfermería.

Conocer la relación que coexiste entre el paciente y la enfermera que lo cuida a partir de escuchar sus demandas y necesidades, permite consolidar la actuación de los profesionales de la salud, de tal modo que el resultado final esperado es el mayor beneficio para la salud y el bienestar de los adultos mayores y de la población en general; la respuesta a éstas demandas y necesidades será la garantía de los sistemas de salud públicos para su sostenibilidad, de ahí la importancia que en tales circunstancias juega el adulto mayor como consumidor de los servicios, y es participando en las decisiones clínicas a través de su opinión y expectativas de salud.

2.2 Planteamiento de la situación problema

Una visión generalizada invita a reflexionar sobre los desafíos que trae consigo el envejecimiento demográfico y obliga a desarrollar políticas públicas que mejoren la calidad de atención que se proporciona a éstas personas que transitan o transitarán por esta etapa de vida.

Si bien, las tendencias están permeadas por la mortalidad en este grupo de población, el impacto de los programas de prevención de enfermedades crónicas en la población joven tiende a mostrar resultados a largo plazo, lo que permite disminuir el gasto para la atención de estas enfermedades, que son prevenibles y dependientes del estilo de vida.

Las enfermedades crónicas son padecimientos de larga evolución, por lo tanto requieren de atención y tratamientos continuos. Según García y González, durante 2010, cuatro de cada 10 consultas se otorgaron a los adultos mayores, siendo la diabetes mellitus, la segunda causa de consulta entre las enfermedades crónicas.

En México, la mitad del presupuesto de las instituciones públicas de salud se destina a la atención de enfermedades crónicas. El instituto Nacional de Salud Pública (INSP) estimó que en 2006, el gasto ejercido en atención de diabetes mellitus e hipertensión arterial por el sector salud fue de 39 mil millones de pesos (7% del gasto total en salud).

En 2010, del total de egresos hospitalarios, 17.8% ocurrieron en personas de 60 años y más, y de éstos, 40% entre la población de 65 y 74 años; así, la principal causa de egreso hospitalario para la población adulta mayor masculina de 60 a 74 años se debe a insuficiencia renal crónica, observándose la tasa más alta entre los 65 a 74 años (726 por cada 100 mil hombres del mismo grupo de edad); y para los adultos de 80 años y más son otras enfermedades obstructivas crónicas (868 por cada 100 mil) (INEGI 2010).

Ante este panorama es importante generar acciones de promoción sobre el cuidado de la salud a edad temprana, ya que de éste depende el proceso de envejecimiento de la población y en consecuencia las condiciones de salud en su vejez; asimismo durante esta etapa es necesario que los adultos mayores y sus cuidadores tengan acceso a servicios de salud oportunos, con el fin de identificar signos de alarma, atender necesidades, disponer de redes de apoyo social y obtener atención de personal capacitado, sensible y dispuesto apoyarlos para garantizar una mejor calidad de vida y de muerte.

Al respecto, es importante resaltar que muchas veces la falta de atención adecuada, la poca accesibilidad y calidad en la atención, hace que se busquen otras instituciones de salud, como las privadas, favoreciendo el empobrecimiento de la población por razón de salud. O bien, la población se deja de atender bajo el argumento de que “la enfermedad es normal para su edad” y “no es curable”. Sin

embargo, es importante considerar que un servicio que no es otorgado, sólo repercute en una enfermedad agravada y que cuesta más al erario público y al presupuesto de la institución, ya que son enfermedades potencialmente prevenibles.

En el estado de Michoacán, se encuentra el hospital del ISSSTE, el cual es de segundo nivel, ofrece atención de consulta externa y hospitalización con diferentes especialidades, existiendo actualmente un incremento importante en el grupo de adultos mayores que requieren atención médica y de enfermería.

Estos adultos mayores demandan servicios a gran escala; determinados por los cambios fisiológicos propios de la edad y por las enfermedades crónico-degenerativas, situándoles como pacientes con necesidades especiales, que ocupan un trato especial, por su edad y por lo que representan en la sociedad (experiencia y sabiduría), aun cuando su estrato social o lugar de procedencia sean diferentes.

Pero qué sucede a nivel institución de salud, el cuidado se ha generalizado y, no es que sea malo, lo que sucede es que se debe de planear, de manera específica para atender a los diferentes grupos etarios, así como se planea el cuidado para el recién nacido, o para la mujer gestante, el adulto mayor requiere planes de cuidados adecuados a su edad, que tengan en cuenta sus costumbres, sus ideas, en general su estilo de vida.

En el caso concreto del Hospital General “Vasco de Quiroga”, los adultos mayores que solicitan el servicio, son en su mayoría personas que se han desempeñado en su vida laboral como profesores, sin omitir claro otro tipo de trabajadores; tienen costumbres asidas y, cuando se encuentran en el hospital esperan recibir un trato adecuado a sus costumbres.

Como ya se mencionó el trabajo se ha incrementado, no así el número de personal de enfermería requerido para su atención, trayendo como consecuencia deficiencias en el servicio, emanadas por fallas desde la planeación de los cuidados,

la cual es la base del tratamiento, a consecuencia de esto el cuidado se ha vuelto rutinario y generalizado, con el malestar que esto provoca en los adultos mayores.

Otra situación que se presenta constantemente en las instituciones de salud es la deficiencia de personal, trayendo como consecuencia no cubrir incidencias y, como resultado: atraso en los tratamientos, irritabilidad del paciente y de los familiares e incluso roses entre el personal por la ausencia del personal necesario.

Ahora bien, es cierto que para hablar de dar un cuidado digno a los adultos mayores, se debe pensar en la formación profesional y la capacitación constante, también hay que pensar en la parte humana, refiriéndose está a la inter-relación paciente enfermera, que se da en los momentos que esta última le dedica a la hora de realizar la técnica o de proporcionar el tratamiento indicado, lo cual requiere tiempo y personalizada.

No se puede hablar de calidad en el servicio si se está dejando de lado la parte del trato amable o de la empatía, pero como hablar de ello, si el tiempo no alcanza, si todo se ha vuelto rutina, intentando atender a 8 o más pacientes por enfermera (o), donde cada día las indicaciones de la autoridad son cantidad y no calidad, centrándose en cumplir metas sin interesar a costa de que o de quien se logre.

Así como estas situaciones, hay otras que también interfieren en el cuidado, y para saber ¿qué perciben los adultos mayores? ¿Perciben el trato digno? ¿Encuentran apoyo en el personal de salud?, es menester preguntarles a ellos qué piensan, qué experiencia han tenido, cómo observan al personal de enfermería en su labor diaria, dejarles que expresen su sentir, porque solamente ellos podrán hacer la diferencia, cuando digan esos errores que están presentes, y que se han vuelto parte de la labor diaria de la (el) enfermera (o).

Para encontrar respuesta a las interrogantes, surge así la presente investigación, que servirá para conocer de viva voz el pensamiento del paciente, la cual inicia con la siguiente pregunta:

¿Cuál es la percepción del adulto mayor hospitalizado sobre el cuidado de Enfermería?

2.3 Objetivos

2.3.1 General

Analizar la percepción del adulto mayor hospitalizado sobre el cuidado de enfermería

2.3.2 Específicos

- Identificar el tipo de apoyo que recibe el adulto mayor en el cuidado de enfermería.
- Identificar las acciones de enfermería en relación con el cuidado físico que proporciona al adulto mayor.
- Precisar la relación que surge entre el adulto mayor y la enfermera que le proporciona el cuidado
- Conocer la opinión del adulto mayor en relación a las características profesionales que observa en la (el) enfermera (o).
- Conocer la opinión que tiene el adulto mayor en cuanto a los valores que observa en la (el) enfermera (o).

CAPITULO 3

3. Metodología

3.1 Tipo de estudio: Cuantitativo, transversal, descriptivo.

3.2 Universo y muestra que integra el campo de estudio:

La población estuvo constituida por adultos mayores que se encontraban hospitalizados en el servicio de Medicina Interna y Nefrología del Hospital General “Vasco de Quiroga”, de Morelia, Michoacán, durante los meses de febrero y marzo de 2012, en los diferentes turnos.

La muestra que se integro fue no probabilística (elegida a criterio del investigador) por conveniencia, constituyéndose con 130 pacientes adultos mayores.

3.3. Criterios de inclusión

1. Adultos mayores de 65 años y hasta los 80 años de edad.
2. Adultos mayores internados en el servicio de Medicina Interna 3º. Y Nefrología 4º. piso, del Hospital General “Vasco de Quiroga” ISSSTE, durante los meses de febrero y marzo de 2012, en condiciones físicas y mentales adecuados para dar respuesta al cuestionario.
3. Adultos mayores con una estancia mínima de 24 horas.

3.4 Criterios de Exclusión:

1. Rechazo del usuario mayor a contestar la encuesta.
2. Adultos mayores que no pertenecieran a los servicios de Medicina Interna y Nefrología.
3. Adultos mayores con más de 80 años de edad.
4. Adultos mayores con importante deterioro cognitivo, que haga imposible la recogida de datos.
5. Adultos mayores con menos de 24 horas de internamiento.

3.5 Criterios de eliminación:

1. Encuestas con duplicidad de respuesta en las preguntas
2. Encuestas incompletas en sus respuestas.

3.6 Técnica

Se utilizó un instrumento para la recolección de datos (anexo 3) que mide la percepción de los adultos mayores en torno al cuidado de enfermería, mismo que se utiliza en la presentación de resultados y permite hacer la vinculación teórica con los resultados obtenidos.

El instrumento utilizado se diseñó a partir del cuestionario denominado “Percepción del Cuidado Humanizado de Enfermería (PCHE), elaborado y validado por Rivera N.L., Triana A y Espitia S., (Colombia, 2007) del cual, se consideraron las 6 categorías incluidas en el instrumento de los autores mencionados que son: Dar apoyo emocional, Dar apoyo físico, Empatía, Cualidades del hacer de la (el) enfermera (o), Pro-actividad, Priorizar al ser cuidado, mismo que tiene como fundamento la teoría del cuidado humanizado de la Dra. Jean Watson, teoría que apoya al presente estudio. Se elaboraron 34 preguntas, adecuadas a la población investigada, con una escala tipo Likert con 4 posibles respuestas que son: (1) nunca, (2) algunas veces, (3) casi siempre, (4) siempre.

Para la validación semántica del instrumento se procedió a solicitar opinión sobre la comprensión de las preguntas, a 20 personas de la población de adultos mayores sin importar el nivel educativo, que no fuesen a conformar la muestra del estudio, para obtener retroalimentación sobre la pertinencia del lenguaje empleado y, evitar errores en la medición asociados al diseño de las preguntas; siendo comprendido en su totalidad cada una de las preguntas.

Posteriormente se sometió a la opinión de las expertas, para analizar la validez aparente, se enviaron copias del cuestionario propuesto a 5 enfermeras que tienen conocimiento de la temática y con experiencia: docentes, gestoras y enfermeras asistenciales (adulto mayor), para que valorasen cada pregunta de acuerdo con su experiencia y conocimiento, por lo que se les pidió tener en cuenta el concepto, nivel del lenguaje, relevancia y pertinencia de cada una de las preguntas (Anexo 2).

Cuando las expertas devolvieron los cuestionarios comentados, se realizó un análisis cualitativo de las aportaciones, las cuales en lo general apoyaron las preguntas realizadas, con aportaciones que no modificaban el contenido del cuestionario, quedando así, configurado el cuestionario para su aplicación.

El instrumento de recolección de datos fue aplicado a los adultos mayores, elegidos de manera aleatoria, en el Hospital General “Vasco de Quiroga” ISSSTE de Morelia,

Michoacán, México, en los servicios de Medicina Interna y Nefrología. Se procedió a realizar el trabajo de campo, mediante la aplicación personalizada del instrumento al universo motivo del estudio, se capturaron los datos y se realizó el procesamiento ulterior de los mismos.

3.7 Procedimiento. Para la recopilación de la información se procedió de la siguiente manera:

1. De inicio, se procedió a realizar la Operacionalización de variables, para aclarar y definir las mismas, que consistió en definir cada una con la intención de comunicar con exactitud el significado de los términos para este estudio.
2. En seguida se realizó el análisis de validez mediante la prueba estadística Alpha de Cronbach y reconfirmado por el método de Spearman Brown, arrojando una calificación de .973 por Alpha de Cronbach y .975 por el método de Spearman Brown.
3. Paso seguido se eligieron adultos mayores hospitalizados que cumplieran los requisitos de inclusión, con quien se realizó una entrevista estructurada para proceder a la aplicación del instrumento de recolección de datos (por única vez) explicándose el objetivo de la investigación y aclarando posibles dudas.
4. Se procedió a la firma del consentimiento informado de los participantes.
5. Se inició la recolección de datos, siendo un total de 130 cuestionarios aplicados.
6. Todo lo anterior fue realizado por el autor de la presente investigación, sin intervenir en sus respuestas.
7. Una vez terminada la aplicación de los cuestionarios, se invalidaron 3 por duplicidad de respuestas, y se procedió al análisis estadístico.

3.8 Variables

3.8.1 Independiente: Cuidado de enfermería

3.8.2 Dependiente: Percepción del adulto mayor

3.9 Operacionalización de variables

Para efectos de la presente investigación los cuidados de enfermería se discurrieron en relación a la teoría de Jean Watson (1985), quien de una manera muy particular define el cuidado, la percepción y otros conceptos, de donde surgen las 6 categorías que conforman el instrumento de recolección de datos y son: apoyo emocional, apoyo físico, empatía, cualidades del hacer, pro-actividad, priorizar al “ser” cuidado; dichas categorías permiten conocer la percepción de los pacientes adultos mayores. La Operacionalización de variables: cuidado de enfermería y percepción del adulto mayor, resultantes del objetivo general, se realiza basada en la teoría de Watson, misma que se puede observar el anexo 3.

3.10 Análisis estadístico

El análisis estadístico se realizó mediante el Programa SPSS versión 15 a través de la estadística descriptiva, obteniéndose frecuencias relativas y absolutas, presentándose mediante cuadros y gráficos de barras.

Las diferencias entre las medias, el intervalo de confianza y la significancia bilateral de las variables, se obtuvieron mediante la herramienta estadística “t” de student, para las variables sociodemográficas de género y para el resto de las variables se utilizó la “F” de Fisher, las cuales permitieron conocer los grados de libertad entre las medias y la precisión con que se está estimando el resultado.

La estadística inferencial se utilizó para darle validez al instrumento de recolección de datos, mediante el Alpha de Cronbach y el método de Spearman Brown. Obteniéndose una calificación de .973 y .975 respectivamente.

Mediante la estadística correlacional, el coeficiente de correlación de Pearson (r), y su significancia bilateral se definió la relación existente entre variables

sociodemográficas y las categorías contenidas en el instrumento que precisan la razón de la percepción en relación del cuidado de enfermería.

3.11 Consideraciones éticas del estudio.

El presente estudio de investigación se basó en las consideraciones de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud en México. En los siguientes apartados:

Titulo segundo. Capítulo I. Artículo 13 en el cual especifica que en toda investigación deberá prevalecer el respeto a la dignidad y la protección de los derechos y bienestar; Artículo 16 el cual se refiere a la protección de la privacidad del individuo sujeto de investigación; Artículo 17 se refiere al riesgo de que el sujeto de investigación sufra algún daño, calificando a la presente sin riesgo; Artículo 20 habla sobre el consentimiento informado por escrito, mismo que se presentó a los encuestados para su libre elección sin coacción alguna; En el artículo 21 donde se tomó en cuenta al sujeto o a su representante legal, explicándoles de manera clara y completa, para que comprendieran los objetivos y la finalidad de la investigación.

CAPITULO 4

4. Resultados

4.1 Análisis e Interpretación de resultados

En seguida se presentan en forma ordenada los resultados obtenidos. En primer término se presentan un cuadro con las variables sociodemográficas que caracterizan a la población de estudio, en el cual se observa la frecuencia, porcentaje y porcentaje acumulado de cada una de ellas.

A continuación se presentan los resultados del cruce de las variables sociodemográficas y las categorías que conforman el instrumento de recolección de datos y que son: Apoyo Emocional, Apoyo Físico, Empatía, Cualidades del Hacer, Pro actividad y Priorizar al Ser Cuidado; dichos resultados incluyen las medidas de tendencia central: la media, para conocer la distribución del hecho que se investiga y la desviación estándar, para observar cuanto se separan los datos obtenidos del promedio, además en los cuadros se encuentran los intervalos de confianza con las medidas de dispersión “t” de student para la variable sociodemográfica de género y servicio, y la “F” de Fisher, para el resto de las variables, ambas para conocer si hay diferencia entre las medias de los datos obtenidos y, la significancia bilateral.

Inicialmente, se encuentran los resultados obtenidos para cada una de las categorías que conforman el instrumento de recolección de datos ya mencionadas, y su inter-relación con las preguntas contenidas en el mismo instrumento; donde se observa la frecuencia, porcentaje, el porcentaje acumulado y la escala de Likert que dio las diferentes opciones de respuesta a los adultos mayores encuestados.

En seguida se presenta la tabla de correlación de las categorías, donde se observan correlaciones significativas.

Cuadro no. 2 Variables Sociodemográficas.

FUENTE: Cuestionario aplicado a los adultos mayores en el Hospital General “Vasco de Quiroga” ISSSTE.

En el cuadro no. 1 se pueden apreciar los aspectos Socio demográficos, mismos que conforman la primera parte del cuestionario utilizado en la investigación. El resultado arroja que del total de cuestionarios validos (n=127), en lo que respecta

al **género** se reporta que el 57.7% (73) fueron mujeres y 42.5% (54) eran hombres, resultado que permite reflexionar, el número que en relación al género, rebasan las mujeres en analogía con los hombres en la estancia hospitalaria; ambos participaron

Datos Socio-demográficos	Frecuencia	Porcentaje (%)	Porcentaje Acumulado
1.- GÉNERO			
Femenino	73	57.5	57.5
Masculino	54	42.5	100.0
2.- TIPO DE DERECHOHABIENTE			
Trabajador (a)	15	11.8	11.8
Pensionado (o)	71	55.9	67.7
Familiar de pensionado	40	31.5	99.2
Otros	1	.8	100.0
3.- GRUPOS DE EDAD			
65 a 69	38	29.9	29.9
70 a 75	31	24.4	54.3
76 a 80	58	45.7	100.0
4.- DIAS DE ESTANCIA			
1 a 5	99	78.0	78.0
6 a 10	22	17.3	95.3
11 a 15	6	4.7	100.0
5.- SERVICIO:			
Medicina Interna	79	62.2	62.2
Cirugía	48	37.8	100.0

de manera voluntaria y en su totalidad cubrían los criterios de inclusión mencionados con antelación.

Al referir el resultado para la variable sociodemográfica **tipo de derechohabiente** resalta la prevalencia en las encuestas el grupo de pensionado con un 55.9% (71); esto es de comprenderse dado que se está hablando de adultos mayores de 65 años y, por ley a esta edad todos o casi todos los trabajadores han pasado al grupo de los pensionados; en este rubro también se cita al grupo que se titula como “otros”,

donde se encuentran: concubina (o) de trabajador (a) y los no derechohabientes que han sido atendido de manera altruista en el Instituto (Cuadro no.1).

En lo que respecta a los **grupos de edad**, es necesario mencionar que este grupo se conformó de manera conveniente para el presente estudio, no es el que tiene el Instituto en los grupos etarios que maneja para la población derecho-habiente; de las personas entrevistadas 58 adultos mayores (45.7%) correspondieron a las del grupo de edad de 75 a 80 años, lo cual coincide con el rubro anterior, donde los adultos mayores a la edad de 75-80 años todos ya son pensionados (Cuadro no.1).

Con una **estancia hospitalaria** manejada en días, mismos que se manejaron en un rango desde 1 a 5, 6 a 10 y de 11 a 15 días, cubriéndose el criterio de inclusión que comprende los adultos mayores con una estancia mínima de 24 hrs. El porcentaje más elevado para esta variable fue en aquellos pacientes con una estancia de 1 a 5 días (78 %). Considerando a partir de este dato, que la estancia hospitalaria prevalece la de corta duración (Cuadro no.1).

En lo que respecta al **servicio** como variable socio demográfica, lugar donde se encontraban los adultos mayores al momento de la aplicación del cuestionario para la recolección de datos, el 62% (79) se entrevistaron en Medicina Interna (3er. Piso), y el resto 48 (37.8%) se encontraron en el servicio incluido también para la investigación y que es Nefrología (4º. Piso). Aclarando que todos los pacientes corresponden a la especialidad de Medicina Interna (Cuadro no.1).

La segunda parte del instrumento de recolección de datos está dividida en 6 categorías: Apoyo emocional que contiene 6 reactivos, Apoyo físico conformado por 4 reactivos, Empatía constituido por 4 reactivos, Cualidades del hacer con 8 reactivos, Pro-actividad integrado por 6 reactivos y Priorizar al ser cuidado compuesto por 6 reactivos. El análisis de fiabilidad de las 6 categorías se realizó mediante el Alpha de Cronbach, confirmándose con el método de mitades de

Spearman Brown, obteniéndose una calificación de .973 y .975 respectivamente. (Anexo 1). Los resultados obtenidos en el cruce de las categorías contenidas en el cuestionario y las variables socio demográficas, reflejan la percepción del cuidado de Enfermería.

En lo que respecta a categoría Apoyo Emocional y el cruce con la variable sociodemográfica de **género**, el estudio reveló, con un nivel de confianza de 95% una media de 18.75, una desviación estándar de ± 0.6 para los hombres; en tanto que para las mujeres se tiene una media de 19.02 y su desviación estándar de ± 0.4 ; con un intervalo de confiabilidad de .346 infiriendo que hay diferencia entre las medias resultantes para este grupo y, una significancia de .730 lo cual permite deducir la importante asociación que existe entre las variable sociodemográficas (hombre y mujer), y el Apoyo Emocional de la Enfermera, entendido a partir de: acompañamiento personal, escucha atenta, reflejados en el estado de bienestar del paciente (Cuadro no. 2).

Por otro lado en la categoría Apoyo Físico, contrastada con la variable sociodemográfica **género**, la media se situó para los hombres en 11.70 y para mujeres en 12.13 con su desviación estándar de ± 0.4 y ± 0.3 respectivamente, entendiéndose con ello el nivel de confianza de 95%. El intervalo de confianza se situó en .613 admitiendo con ello un alto grado de igualdad entre el promedio de las respuestas y, con una significancia de .641, observando con esto que no hay diferencia sobre la percepción del apoyo físico por parte de adultos mayores, hombres y mujeres; comprendido partir de cubrir necesidades físicas durante la estancia hospitalaria (Cuadro no. 2).

En la categoría Empatía y la variable sociodemográfica de **Género**, se obtuvo una media de 12.00 para los varones y para las mujeres de 11.98 con su desviación típica de ± 0.3 para ambos, obtenida a partir de un nivel de confiabilidad de 95%. Donde el intervalo de confianza fue de .027 permitiendo entender una gran diferencia entre las medias de las respuestas para estas variables. Respecto a la significancia se tiene un resultado de .979, lo cual se traduce en un alto grado de

asociación entre las respuestas de hombres y mujeres en cuanto a percibir la empatía; entendida a partir de facilitar el diálogo y ponerse en el lugar del otro. (Cuadro no. 2). Esta relación describe cómo la enfermera va más allá de una relación objetiva, mostrando preocupación (interés) hacia el significado más profundo de la persona en cuanto a su salud.

Las cualidades del hacer comprenden aquellos atributos de la enfermera en cuanto sus competencias profesionales, a este respecto y en relación con la variable sociodemográfica de **género**, los resultados fueron, la media 24.40 para los hombres (n=54) y 24.67 para las mujeres (n=73), con una desviación estándar de ± 0.7 y ± 0.6 respectivamente obtenidos a partir de un nivel de confiabilidad del 95% el cual da a entender que el valor del parámetro que se estima está dentro del rango. El intervalo de confianza resultó de .262 poniendo de manifiesto una diferencia importante de las medias resultantes de las variables. La significancia se ubicó en .794 entendiendo con esto lo relevante de la asociación de las respuestas otorgadas por hombres y mujeres con respecto a percibir las cualidades del hacer, ya mencionadas (Cuadro no. 2).

Al citar la categoría Pro-actividad en su cruce con la variable sociodemográfica **género**, se tiene la media en 18.35 para hombres y 18.41 para mujeres; su desviación estándar de ± 0.5 y ± 0.4 respectivamente, obtenidas a partir de un 95% de confiabilidad en las respuestas obtenidas acerca de los cuidados de Enfermería concernientes a comunicación clara, con un lenguaje comprensible hacia los adultos mayores. El intervalo de confianza obtenido mediante la medida de dispersión "t" fue de .077 que expresa un grado importante de semejanza entre las variables motivo del análisis. Referente a la significancia esta se ubicó en .706 la cual expresa una fuerte asociación de las respuestas entorno a la percepción de los adultos mayores encuestados (Cuadro no. 2).

Al final del cuadro no. 2 se encuentra la categoría Priorizar al ser cuidado, la cual engloba actividades relacionadas con el respeto por las creencias de los adultos mayores; en su cruce con la variable sociodemográfica de **hombres y mujeres**, el estudio arrojó una media de 20.21 (n=54) para hombres y 20.35 para mujeres

(n=73), con su desviación estándar de $\pm .05$ para ambos, con un nivel de confianza de 95% dado por el programa estadístico. Concerniente al intervalo de confianza para esta inter-relación fue .503 deduciendo que la diferencia entre las medias de las variables fue significativa para el estudio. En cuanto a la significancia los resultados arrojan buena asociación en las respuestas (.616) dado por la apertura en la opinión de los adultos mayores.

Parte de la investigación fue conocer variación de la percepción del cuidado de enfermería en los diversos grupos de edad en relación a cada una de las categorías del instrumento de recolección de datos, donde se ha utilizado el coeficiente de variación "F" para obtener la confiabilidad de las medias muestrales y, la significancia, datos que a continuación se presentan

En el cruce de la variable **grupo de edad** y en los grupos etarios de 65 a 69 años (n=38), 70 a 74 (n=31) y 75 a 80 (n=58) con la categoría Apoyo emocional, los resultados arrojados en el estudio para las medias 19.18, 18.83 y 18.77 respectivamente, la desviación estándar para cada uno de los grupos se localizan en $\pm .06$, $\pm .07$ y $\pm .06$; con un nivel de confiabilidad de 95% dado por el programa estadístico. Con un intervalo de confianza de .108 el cual permite ver la igualdad entre las medias. Por otro lado se observa la significancia con un .898 indicando que no se encontró diferencia entre las variables grupos de edad con respecto a la respuesta que proporcionada (Cuadro no. 3).

En la unión de la variable **grupo de edad** y en los grupos etarios de 65 a 69 años (n=38), 70 a 74 (n=31) y 75 a 80 (n=58) con la categoría Apoyo físico, se localizan los resultados para las medias 12.71, 11.96 y 11.53 respectivamente, una desviación estándar de $\pm .04$, $\pm .07$ y $\pm .04$; donde el nivel de confiabilidad es de 95% por el programa estadístico. Se tiene un intervalo de confianza de 1.685, permite entender una desigualdad importante entre las medias. En relación a la significancia se tiene un resultado de .190 el cual permite inferir que existe diferencia entre los grupos etarios con relación a la categoría que se menciona (Cuadro no. 3).

La categoría que a continuación se menciona es empatía y en intersección con la variable sociodemográfica **grupos de edad** en sus diferentes grupos etarios, 65 a 69 años (n=38), 70 a 74 (n=31) y 75 a 80 (n=58), los resultados para las medias fueron 12.18, 12.03 y 11.84 respectivamente y sus desviaciones estándar son $\pm .04$, $\pm .04$ y $\pm .03$ para cada uno, igualmente con un nivel de confiabilidad de 95% dado por el programa SPSS utilizado. El intervalo e confianza resultante fue de .163 observándose en este rubro diferencia en las medias resultantes y, en lo referente a la significancia que arroja el estudio fue de .850 indicando coincidencia entre las respuestas vertidas por las variables que conforman este grupo etario (Cuadro no. 3).

En la siguiente confluencia se encuentra la categoría Cualidades del hacer y la variable sociodemográfica **grupos de edad**, misma que cuenta con los grupos de 65 a 69 años (n=38), 70 a 74 (n=31) y 75 a 80 (n=58), cuyas medias estadísticas son 25.39, 24.19 y 24.20 respectivamente y sus desviaciones estándar son $\pm .09$, $\pm .01$ y $\pm .07$ para cada grupo, con un nivel de confiabilidad del 95%; El intervalo de confianza quedo en .603, denota igualdad entre las medias, esto es un importante grado de confiabilidad; al referir el resultado de la significancia se tiene .549 probando la asociación que existe entre las medias, dando lugar a la coincidencia en relación a esta categoría (Cuadro no. 3).

La categoría Cualidades del hacer al concurrir con la variable sociodemográfica **grupos etarios** 65 a 69 años (n=38), 70 a 74 (n=31) y 75 a 80 (n=58), arrojó el siguiente resultado, respecto a las medias estadísticas se tiene 18.76, 18.54 y 18.05 respectivamente y sus desviaciones estándar fueron $\pm .09$, $\pm .01$ y $\pm .07$ para cada grupo, obtenido a partir de un 95% de confiabilidad; el intervalo de confianza se encuentra en .350 refiere desigualdad entre las medias de cada uno de los grupos etarios; al citar la significancia se localiza en .706 indicando la elevada coincidencia de las respuestas vertidas por los adultos mayores encuestados en sus diferentes grupos etarios (Cuadro no. 3).

En el cruce de la variable sociodemográfica **grupos de edad** y la categoría Proactividad los resultados para las medias fueron según cada grupo: de 65 a 69 años

(n=38) 18.76; en el grupo de 70 a 74 (n=31) fue 18.54 y para el grupo de 75 a 80 (n=58), el resultado fue 18.05, respecto a las desviaciones estándar fueron ± 0.06 para todas las variables; con el 95% de confiabilidad; en lo que respecta al grado de confianza, dado por el coeficiente de variación se tiene .350 indicando desigualdad entre las medias resultantes; por otro lado la significancia fue de .706 lo cual se traduce en una elevada asociación entre las variables, dicho en otras palabras los adultos mayores de los 3 grupos etarios coincidieron en recibir una atención anticipada (Cuadro no. 3).

En el cruce de la variable sociodemográfica **grupos de edad** y la categoría Priorizar al “ser” cuidado, donde lo que caracteriza el cuidado es el respeto, las medias resultantes fueron, según cada grupo: de 65 a 69 años (n=38) la media fue 20.21; en el grupo de 70 a 74 (n=31) fue 20.35 y para el grupo de 75 a 80 (n=58), el resultado fue 20.01, respecto a las desviaciones estándar fueron ± 0.05 , ± 0.05 y ± 0.04 para cada grupo; obtenidos en el programa estadístico con el 95% de confiabilidad; en lo que respecta al resultado dado por el coeficiente de variación “F” este es .106 indicando desigualdad entre las medias resultantes de las variables del presente grupo; en relación de la significancia se tiene un resultado de .900 permitiendo observar la elevada asociación entre las variables, lo cual se traduce en la importancia que da la (el) enfermera(o) a recibir un trato con respeto (Cuadro no. 3).

En el cuadro número 4 se presentan los resultados del cruce de la variable sociodemográfica correspondiente a los **días de estancia hospitalaria**, misma que está conformada en 3 sub-grupos que son: de 1 a 5 días, de 5 a 10 días y de 11 a 15 días, y las categorías que conforman el instrumento utilizado para la recolección de datos. El grado de confiabilidad fue obtenido a partir coeficiente de Fisher “F”.

En primer lugar se encuentra la variable sociodemográfica de 1 a 5 **días de estancia hospitalaria** y la categoría Apoyo emocional, se tiene un resultado para la media de 18.67; para el grupo de 6 a 10 días la media fue 19.54 y para el grupo de 11 a 15 días de estancia fue 20.50; la desviación estándar fue de ± 1.0 , ± 1.0 y ± 1.8 para cada una respectivamente, con un nivel de confianza de 95% dado por el programa

estadístico; Concerniente al grado de confiabilidad el resultado fue 791, traducido en un alto nivel de confiabilidad; por otro lado la significancia se ubicó en .456 reflejando cuanto difieren los resultados de las medias entre sí (Cuadro no. 4).

En la segunda categoría se encuentra el **Apoyo emocional** y en su cruce con las variables sociodemográficas **días de estancia** el resultante para las medias fue: para el grupo de 1 a 5 días 12.05, para el de 6 a 10 días fue 11.68 y para el grupo de 11 a 15 fue 20.50, con sus respectivas desviaciones estándar de ± 1.0 , ± 1.0 y ± 1.8 para cada una; basado en un nivel de confianza del 95%; con un intervalo de confianza de .791 dando un alto grado de confiabilidad en el cruce de variables; respecto a la significancia el resultado permite ver un .456 observándose diferencia en los resultados obtenidos acerca de percibir apoyo emocional, en este grupo de edad (Cuadro no. 4).

En seguida se tiene la categoría **Apoyo físico** en inter-relación con las variables sociodemográficas **días de estancia**, arrojando el siguiente resultado de 1 a 5 días, de 6 a 10 días y de 11 a 15 días, las medias fueron: 12.16, 11.68 y 11.16 respectivamente, las fluctuaciones dadas por las desviaciones estándar fueron: $\pm .73$, $\pm .73$ y ± 1.3 todo con un nivel de confianza del 95%; el intervalo o razón de confianza fue de .137 esto es poca confiabilidad en el resultado del cruce de las medias resultantes; en cuanto a la significancia la cifra resultante es .873 lo que permite ver, los pacientes reportaron semejanza en los cuidados físicos (Cuadro no. 4).

La categoría **Empatía** al concurrir con la variable sociodemográfica **Días de estancia hospitalaria**: de 1 a 5 días, de 6 a 10 días y de 11 a 15 días arrojo el siguiente resultado, respecto a las medias estadísticas se tiene 11.87, 12.27 y 13.00 respectivamente y sus desviaciones estándar fueron $\pm .067$, $\pm .67$ y ± 1.2 para cada grupo, obtenido a partir de un 95% de confiabilidad; el intervalo de confianza se encuentra en .518 refiere promedio entre las medias de cada uno de los grupos etarios; al citar la significancia se localiza en .597 indicando división en partes iguales de las respuestas vertidas por los adultos mayores encuestados en sus diferentes grupos etarios (Cuadro no. 4).

En seguida se tiene la categoría **Cualidades del hacer** en inter-relación con las variables sociodemográficas **días de estancia**, arrojando el siguiente resultado de 1 a 5 días, de 6 a 10 días y de 11 a 15 días, las medias fueron: 12.16, 11.68 y 11.16 respectivamente, las fluctuaciones dadas por las desviaciones estándar fueron: ± 0.73 , ± 0.73 y ± 1.3 todo con un nivel de confianza del 95%; el intervalo o razón de confianza fue de .703 esto es una confiabilidad aceptable en el resultado del cruce de las medias resultantes; en cuanto a la significancia la cifra resultante es .497 lo que permite ver, los pacientes difirieron en su opinión entorno a las cualidades de las enfermeras, referente a su hacer profesional (Cuadro no. 4).

En el cruce de la variable sociodemográfica **Días de estancia hospitalaria** y la categoría **Pro-actividad** los resultados para las medias fueron según cada grupo: de 1 a 5 días fue 18.21; de 6 a 10 días, la media fue 18.68 y de 11 a 15 días fue de 20.16; respecto a las desviaciones estándar fueron ± 1.0 para las variables dos primeras variables y de ± 1.7 para la última variable; con el 95% de confiabilidad; en lo que respecta al grado de confianza, dado por el coeficiente de variación se tiene .662 indicando igualdad media entre las medias resultantes; por otro lado la significancia fue de .518 lo cual se traduce en una asociación aceptable, entre las variables, dicho en otras palabras la mitad de los adultos mayores de los 3 grupos etarios coincidieron en recibir una atención anticipada. (Cuadro no. 4)

En el cruce de la variable sociodemográfica **Días de estancia hospitalaria** y la categoría **Priorizar al ser cuidado**, donde lo que caracteriza el cuidado es el respeto, las medias resultantes fueron, según cada grupo: de 1 a 5 días la media fue 20.01; en el grupo de 6 a 10 días fue 20.08 y para el grupo de 11 a 15 días, el resultado fue 20.50, respecto a las desviaciones estándar fueron ± 0.79 , ± 0.79 y ± 1.4 para cada grupo; obtenidos en el programa estadístico con el 95% de confiabilidad; en lo que respecta al resultado dado por el coeficiente de variación "F" este es 1.54 indicando igualdad entre las medias resultantes de las variables del presente grupo; en relación de la significancia se tiene un resultado de .217 permitiendo ver la baja asociación entre las variables, lo cual se traduce en la falta de respeto que percibe el paciente por parte de la (el) enfermera(o) (Cuadro no. 4).

En el siguiente cuadro no. 5 se presentan los resultados de las medias de la variable **Tipo de Derechohabiente**, las cuales son: Trabajador (a), Pensionado (a) Familiar de pensionado y otros, en su confluencia con las diferentes categorías que contiene el cuestionario aplicado a los adultos mayores; con la desviación estándar y para determinar la diferencia entre las medias se utilizó herramienta estadística “F” de Fisher por ser una distribución normal de variables.

En lo que respecta a categoría Apoyo Emocional y el cruce con la variable sociodemográfica de **Trabajador**, el estudio reveló, con un nivel de confianza de 95% una media de 18.33, una desviación estándar de ± 1.1 ; en tanto que para el grupo de pensionados se tiene una media de 19.16 y su desviación estándar de $\pm .45$; para el grupo Familiar de pensionado (a) la media fue ± 18.67 y su desviación estándar de $\pm .80$, al final para el grupo de “otros” la media reportada fue 19 con una desviación estándar de ± 0 ; con un intervalo de confiabilidad de .211 infiriendo que hay diferencia entre las medias resultantes para este grupo y, una significancia de .889 lo cual permite deducir la importante asociación que existe entre la variable sociodemográfica, y el Apoyo Emocional de la Enfermera, entendido a partir de acompañamiento personal, reflejados en el estado de bienestar del paciente (Cuadro no. 5).

Por otro lado en la categoría Apoyo Físico, contrastada con la variable sociodemográfica **Tipo de derechohabiente**, la media se situó para el tipo de derechohabiente Trabajador (a) en 12.53 y para Pensionado (a) en 12.11, por otro lado para Familiar de pensionado en 11.57 y para “otros” 12.00; su desviación estándar de $\pm .74$, $\pm .35$, $\pm .52$ y ± 0 respectivamente, a partir de un nivel de confianza de 95%. El intervalo de confianza se situó en .427 admitiendo con ello un bajo grado de igualdad entre el promedio de las respuestas y, con una significancia de .734, observando con esto que no hay diferencia sobre la percepción del apoyo físico por parte de adultos mayores, comprendido a partir de cubrir necesidades físicas durante la estancia hospitalaria (Cuadro no. 5).

En la categoría Empatía y la variable sociodemográfica de **Tipo de derechohabiente**, se obtuvo una media de 12.13 para Trabajador (a), para

Pensionado (a) de 12.1, por otro lado para Familiar de pensionado fue de 11.57 y para “otros” de 12.00; su desviación típica de ± 0.76 ; ± 0.31 ; ± 0.51 y ± 0 respectivamente, obtenidos a partir de un nivel de confiabilidad de 95%. Donde el intervalo de confianza fue de .452 permite entender diferencia entre las medias de las respuestas para estas variables. Respecto a la significancia se tiene un resultado de .716, lo cual se traduce en una importante asociación entre las respuestas de la derechohabiente en cuanto a percibir la empatía; entendida a partir de ponerse en el lugar del otro (Cuadro no. 5).

Las cualidades del hacer comprenden atributos de la enfermera en cuanto sus competencias profesionales, a este respecto y en relación con la variable sociodemográfica de **Tipo de Derechohabiente**, los resultados fueron, la media 24.13 para Trabajador, 24.02 para familiar de trabajador (a) 23.97 y en el rubro de “otros” 21.00; con una desviación estándar de ± 1.4 , ± 0.58 , ± 1.0 y ± 0 , respectivamente obtenidos a partir de un nivel de confiabilidad del 95% el cual da a entender que el valor del parámetro que se estima está dentro del rango. El intervalo de confianza resulto de .471 poniendo de manifiesto una diferencia importante de las medias resultantes de las variables. La significancia se ubicó en .703 entendiéndose con esto la importante asociación de las respuestas otorgadas por los sub-grupos comprendidos para esta variable, con respecto a percibir las cualidades del hacer, ya mencionadas (Cuadro no. 5).

Al citar la categoría Pro-actividad en su cruce con la variable sociodemográfica **Tipo de derechohabiente**, se tiene la media en 18.60 para Trabajador, 18.53 para Pensionado (a), 18.15 para Familiar de Trabajador, y para “otros” 14.00; su desviación estándar de ± 1.0 , ± 0.46 , ± 0.77 y ± 0 respectivamente, obtenidas a partir de un 95% de confiabilidad en las respuestas obtenidas acerca de los cuidados de Enfermería concernientes a comunicación clara, con un lenguaje comprensible hacia los adultos mayores. El intervalo de confianza obtenido mediante la herramienta estadística de dispersión “F” fue de .434 que expresa un grado bajo de semejanza entre las variables motivo del análisis; referente a la significancia esta

se ubicó en .729 la cual expresa una fuerte asociación de las respuestas entorno a la percepción de los adultos mayores encuestados (Cuadro no. 5).

Al final de este cuadro se encuentra la categoría Priorizar al ser cuidado, la cual engloba actividades relacionadas con el respeto por las ideas de los adultos mayores; en su cruce con la variable sociodemográfica de **Tipo de derechohabiente**, considerando los componentes del sub-grupo: Trabajador, pensionado (a), Familiar de trabajador (a), "otros"; el estudio arrojó una media de 19.93, 20.40, 19.80 y 20.00 respectivamente, con su desviación estándar de ± 1.1 , $\pm .35$, $\pm .58$ y ± 0 para ambos, con un nivel de confianza de 95% dado por el programa estadístico. Concerniente al intervalo de confianza para esta inter-relación fue .297 deduciendo que la diferencia entre las medias de las variables fue significativa para el estudio. En cuanto a la significancia los resultados arrojan una alta asociación en las respuestas .828 dado por la apertura en la opinión de los adultos mayores en lo relacionado al respeto percibido (Cuadro no. 5).

En los resultados del cuadro no. 6 se encuentra la asociación de la variable sociodemográfica **Servicio** la cual se refiere a la especialidad donde se encontraba el paciente en el momento de la investigación, el cual incluye dos servicios Medicina Interna y Nefrología, y las categorías contenidas en el cuestionario aplicado a ellos mismos. Se presentan las medias, la desviación estándar, los intervalos y las significancias (Cuadro no. 6).

En lo que respecta a categoría Apoyo Emocional y el cruce con la variable sociodemográfica de **Medicina Interna** (3er piso) el estudio reveló, con un nivel de confianza de 95% una media de 18.65, una desviación estándar de ± 5.0 ; en tanto que para el grupo que se encontraba en **Nefrología** (4º. Piso) se tiene una media de 19.33 y su desviación estándar de ± 4.1 ; con un intervalo de confiabilidad de .900 infiriendo que no existe diferencia entre las medias resultantes para este grupo y, una significancia de .345 lo cual permite deducir la poca asociación que existe entre la variable sociodemográfica, y el Apoyo Emocional de la Enfermera, entendido a partir de acompañamiento personal, reflejados en el estado de bienestar del paciente (Cuadro no. 6).

Por otro lado en la categoría Apoyo Físico, contrastada con la variable socio demográfica **Servicio** donde se encontraron los pacientes, la media se situó para el servicio Medicina Interna (3er. Piso) 11.96 y para el servicio de Nefrología (3er piso) en 12.04; su desviación estándar de ± 3.6 , ± 4.1 , respectivamente, a partir de un nivel de confianza de 95%. El intervalo de confianza se situó en 1.370 admitiendo con ello un alto grado de igualdad entre el promedio de las respuestas y, con una significancia de .191 observando con esto que hay diferencia sobre la percepción del apoyo físico por parte de adultos mayores, comprendido a partir de cubrir necesidades físicas durante la estancia hospitalaria (Cuadro no. 6).

En la categoría Empatía y la variable sociodemográfica de **Servicio** de hospitalización del paciente, se obtuvo una media de 11.70 para Medicina Interna (3er piso) y para Nefrología (4º. Piso) de 12.45; su desviación típica de ± 3.4 , ± 3.5 , respectivamente, obtenidos a partir de un nivel de confiabilidad de 95%. Donde el intervalo de confianza fue de 2.418 permite entender semejanza entre las medias de las respuestas para estas variables. Respecto a la significancia se tiene un resultado de .132, lo cual se traduce en poca asociación entre las respuestas de la derechohabiente en cuanto a percibir la empatía; entendida a partir de ponerse en el lugar del otro (Cuadro no. 6).

Las cualidades del hacer comprenden atributos de la enfermera en cuanto sus competencias profesionales, a este respecto y en relación con la variable sociodemográfica de **Servicio** donde se localizaban los pacientes, los resultados fueron, la media 24.48 para Medicina Interna (3er piso), 24.68 para Nefrología (4º. Piso); con una desviación estándar de ± 6.6 , ± 7.3 , respectivamente obtenidos a partir de un nivel de confiabilidad del 95% el cual permite entender que el valor del parámetro que se estima está dentro del rango. El intervalo de confianza resulto de 2.418 poniendo de manifiesto una semejanza importante de las medias resultantes de las variables. La significancia se ubicó en .122 entendiendo con esto la pobre asociación de las respuestas otorgadas por los sub-grupos comprendidos para esta variable, con respecto a percibir las cualidades del hacer ya mencionadas (Cuadro no. 6).

Al citar la categoría Pro-actividad en su cruce con la variable sociodemográfica **Servicio** donde estaban internados los pacientes, se tiene la media en 18.17 para el servicio de Medicina Interna (3er piso), 18.72 para Nefrología (4º. Piso); su desviación estándar de ± 5.0 , ± 5.3 , respectivamente, obtenidas a partir de un 95% de confiabilidad en las respuestas obtenidas acerca de los cuidados de Enfermería concernientes a comunicación clara, con un lenguaje comprensible hacia los adultos mayores. El intervalo de confianza obtenido mediante la herramienta estadística de dispersión "t" fue de 1.514 que expresa un alto grado de semejanza entre las variables motivo del análisis; referente a la significancia esta se ubicó en .221 la cual expresa poca asociación de las respuestas entorno a la percepción de los adultos mayores encuestados (Cuadro no. 6).

Por último se encuentra la categoría Priorizar al ser cuidado, la cual engloba actividades relacionadas con el respeto por las ideas de los adultos mayores; en su cruce con la variable sociodemográfica de **Servicio** de internamiento de los adultos mayores, considerando los servicios del sub-grupo: Medicina Interna (3er. Piso), Nefrología (4º. Piso), el estudio arrojó una media de 20.02, 20.37, respectivamente, con su desviación estándar de ± 4.0 y ± 4.3 respectivamente, con un nivel de confianza de 95% dado por el programa estadístico. Concerniente al intervalo de confianza para esta inter-relación fue 2.162 deduciendo que la diferencia entre las medias de las variables no fue significativa para el estudio. En cuanto a la significancia los resultados arrojan una baja asociación entre las respuestas .144 dado por la apertura en la opinión de los adultos mayores en lo relacionado al respeto percibido (Cuadro no. 6).

En los cuadros que a continuación se presentan, se sitúan los resultados de las respuestas al cuestionario aplicado a los adultos mayores; donde se pueden observar la frecuencia y porcentaje para cada una de las categorías que conforman el instrumento, y las respuestas mediante una escala tipo Likert, que incluye 4 posibles respuestas y son: nunca, algunas veces, casi siempre y siempre.

La categoría **Apoyo emocional** comprende acciones de Enfermería como confianza, acompañamiento personal, calidez, respeto, escucha atenta; que se refleja en un estado de bienestar en el paciente; dicho apoyo emocional se encuentra inmerso en las preguntas número 6, 7, 8, 21, 25 y 26, que al analizarse arrojan resultados en la escala de Likert: las 4 primeras se sitúan en el lugar de “siempre”, con los siguientes porcentajes, 63% (80), 54.3% (69), 41.7% (53) y 34.6% (44) respectivamente, entendiendo que siempre percibieron las cualidades del apoyo emocional en el cuidado de Enfermería. En lo que respecta a las preguntas 21 y 26 localizadas en esta categoría, los pacientes se inclinaron por la respuesta “casi siempre” y en porcentaje es 38.6 (49) y 35.4% (45) respectivamente, entendiendo en este sentido que hay adultos mayores que no siempre perciben en el personal de enfermería un trato amable, respetuoso, no les inspiran confianza y no siempre son escuchados (Cuadro 7).

En lo relacionado al cuadro número 9, el cual se refiere al **Cuidado Físico** involucrando acciones que van desde procurar la comodidad mediante mantener la unidad del paciente limpia y ordenada, atención a las necesidades básicas (baño, alimentación, eliminación), atención al dolor. En esta categoría donde se localizan las preguntas 3, 4, 18 y 27, en ellas las personas contestaron “siempre” en relación a percibir el cuidado físico en la atención proporcionada por la Enfermera; en porcentajes correspondió para cada una de las preguntas un 40.2% (51), 35.4% (45), 40.2% (45) y 36.2% (46), respectivamente. (Cuadro no. 8).

Las enfermeras proporcionan el cuidado mediante hacer “**empatía**” con los pacientes, que comprende acciones de enfermería con carácter didáctico, que permiten a la enfermera (o) comprenderse a sí misma (o) y al paciente en la experiencia vivida a través del cuidado; acciones que implican interacción mediante: facilitar el diálogo, usar un tono de voz sereno, el escucharle atentamente, ponerse en el lugar del otro, hacerle sentir único y promover el crecimiento de cuidador y cuidado. En este rubro se localizan las preguntas número 9, 12, 15 y 24 y los resultados arrojados por el cuestionario aplicado fueron: en lo que corresponde a la

pregunta no. 9 las respuestas se inclinaron en el apartado de la escala de Likert “algunas veces” 38.6% (49), corresponde a la parte del diálogo que la enfermera debe procurar con su paciente, misma que se ve poco realizada por Enfermería; en lo que respecta a las respuestas 12, 15 y 24 éstas se inclinaron a la objeción “siempre” con un 41.7% (53), 40.2% (51) y 44.9% (57) respectivamente (Cuadro 9).

En el cuadro no. 11 se encuentran los resultados de la categoría **Cualidades del hacer**, misma que se encuentra inmersa en las preguntas número 2,5,10,14,22,23,28 y 32 del cuestionario; esta categoría es entendida a partir de las cualidades y valores que caracterizan la práctica de la (el) Enfermera (o) como son: disponibilidad para atender al otro, un trato cordial, la identificación de las necesidades de cuidado, la explicación anticipada de los cuidados, la educación oportuna para promover el autocuidado, la abogacía, la responsabilidad y el compromiso; los resultados resaltan un “siempre” para las preguntas número 2, 5, 14, 28 y 32, lo cual significa que los adultos mayores siempre percibieron las cualidades mencionadas en el personal de Enfermería que les proporciono el cuidado; No así en las preguntas número 10, 22 y 23, donde las respuestas coincidieron en un “casi siempre” entendiéndose en este sentido que los adultos mayores no percibieron en todas las (los) enfermeras (os) las cualidades de esta categoría (Cuadro no. 10).

La categoría **Pro actividad** tiene en su haber las preguntas número 11, 13, 19, 20, 30 y 33 del cuestionario utilizado en la presente investigación; esta categoría encuentra su definición en todos aquellos comportamientos que denoten atención anticipada, comprende: proporcionar información oportuna, clara y suficiente a las personas cuidadas y a su familia acerca del estado de salud, para que puedan tomar decisiones sobre el cuidado de sí mismos; responder preguntas con un lenguaje comprensible, la explicación sobre los procedimientos, dedicar el tiempo necesario al paciente y animarlo a que llame si necesita algo. En este sentido los adultos mayores coincidieron en responder “siempre” en las preguntas 20, 30 y 33, con un 36.2% (46), 51.2% (65), 46.5% (59) respectivamente; significando que perciben una

atención anticipada en el personal de Enfermería; sin embargo en lo concerniente a las preguntas 11, 13 y 19 las respuestas del adulto mayor dejan ver un “casi siempre” con un 43.3% (55), 33.9% (43), 37.8% (48), para cada una, lo cual significa que percibieron que les dedican el tiempo necesario y les ayudan a tomar decisiones proporcionándoles información oportuna (Cuadro no. 11).

La categoría **Priorizar al ser cuidado**, contiene información relacionada con las preguntas número 1, 16, 17, 29, 31 y 34; dicha categoría trae implícitamente la valoración del ser cuidado como un sujeto único e irrepetible, donde existe un respeto por sus creencias, sus valores; tomar en cuenta sus decisiones, su lenguaje; realizar el cuidado respetando la condición de adulto mayor y sobre todo respetando su intimidad. En este sentido las respuestas coincidieron en la opción de la escala de Likert “siempre”, con un 55.1% (70), para la pregunta número 1, la cual tiene que ver con hacer sentir al adulto mayor como persona; un 49.6% (53), para la pregunta sobre si le llaman por su nombre; 53.5% (68) y 47.2% (60) para las preguntas 17 y 29 respectivamente, mismas que tienen que ver con el respeto a las decisiones; y lo que concierne al respeto a la intimidad y a la condición del adulto mayor los porcentajes son 66.1% (84) y 46.5% (59), para las preguntas 31 y 34 respectivamente. Dejando ver en este sentido que los adultos mayores siempre percibieron acciones que tienen que ver con lo más íntimo del ser cuidado (Cuadro no. 12).

Con el propósito de explicar la relación entre las variables sociodemográficas contenidas en el cuestionario aplicado para la recolección de los datos, se realizó una correlación bi-variada, mediante el coeficiente de correlación de Pearson (r), y su significancia bilateral.

Los resultados observados en el cuadro 13, arrojan cifras que sobresalen en lo que corresponde la correlación de la variable “**apoyo emocional**” con las variables “apoyo físico” ($r=.750$); con “empatía” ($r=.775$); con “cualidades del hacer” ($r=.849$); con “pro actividad” ($r=.833$); con “priorizar al ser cuidado” ($r=.778$).

De igual manera los resultados coinciden al correlacionar la variable **“apoyo físico”** donde se puede observar que existe una relación positiva estrecha con las variables **“empatía”** ($r=.716$); con **“cualidades del hacer”** ($r=.797$); con **“pro-actividad”** ($r=.764$).

En lo que respecta a la variable **“Empatía”**, el resultado de la correlación positiva es: con **“cualidades del hacer”** ($r=.795$); con **“pro-actividad”** ($r=.726$).

Así mismo y respecto a la variable **“cualidades del hacer”** la correlación existente con las otras variables ubicadas en el instrumento de recolección de datos es: con **“pro-actividad”** ($r=.851$); con **“priorizar al ser cuidado”** ($r=.712$).

Finalmente las variables **“pro-actividad”** y **“priorizar al ser cuidado”**, se relacionan positivamente, como se puede observar en el resultado, $r=.713$

De tal manera las categorías se encuentran vinculadas entre sí, lo cual permitió analizar la percepción del adulto mayor hospitalizado sobre el cuidado de enfermería; siendo esto conveniente para los fines del trabajo de investigación, ya que permite asegurar con mayor exactitud lo fidedigno de los resultados.

4.2 Discusión

Los adultos mayores que acuden a los hospitales, tienen el derecho de recibir una atención digna de todo ser humano, toda vez que han llegado a este momento de su vida, después de haber aportado a la sociedad conocimientos, experiencias, sabiduría, (según la situación que les tocó vivir); por lo tanto es ineludible ofrecerles una atención decorosa en situaciones de enfermedad.

A este respecto el personal de enfermería es una pieza clave en las instituciones de salud por dos situaciones relevantes, en primer lugar es el único profesional que

está presente en todos los momentos que vive el paciente en el hospital, desarrollando una “relación de ayuda-confianza”, en segundo lugar y como resultado de esta relación, la enfermera reconoce las necesidades del paciente en sus diferentes esferas, incluidas las propias.

La realización de la presente investigación tuvo como punta de lanza conocer la opinión de los adultos mayores que institucionalmente reciben los cuidados de Enfermería, por lo que el objetivo general que marco el rumbo de la misma fue analizar la percepción del adulto mayor hospitalizado sobre el cuidado de enfermería y, los específicos, precisar la relación que surge entre el adulto mayor y la enfermera que le proporciona el cuidado; Identificar las acciones de enfermería en relación con el cuidado físico que el adulto mayor recibe; determinar la opinión del adulto mayor con relación a la parte profesional de la enfermera; contrastar las acciones que el adulto mayor señala entorno al cuidado de enfermería; valorar la opinión que tiene el adulto mayor en cuanto a los valores que observa en la (el) enfermera (o).

En la búsqueda por conocer la percepción de los adultos mayores hospitalizados, se utilizó un instrumento de recolección de datos que contiene en su primera parte los resultados relacionados a los aspectos sociodemográficos.

En su inicio permite deliberar, en relación al género, que son las mujeres quienes más ocupación de camas tuvieron en analogía con los hombres, al menos durante la realización de la investigación; en cuanto a la estancia hospitalaria la mayoría de los entrevistados no rebasaron los 5 días, situación que favoreció la realización del presente estudio, dada la movilidad de pacientes en los servicios motivo del mismo, ya sea por gravedad o por altas voluntarias; por otro lado en cuanto al servicio de Medicina Interna que arrojó la mayoría de los cuestionarios, permite reflexionar sobre las patologías que se atienden, que son entre otras, Hipertensión Arterial Severa (HAS), Diabetes Mellitus (DM), Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), Cardiopatías, etc. Donde los pacientes ahí hospitalizados tienen por lo

general dos de las enfermedades mencionadas y donde por indicación médica, deben estar acompañados de un familiar, dada la situación delicada de salud por la que atraviesan, y además apoyan en los cuidados; haciendo del trabajo de enfermería más delicado y meticuloso, pues tiene que ocuparse del cuidado del paciente y de la capacitación del familiar, para garantizar el cuidado.

La segunda parte el cuestionario está conformada por 6 categorías que son: Dar apoyo emocional, Dar apoyo físico, Empatía, Cualidades del hacer, Pro-actividad y Priorizar al ser cuidado, mismas que se soportan a la luz de la teoría de la Dra. Jean Watson.

La primera categoría se refiere **al apoyo emocional** y en esta, se encuentran inmersas las preguntas: 6.- Las enfermeras se dirigen a usted con respeto; 7.- La presencia del personal de Enfermería le hace sentir tranquilo (a); 8.- El cuidado de enfermería genera un ambiente de confianza y agradable; 25.- Le preguntan y se preocupan por su estado de ánimo; 26.- El cuidado de las enfermeras es cálido y delicado; 21.- Las enfermeras le permiten expresar su sentir sobre su enfermedad y el tratamiento. Este apoyo se entiende a partir del acompañamiento personal que la enfermera brinda a sus pacientes; a la calidez que pone en su atención; escucha atenta entorno a las peticiones del paciente, todo esto con el respeto que se merecen; derivados en un estado de bienestar del paciente.

En este sentido las respuestas al cuestionario dejan ver que los porcentajes más elevados recaen en el “siempre”, y corresponden a las preguntas número 6, 7, 8 y 25, esto permite comprobar el primer objetivo específico de la investigación al identificar que los adultos “siempre” perciben el apoyo emocional en la (el) enfermera (o) que le atiende, lo que para Watson significa “Desarrollo de una relación de ayuda-confianza”

También cabe hacer mención que un grupo de adultos mayores contestó “casi siempre”, corresponde a las preguntas no. 21 y 26, donde el “casi” es sinónimo de

que no percibieron totalmente el apoyo emocional implícita en la relación de ayuda-confianza; situación que debe preocupar al personal de Enfermería, toda vez que mediante la interacción se encuentra inmersa la calidad del cuidado y, no se puede hablar de calidad sin tener en cuenta la parte emocional del adulto mayor (Cuadro 9).

La teoría de Watson proyecta respeto, respecto a los enigmas de la vida, proponiendo la categoría del apoyo emocional, como apoyo a la persona en sí, para que ésta pueda salir adelante a partir de elaborar un plan de cuidado humano y, conseguir con ello el autoconocimiento, autocontrol y disposición para la autocuración independientemente de la condición de salud.

Watson (1988) afirma “La enfermera debe cultivar a lo largo de su práctica profesional un cumulo de valores, mismos que debe acompañar de conocimientos científicos y hacer de esta interacción su guía diaria al planear y proporcionar el cuidado”, al explicar el paradigma de enfermería de su teoría. Solamente la (el) enfermera (o) que tiene en cuenta la parte fenomenológica del paciente, al momento de planear el cuidado, es capaz de entenderlo, de manera especial a los adultos mayores, por ser un grupo con características especiales y necesidades específicas.

Al observar las respuestas de los adultos mayores, se comprueba lo que dice la teoría de Watson, antes mencionada, pues ellos (los adultos mayores) aseveraron que en el cuidado recibido “siempre” percibieron el apoyo emocional (los valores), a la par con la atención recibida.

Salcedo, Zarate & Zarza (2006) publicaron su proyecto de investigación: Calidad interpersonal en la atención de enfermería y calidad de vida en adultos mayores, donde resaltan la importancia que tiene considerar el nivel de calidad de vida de los adultos mayores, sobre la percepción de la calidad de la atención de enfermería. Los autores definieron la calidad de vida como “*la percepción integral y subjetiva*

que cada persona guarda sobre su estado biológico, psicológico, social y económico en el que se encuentra; concluyeron, la atención de enfermería requiere un contacto muy estrecho con la persona enferma y para que los cuidados sean de alta calidad es necesario lograr que éstos satisfagan las necesidades de los adultos mayores". Consecuentemente, calidad del cuidado es imprescindible para evitar iatrogenias y así coadyuvar para la completa satisfacción de los adultos mayores.

Al respecto de lo que este autor menciona sobre percepción, Martínez Freire (2003) menciona, la percepción es un conjunto de procesos y actividades relacionados con la estimulación que alcanza a los sentidos, mediante los cuales se obtiene información respecto al hábitat, las acciones que se efectúan en él, y nuestros estados internos; es la imagen mental que se forma con ayuda de la experiencia y necesidades.

Los adultos mayores en su opinión, mencionaron que el personal de enfermería interactúa con ellos en las actividades, teniendo en cuenta su estado interno, los sentimientos del paciente, de tal suerte que la convivencia que tienen con ellos es de respeto, confianza, agradable.

Beltran (2006), en su estudio donde busca comprender la percepción de los pacientes hospitalizados, encontró que para los pacientes el cuidado de enfermería significaba ánimo, buen trato, amor y atención, que era de su agrado recibir muestras de cariño, no así cuando se acompañaba con mal trato.

Por otro lado, Watson (1985), visualiza las características de la enfermera en su premisa 3, donde dice: El grado de genuinidad y sinceridad de la expresión de la enfermera, se relaciona con la grandeza y eficacia del cuidado. La enfermera en esa búsqueda de ser eficaz en la procuración del cuidado, debe hacer de su práctica diaria una aleación de genuinidad y grandeza.

Los resultados arrojan que los adultos mayores en su gran mayoría percibieron "siempre" a la enfermera con valores (que menciona la premisa no. 3 de Watson)

mismos que inter-relaciona con el conocimiento científico y lo manifiesta de una forma sencilla en el trato cálido y delicado que les brinda, además de permitirles expresar su sentir sobre la enfermedad que los aqueja.

Otra de las categorías es la que se refiere al **Apoyo físico**, entendida a partir de las acciones del cuidado de enfermería relacionadas con el contacto físico, manifestada en acciones físicas como, manejo del dolor, procurar la comodidad física de la persona cuidada; a partir de la asistencia en cuanto a las necesidades humanas y la provisión de un entorno de apoyo, de protección o corrección mental; inmersas en esta categoría se encuentran las preguntas siguientes: 3.- Las enfermeras procuran su comodidad ocupándose de que su unidad este limpia y en orden; 4.- Cuando le hablan, lo miran a los ojos; 18.- Las enfermeras atienden sus necesidades básicas (baño, alimentación, eliminación) oportunamente; 27.- Le ayudan y acompañan cuando usted manifiesta dolor físico.

Los resultados dejan ver que los adultos mayores manifestaron un “siempre” en todas sus respuestas; lo que significa que siempre percibieron el apoyo físico por parte del personal de Enfermería que les atiende, independientemente del género, de la edad de cada uno de los entrevistados y del servicio donde se encontraban, contribuyendo así al cumplimiento del segundo objetivo específico, complementando al anterior que se refiere a la parte emocional, planeado en la investigación.

Cabe resaltar que los servicios motivo del estudio (Medicina interna y Nefrología) se encontraban con el total de camas censables ocupadas y, los pacientes internados tenían múltiples patologías, polifarmacia y estancias prolongadas; consecuentemente el trabajo de Enfermería se multiplica, haciendo necesario que realice adecuaciones a los planes de cuidado, donde la priorización es parte fundamental para el logro de los objetivos.

Watson (1988) menciona que la enfermera reconoce las necesidades biofísicas, psicofísicas, psicosociales e interpersonales de ella misma y del paciente, los pacientes deben satisfacer las necesidades de orden inferior antes de intentar satisfacer las de orden superior; así, la alimentación, la eliminación y la ventilación son ejemplos de necesidades biofísicas de orden inferior; igualmente la actividad/inactividad y la sexualidad se consideran necesidades psicofísicas de orden inferior; la realización de la persona y las relaciones interpersonales son necesidades psicosociales de orden superior.

En este sentido se tiene, que los adultos mayores refirieron estar satisfechos al percibir que las (los) enfermeras (os) atendieron sus necesidades básicas de baño, alimentación y eliminación, e incluso coincidieron al contestar que todo se realiza en un ambiente de respeto, ganándose siempre la confianza de quien al ser atendido, es visto siempre a los ojos.

El apoyo físico visto desde la teoría de Watson (1988) no se limita a brindar cuidados al cuerpo únicamente, su concepto es más amplio, habla de tener un contacto físico con el adulto mayor, donde el dar una palmada significa entender lo que está viviendo; cubrir la necesidad física a partir de acciones, ofrecerle apoyo al momento del baño, manejo del dolor, procurar la comodidad física mediante un ambiente confortable; la asistencia en cuanto a las necesidades de eliminación y la provisión de un entorno de apoyo donde el adulto mayor se sienta tranquilo.

La totalidad de los encuestados, coincidieron con esta parte de la teoría de Watson, antes mencionada, al hablar de un contacto físico con el personal de enfermería, al sentir una mano protectora en los cuidados, sobre todo con los adultos mayores, parcialmente dependientes o totalmente dependientes, en un entorno de apoyo necesario para ellos.

Camargo (2008) escribió: valorar el cuidado desde la perspectiva del usuario es cada vez más necesario, porque así es posible obtener un conjunto de

conocimientos y actitudes asociados en relación con el cuidado recibido, con los cuales se adquiere información que beneficia a la organización proveedora de los servicios de salud, a la enfermera como prestadora directa y a los usuarios mismos a satisfacer sus necesidades y expectativas.

El paciente adulto mayor es una persona considerada parte de un grupo vulnerable, dada su situación de desventaja ante otros grupos, debida a varios factores como pueden ser, el vivir solos, la falta de solvencia económica y por ende depender de algún familiar, falta de amor; aunado a esto el cursar con alguna patología les hace tender hacia el aislamiento, la religiosidad o con frecuencia buscar cariño que no tienen en su casa; la (el) enfermera (o) debe procurar momentos de diálogo, ser cálida, escucharle atentamente, promover en los adultos mayores el crecimiento interno.

Díaz (2001) lo refiere acertadamente, cuando menciona, La teoría Gestalt es parte de la teoría de la Dra. Watson y permite entender la percepción de las personas entorno al cuidado que reciben en las instituciones de salud; implica un retorno a la percepción ingenua, a la experiencia inmediata, donde el todo es la suma de sus partes, la conciencia abarca mucho más que el ámbito de la conducta.

El adulto mayor percibió el apoyo físico, desde su contexto personal, teniendo en cuenta sus costumbres y sumando lo que va recibiendo a lo largo de sus experiencias en las instituciones de salud; su conciencia es su sabiduría y, lleva inmerso en el concepto de percepción su pensamiento, su actuar, su aprendizaje.

La categoría **Empatía** comprende acciones de cuidado de enfermería con carácter didáctico que permiten a la (el) enfermera(o) comprenderse a sí misma (o) y a el otro en la experiencia vivida en el cuidado de enfermería; acciones que implican la interacción mediante: facilitar el diálogo, usar un tono de voz sereno, el escucharle atentamente, ponerse en el lugar del otro, hacerle sentir que es un ser único y

promover el crecimiento de cuidador y cuidado. En este rubro específicamente relacionado con la empatía se encuentran las preguntas, 9.- Las Enfermeras dialogan con usted; 12.- El personal de Enfermería se presenta por su nombre antes de realizar los cuidados; 15.- El personal de Enfermería emplea un tono de voz sereno al explicarle los cuidados; 24.- Las Enfermeras (os) le escuchan atentamente cuando usted habla.

Los resultados reflejados en el cuestionario aplicado a los adultos mayores se inclinaron a la respuesta “siempre”, en lo que corresponde a las preguntas número 12, la pregunta 15 y la pregunta 24. Resultado de las respuestas obtenidas, se puede precisar que el personal de Enfermería dialoga con sus pacientes, en una comunicación tranquila, dedicando el tiempo necesario para una escucha atenta, haciéndole sentir importante en su persona y en sus avances entorno a la enfermedad, lo cual implica para la (el) enfermera (o) el ponerse en lugar del paciente, promoviendo así un crecimiento interior del cuidado y del cuidador.

El diálogo y el escucha atenta son sumamente importantes en la relación enfermera-paciente, de ello depende el “buen cuidar”, y por consecuencia alcanzar los objetivos planeados en función del paciente, los números son un reflejo de lo que acontece en las instituciones de salud; no obstante aún hay pacientes que refirieron “algunas veces”, esto se refleja en las respuestas a la pregunta no. 9, lo cual significa que no en todo el personal de Enfermería se dio la empatía necesaria entre los pacientes y su cuidador (a). Se puede precisar la relación que surge entre el adulto mayor la (el) enfermera (o) que lo cuida cumpliéndose el tercer objetivo específico.

A este respecto, Watson (1985) al referirse al personal de enfermería dice, el cuidado es un proceso recíproco, interactivo e interpersonal que involucra el bienestar tanto del que recibe como del que otorga el cuidado, la (el) enfermera (o) debe buscar una relación empática que le haga sentir a su paciente que está pendiente de su enfermedad, que percibe cuanto sufre y cuanto le alegra su mejoría.

Watson (1988) plantea 10 factores que el personal de enfermería debe entender en su papel de cuidador y, en el tercero menciona, cultivo de una de las prácticas espirituales y transpersonales, que ve más allá del yo, la apertura a otras personas con sensibilidad y compasión.

Entendiendo la palabra *compasión* a partir de sus raíces latinas *compati* sentir lástima o pena por la desgracia o el sufrimiento ajeno y *lástima* de latín lastimar, enternecimiento y compasión excitados por los males de alguien (Diccionario de la real academia española, 2010).

Como se puede observar en los resultados a este respecto, el personal de enfermería logra el cuidado transpersonal rebasando la parte corporal e involucrándose más intrínsecamente con sus pacientes, mediante un trato amable, un escucha atenta y con la sensibilidad que cada caso en particular lo amerite.

Desde la mirada de Watson se puede entender el concepto de la empatía, quien aconseja ver más allá del yo, ponerse en el lugar de los adultos mayores y dejarles sentir que existe ese lazo de unión con la persona que lo cuida, que participa en su cuidado con respeto, teniendo en cuenta que es un semejante y que inmerso en ese cuidado también está el de quien lo cuida.

Heidegger (2005), al hablar de la empatía dice, gracias al conocimiento fenomenológico se tiene acceso al mundo subjetivo de otra persona; donde para llegar a este, se debe preguntar al otro por su experiencia, observar sus gestos, su modo de reaccionar y crear un clima empático entre los dos, donde los dos mundos se conecten y se fundan en uno solo, pero no desde afuera, permitiendo que se revele el marco de referencia interno del otro.

Para alcanzar la empatía entre cuidador y sujeto del cuidado, es necesario incursionar en la parte subjetiva del paciente, esa que solamente existe para sí mismo, construida a partir de experiencias vividas, guardadas inconscientemente y

reflejadas en diversas situaciones, como puede ser en momentos de enfermedad, en momentos de alegría; siendo en ocasiones obstáculo para conseguir interactuar y empatizar el paciente y la enfermera.

La cuarta categoría se refiere a las **Cualidades del hacer** de la (el) Enfermera (o), permite identificar las características de las acciones de enfermería en relación con el cuidado que el adulto mayor recibe, que tienen que ver con el cuarto objetivo específico, en la que se encuentran las preguntas: 2.- Las Enfermeras son amables en el trato; 5.- Toman tiempo para aclararle las dudas; 10.- Le explican anticipadamente sus procedimientos; 14.- Le explican acerca de su autocuidado de manera oportuna; 22.- Las Enfermeras acuden a su llamado; 23.- Identifican sus necesidades de tipo físico, psicológico y espiritual; 28.- Considera que las enfermeras son responsables; 32.- Le administran el tratamiento indicado a tiempo. Esta categoría es entendida por Watson a partir de las cualidades y valores que caracterizan la práctica de la enfermería como son: disponibilidad para el otro, el trato cordial, la identificación de las necesidades de cuidado, la explicación anticipada de los cuidados, la educación oportuna para promover el autocuidado, la abogacía, la responsabilidad y el compromiso.

Los resultados arrojados en el estudio reflejan la bondad de los sujetos motivo de la investigación ya que manifestaron un “siempre” en las preguntas número 2, 5, 10, 14, 22, 28 y 32; traduciéndose en percepción por parte de los adultos mayores, en cuanto a disponibilidad para con ellos, de igual forma hablan de un trato cordial y el acudir a su llamado, hablan también de responsabilidad por parte de la (el) Enfermera (o). No así en lo que se refiere a la pregunta número 23, donde los encuestados contestaron “casi siempre”, lo cual es preocupante porque se refiere a identificar por parte de Enfermería las necesidades de los pacientes en sus diferentes esferas, en este rubro los adultos mayores no percibieron en todo el personal de Enfermería éstas cualidades. Dichos resultados permite identificar las acciones de enfermería

Al hablar de las cualidades del hacer de la (el) enfermera (o), se evoca la formación profesional; en las instituciones de salud se encuentran técnicos y Licenciados (as) en enfermería, cabe señalar que en el hospital donde se realizó la investigación, la gran mayoría cuenta con el segundo mencionado y, por consiguiente se trata de enfermeras profesionales que atienden a los pacientes en sus diferentes esferas, física, psicológica, psíquica y espiritual, por lo que Enfermería actualmente se ocupa de los pacientes de manera holística, sin restarle importancia a la parte administrativa, que no deja de ser importante y la (el) enfermera (o) deberá equilibrar.

Watson (1985), resalta en su teoría lo indispensable que es el conocimiento científico, el conocimiento técnico y, la importancia de no olvidar la parte que complementa el hacer profesional, que son los valores éticos de la profesión, sin los cuales no sería posible la existencia de la misma y el sentido del cuidado. Además del cultivo de valores a lo largo de la práctica profesional; la enfermera debe hacer su guía diaria al proporcionar el cuidado.

La categoría **Pro-actividad** es definida por Watson como todos aquellos comportamientos que denotan atención anticipada, comprende acciones como: proporcionar información oportuna, clara y suficiente a las personas cuidadas y a su familia acerca del estado de salud para que pudieran tomar decisiones sobre su auto-cuidado, responder preguntas con un lenguaje comprensible, explicarle los procedimientos, dedicar el tiempo necesario al paciente y animarlo a que llame si necesita algo. En esta categoría se encuentran las siguientes preguntas: 11.- Responden a sus preguntas con responsabilidad de tal forma que usted les entienda; 13.- Le dedican el tiempo necesario; 19.- Le proporcionan información oportuna y suficiente a usted y a su familia para que pueda tomar decisiones sobre el cuidado de su salud; 20.- El personal de enfermería está pendiente de usted; 30.- La enfermera que lo cuida le pide que la llame en caso de que necesite algo; 33.-

La enfermera que lo atiende involucra a su familia y a usted mismo en los cuidados que requiere.

A este respecto, es bueno reflexionar, por qué las respuestas de los adultos mayores, coincidieron en plasmar “casi siempre”, toda vez que se trata de actividades de comunicación que el profesional de Enfermería realiza cotidianamente y que permiten a los pacientes la toma de decisiones en torno a su tratamiento; tal vez el lenguaje no ha sido el más apropiado o no se cerciora de que le han entendido lo que pretende decir, o lo que es más, presa de sus actividades no se ha percatado del tono de voz, al inter-actuar con sus pacientes.

El profesional de enfermería no debe conformarse a “casi siempre” realizar su trabajo, antes bien debe esforzarse en el día con día, buscar la excelencia en el trato a los pacientes, sobre todo si se trata de adultos mayores, quienes necesitan cariño y comprensión, amén de un lenguaje y tono de voz tranquilo y sencillo, motivando así a los pacientes a que les llamen cuando necesiten algo.

Cabe mencionar que otra situación reflejada esta categoría, Pro-actividad, fue que en relación a las preguntas no. 20, 30 y la 33 contestaron “siempre”, dándole un giro al porcentaje revelado en la investigación, en relación a esta categoría. Al conocer estas respuestas, se debe reconocer el trabajo del personal de Enfermería en el que aflora la capacidad de anticiparse a las necesidades del paciente, garantizando la calidad de la atención y la satisfacción del adulto mayor; reflejadas en un ambiente de confianza y una pronta recuperación.

Watson (1988) refiere que una ocasión de cuidado es el momento en que la enfermera y otra persona viven juntas, de tal modo que la ocasión para el cuidado humano es creada. Ambas personas, con sus campos únicos fenomenales, tienen la posibilidad de venir juntos a una transacción humana-a-humano. Situación que se concibe al mencionar la pro-actividad del personal de Enfermería.

En este sentido, los resultados permitieron conocer que el personal de Enfermería logra crear la ocasión para el cuidado al estar pendiente de los adultos mayores e incluso pedirles que le llamen si fuese necesario, creando así un ambiente de intimidad, que anteriormente sólo encontraba en su familiar y que ahora la (el) Enfermera (o) también viene a cubrir

Pineda & Lillo (2011) escriben en su estudio para conocer la percepción de la calidad de la atención, los pacientes mayores no deben ser vistos como un grupo homogéneo, ellos requieren planes y cuidados de enfermería que traten sus necesidades únicas. Las mujeres en particular necesitan a las enfermeras para comunicarse y sentirse seguras en sus necesidades psicosociales. Las enfermeras necesitan conocer que las prioridades para el cuidado de enfermería en orden aseguran, que estos pacientes se encuentren satisfechos, resultando con una salud mejorada y bienestar.

Los adultos mayores ameritan cuidados específicos, por tal motivo, el personal de enfermería se ha dado a la tarea de adecuar las planeaciones para su trabajo diario, involucrándose desde la valoración hasta la recuperación del paciente, considerándolo como su responsabilidad y haciéndole sentir la empatía que siente por él. No obstante el paciente co-participa en su cuidado al aceptar los planes de cuidado que en función de su salud realiza la enfermera que le atiende.

La última categoría ubicada en el cuestionario: **Priorizar al “ser” cuidado** tiene implícita la valorización de la persona cuidada como un sujeto único e irrepetible, donde existe un respeto por sus creencias, sus valores, su lenguaje, su intimidad, su condición de persona y en este caso como “adulto mayor”. Se enlistan en esta categoría las preguntas: 1.- Le hacen sentir como persona; 16.- Le llaman por su nombre; 17.- Se muestran respetuosas(os) con sus creencias, valores y costumbre; 29.-Respetan sus decisiones; 31.-Respetan su intimidad; 34.-Respetan su condición de adulto mayor.

Al respecto de esta categoría, los adultos mayores encuestados contestaron “siempre”, cuyo significado es que percibieron el respeto a su persona, a su intimidad y a su condición de adulto mayor, situación relevante por tratarse de la parte del “ser” de la persona, la parte espiritual, que les individualiza y les reconoce como seres únicos e irrepetibles; éstos resultados permiten concretar el sexto objetivo específico planeado.

Uno de los grandes retos de enfermería es ser reconocida por la sociedad como una profesión ética, con valores, con bases científicas y, el tener el reconocimiento de los adultos mayores, es gratificante para la (el) enfermera (o), considerado este como una persona con sabiduría, misma que ha acumulado en su andar por la vida y sabe reconocer los dones del cuerpo y de la mente.

Watson (1988) al hablar de la relación enfermera-paciente dice: la relación de cuidado transpersonal se caracteriza por: el compromiso moral de la enfermera de proteger y realzar la dignidad humana así como el más profundo/más alto Yo. El conocimiento del cuidado de la enfermera transmitido para conservar y honrar el espíritu incorporado, por lo tanto, no reducir a la persona al estado moral de un objeto.

La (el) Enfermera (o) al reconocer la dignidad del ser humano respeta su individualidad y decisiones de los pacientes, no trata de imponer órdenes, más bien decide con él las acciones a seguir, priorizando aquellas que sublimen a la persona que atiende.

La Dra. Watson (1988) escribió que el cuidado inicia cuando el personal de enfermería entra en el campo fenomenológico del paciente (experiencia humana), e interactúa con el “ser” del paciente (alma), permitiendo ver al paciente, sus sentimientos.

Considerando este pensamiento de Watson y teniendo en cuenta el campo fenomenológico, se debe entender a los pacientes a partir de sus ideas, costumbres y creencias, ya que solamente así se puede contribuir en su tratamiento y

recuperación; en la interacción del cuidado la (el) enfermera (o) ingresa a la parte más íntima del “ser” cuidado, de tal manera que deberá identificar sus necesidades y planear su cuidado, explicándoselo y haciéndolo responsable de su autocuidado, permitiendo así que el paciente se sienta tomado en cuenta.

Rivera y Triana (2007) Presentan en su trabajo, Cuidado Humanizado de Enfermería, el cual permite ver la aplicabilidad de la teoría de Watson en la práctica, en cuyas conclusiones mencionan: el verdadero cuidado de enfermería tiene como núcleo la perspectiva, la necesidad y la prioridad del paciente o usuario, constituyéndose en la estructura viva (columna y corazón) del ejercicio profesional de enfermería.

Cuando los pacientes dejen de ser el objetivo de enfermería, la profesión ya no tendrá razón de existir, luego entonces no importara la opinión que se tenga acerca de los cuidados; sin embargo esto no sucederá, si a las (os) enfermeras (os) les sigue interesando conocer qué piensan los pacientes y continúan haciendo investigaciones en-torno a la percepción del cuidado, reafirmando sus ser profesional y sus bases filosóficas, basadas en la procuración del bien al “ser” cuidado.

Parra (2008), realizó una investigación para conocer la percepción de los adultos mayores hospitalizados acerca del cuidado de enfermería en Bogotá, Los resultados permitieron conocer que los adultos mayores consideran que la relación con la enfermera es positiva, que se sienten ayudados y apoyados por estos profesionales, además perciben la comunicación terapéutica.

En el proceso asistencial del paciente, la (el) enfermera (o) está presente en la parte operativa, directiva y docente, y la satisfacción del adulto mayor depende en gran medida de sus cuidados; ahora bien la percepción incluye todo el sistema operativo, ambiental y humano de la institución y, cada paciente tiene un significado en la percepción; como se observó en los resultados obtenidos en el estudio.

En lo que respecta a los resultados obtenidos en la Correlación bi-variada de las categorías que conforman el cuestionario, se observa que se tienen diferentes resultados en éstas, no obstante hay similitud entre ellos. El resultado reporta una correlación de Pearson positiva estrecha; lo que significa que se encuentran vinculadas entre sí y, a partir de cada categoría, se apoya el análisis de la percepción del adulto mayor hospitalizado sobre el cuidado de enfermería; siendo esto conveniente para los fines del trabajo de investigación, ya que permite asegurar con mayor exactitud lo fidedigno de los resultados.

En cuanto a la variable **“Apoyo emocional”** el resultado permite observar la relación estrecha que guarda con las otras variables, y la importancia de esta relación tiene al recordar las palabras de Watson en uno de los factores de cuidado de su teoría cuando dice “ser auténticamente paciente y permitir y mantener el sistema de creencias profundas y mundo de vida subjetiva del yo y la de un ser cuidado” (Watson, 1988).

Beltran (2006), en su estudio donde busca comprender la percepción de los pacientes hospitalizados, encontró que para los pacientes el cuidado de enfermería significaba ánimo, buen trato, amor y atención, que era de su agrado recibir muestras de cariño, no así cuando se acompañaba con mal trato.

Walker (1996) parafraseando a Watson dice “enfatisa el acto de ayuda a las personas, para lograr más autoconocimiento, autocontrol y disposición para su autocuración, independientemente de la condición externa física o de salud.

Es muy claro el mensaje de Watson al recomendar al personal de salud que su ayuda no dependa del aspecto físico de los pacientes o del estado de salud por el que este cursando, de tal manera que todas las personas sean tratadas por igual, sin hacer diferencia o tener preferencia, pues es este uno de los derechos más importantes de todos los seres humanos.

En relación a la categoría “**Apoyo físico**” y su correlación con las otras categorías del cuestionario utilizado para el trabajo de investigación, los resultados arrojan una relación positiva, asegurando así, lo asertivo de los mismos para el presente estudio.

Watson (1979) en el supuesto básico número dos de su teoría, menciona “El cuidado comprende factores de cuidado que resultan de satisfacer ciertas necesidades humanas”

El apoyo físico, entendido a partir de la satisfacción de las necesidades como: higiene, alimentación, reposo, por citar algunas, cobra relevante importancia en la percepción del paciente adulto mayor hospitalizado, quien lo tiene presente al pensar en el trabajo de los profesionales de enfermería; los cuales se preocupan y ocupan del mismo, de manera que en cada acción que planean lo hacen pensando en el beneficio el paciente.

Watson (1985) al referirse al cuidado menciona “es la acción encaminada a hacer algo por alguien”. En esta sencilla oración está justificado el trabajo de todos los cuidadores, sin embargo, en ese “algo” se engloban tantas acciones como necesidades tienen los adultos mayores, partiendo que son como todos los seres humanos bio-psico-sociales. Y el profesional de Enfermería debe estar capacitado para proporcionar cuidados holísticos.

En relación a la variable “**Empatía**” la relación que obtuvo con las otras variables, también fue positiva, permitiendo así, el recoger una información confiable para el estudio motivo de la presente investigación.

Esta relación positiva y que se puede observar en los resultados, refiere indudablemente a la teoría de Watson donde menciona “la (el) enfermera (o) debe buscar una relación empática que le haga sentir a su paciente que está pendiente

de su enfermedad, que percibe cuanto sufre y cuanto le alegra su mejoría” (Watson, 1985).

Watson habla de una relación empática que los profesionales de enfermería deben buscar, no menciona que sean los pacientes quienes lo hagan y, a partir de este pensamiento, está pensando en la situación de enfermedad de los pacientes, misma que los tiene en desventaja y los imposibilita para intentar cualquier situación de empatía, correspondiendo al personal de salud hacer lo necesario para que se dé la empatía con sus pacientes.

Los adultos mayores que se encuentran hospitalizados, están ávidos de personas que les comprendan, acompañen e incluso les aconsejen y, quien más aparte de su familiar, sino el personal de enfermería quien se encarga de los cuidados más íntimos e incluso se vuelve confidente de los pacientes. Es la (el) enfermera (o), esa persona que debe ponerse en los zapatos de los pacientes a tal grado de comprender lo que siente, sufrir con el enfermo y ocuparse por alcanzar juntos la sanación.

Otra de las variables es “**Cualidades del hacer**” la cual tiene que ver con todas las acciones que los profesionales de enfermería realizan y se caracterizan por la disponibilidad para el otro, identificación de necesidades, explicación anticipada de los cuidados. En los resultados obtenidos en la correlación de las variables, las “cualidades del hacer” de enfermería mostraron una relación positiva con todas las demás, de manera muy importante con la variable apoyo emocional, lo cual habla de la íntima relación entre las preguntas que formaron el cuestionario usado para la investigación.

Watson (1988) menciona factores que debe tener presente la (el) enfermera (o) en su papel de cuidador, el sexto a la letra dice “Uso creativo de uno mismo y todas las formas de conocimiento como parte del proceso de cuidar, participando en el arte de la curación prácticas de atención”

En este sentido, los cuidadores profesionales deben de ser creativos, usar todo aquello que resulte benéfico para los pacientes, destacar sus habilidades cognitivas en función de las necesidades del paciente, promoviendo el potencial de autocuidado, la responsabilidad y el compromiso de los mismos.

Watson (1985) visualiza las características de la enfermera en su premisa 3, donde dice. El grado de genuinidad y sinceridad de la expresión de la enfermera, se relaciona con la grandeza y eficacia del cuidado. La enfermera en esa búsqueda de ser eficaz en la procuración del cuidado, debe hacer de su práctica diaria una aleación de genuinidad y grandeza.

Al escribir la premisa 3 de su teoría, la autora habla de la parte profesional del personal de enfermería; enfermeras (os) con conocimientos científicos, mismos que actualiza permanentemente, además de cultivar en su trabajo diario, un cumulo de valores; haciendo de esta interacción su guía diaria al proporcionar el cuidado.

En lo referente a la categoría **Pro-actividad** y su relación con las demás categorías, el resultado habla de una relación positiva, de forma muy especial con la variable apoyo emocional, situación que apoya la efectividad los resultados arrojados, por la relación entre una pregunta y otra, mismas que tienen que ver con aspectos de abogacía y disponibilidad de enfermería hacia el otro.

Esta categoría habla de las actividades donde enfermería tiene una participación importante relacionada con información oportuna, clara y suficiente de tal manera que el paciente y su familia puedan tomar decisiones sobre su cuidado.

En este sentido, el supuesto básico número 7 de la teoría de Watson dice “Un entorno de cuidado ofrece el desarrollo del potencial, a la vez que permite elegir para la persona la mejor acción en un momento determinado” (Watson, 1979).

Los profesionales de enfermería deben desarrollar planes de cuidado (PLACE'S) para los adultos mayores adecuados a sus necesidades, en un entorno que favorezca el autocuidado y la autodeterminación por las acciones a seguir, haciendo de los pacientes co-participes del cuidado.

La correlación de la categoría “**Priorizar al Ser cuidado**” con las demás categorías contenidas en el instrumento de recolección de datos, da como resultado una relación positiva, observándose que dicha correlación se da de manera muy especial con la categoría “apoyo emocional”, situación que apoya lo inequívoco de los datos obtenidos mediante las respuestas al cuestionario.

La teoría de Watson al referirse a la parte del “ser” de la persona cuidada, menciona: “Ayudar con las necesidades básicas, con una conciencia intencional cuidar, administrar “la atención humana”, Que potencia la alineación de mindbodyspirit, la integridad y la unidad del ser en todos los aspectos de la atención; atendiendo al espíritu encarnado y la evolución de la emergencia espiritual” (Watson, 1988).

Dicho pensamiento de Watson alude a lo indivisible de la persona; no es posible pensar en atender la parte física, sin tener en cuenta lo espiritual, lo emocional. Así pues, se refiere a una atención integral que involucre todos los aspectos, sin pretender que uno sea más importante que otro o viceversa.

Por lo anterior, la correlación positiva que tienen entre sí las categorías contenidas en el cuestionario, se pone de manifiesto en los resultados arrojados en dicha correlación; mismos que dejan ver una relación íntima entre cada una de las preguntas que fueron pronunciadas. Apoyándose en la teoría de Watson, las citadas preguntas fueron dando respuesta a los objetivos planeados, toda vez que la secuencia de las interrogantes en cada una de las categorías favoreció el anclaje de la información obtenida, lo cual garantiza la veracidad de la información obtenida.

4.3 Conclusiones

La teoría de Jean Watson, en sus diferentes publicaciones, utilizada como base teórica para la presente investigación, se adecuó perfectamente por su contenido filosófico, donde la fenomenología, los principios y conceptos de la misma se utilizaron para analizar la percepción del adulto mayor sobre el cuidado de Enfermería.

El instrumento que sirvió para recopilar información con los adultos mayores, fue diseñado por la responsable de la presente investigación; el cual surgió a partir del instrumento realizado por Álvarez y Triana (2007), y puede ser de utilidad en otros escenarios donde se pretenda conocer la percepción de los adultos mayores sobre el cuidado de enfermería; dicho instrumento al aplicarle el análisis de fiabilidad y su confirmación reflejo congruencia interna.

Mediante investigaciones como la presente se busca la profesionalización de Enfermería, donde existan enfermeras (os) comprometidas (os) con su trabajo y tengan como único fin la necesidad, la visión y la prioridad de adulto mayor, que le permitan ofrecer un servicio profesional de calidad.

La pregunta de investigación planteada al inicio del estudio: “Cuál es la percepción del adulto mayor hospitalizado sobre el cuidado de enfermería” se concluye a partir de los siguientes elementos: adulto mayor, profesionales e Institución de salud.

➤ Adulto mayor:

Los adultos mayores encuestados conforman el grupo de edad denominado vulnerable, dada su situación de salud demandan cuidados especiales; también buscan apoyo, cordialidad, comprensión, en un ambiente de respeto, donde sean escuchados y tomados en cuenta para su tratamiento.

Las opiniones vertidas a lo largo de la investigación fueron en su mayoría positivas hacia el trabajo que desempeña el profesional de Enfermería; pero no todo fue buenas opiniones, hubo respuestas que se concentraron en el rubro “casi siempre” en la escala de Likert, manifestando con esto cierto descontento con las (os) enfermeras que les proporcionaban el cuidado.

En general los adultos mayores, desconocen como participar en su auto-cuidado, por lo que se convierten en receptores del cuidado de manera pasiva, situación que en la mayoría de las veces les ocasiona inconformidad y ansiedad; que no sucedería si fuera co-participe del cuidado.

➤ Personal:

El personal de Enfermería que atiende a los adultos mayores en el Hospital General “Vasco de Quiroga” ISSSTE, rebasa en su mayoría los 45 años de edad, con un tiempo de antigüedad en el trabajo de más de 20 años.

El personal de Enfermería, forma parte del personal profesional del hospital, con características específicas, entre las que se pueden mencionar: creatividad, genuidad, eficacia, disponibilidad, iniciativa, todas ellas como parte del proceso de cuidar que proporciona a los adultos mayores

En general el personal de Enfermería, atiende a los pacientes con planes de cuidados estandarizados (PLAC’ES), tal vez sea momento de trabajar en la realización de planes de cuidado específicos para los adultos mayores.

➤ Institucionales:

El Hospital General “Vasco de Quiroga” ofrece a los derechohabientes varias especialidades, y a partir del año 2002 se incluyó la atención Gerontológica, sin ocuparse de la capacitación de su personal de Enfermería; al menos no hay registro de ello.

La Institución, en su área física se mantiene igual que cuando fue inaugurada, sin embargo en los servicios la cantidad de pacientes han aumentado, situación lógica si se compara con el crecimiento de la población, razón por la cual se habla de incremento de trabajo para el personal de Enfermería, no así el número de Enfermeras (os).

4.4 Sugerencias

Para incursionar en la parte fenomenológica de los adultos mayores, se precisa la realización en lo futuro de la presente investigación con corte cualitativo, la cual permitirá irrumpir en escenarios diferentes que enriquecerán el trabajo investigativo.

Realizar Planes de cuidado de Enfermería (PLACE'S), tomando en cuenta las opiniones del adulto mayor y la teoría humanista propuesta por Watson, además hacer co-participe al adulto mayor de su cuidado.

Recordar que la profesión de enfermería tiene orígenes humanistas y, la sociedad reclama el trato humano que ha venido perdiéndose en pro de la profesionalización de la (el) enfermera (o), razón por la cual se recomienda la capacitación del personal en cuanto a temas de corte humanista partiendo de la escala de necesidades de Maslow, favoreciendo así el cuidado cercano e interpersonal de los adultos mayores.

Que el personal de enfermería valiéndose de su liderazgo en las instituciones de salud, sea punta se lanza en las acciones de cuidado, además que promueva el cuidado intrafamiliar del adulto mayor, mediante la capacitación de los cuidadores primarios (familiares), basada en el respeto y en la aceptación de las decisiones del usuario.

Que la presente investigación sirva de incentivo para el personal de enfermería, esperando que busque superar los resultados de la misma, teniendo en cuenta el incremento inminente de los adultos mayores y la necesidad de aprender a tratarlos y aceptarlos como seres humanos con necesidades especiales.

5. Referencias Bibliográficas:

- 1- Agar, L. (2001) *Transición demográfica y envejecimiento en América Latina y el Caribe: hechos y reflexiones Socio bioéticas. Acta bioeth*, vol.7, n.1 Recuperado de: <<http://www.scielo.cl/scielo>.

- 2- Álvarez, L.N, Triana, A. (2007) *Cuidado Humanizado de Enfermería: Visibilizando la teoría y la investigación en la práctica, en la clínica del Country*. Rev. Av. Enfermería, volumen 25(1):54–66. Recuperado de <http://www.docentes.unal.edu.co/lriveraa/docs>.
- 3- Aparicio, R. (2002). *Transición demográfica y vulnerabilidad durante la vejez*. La situación demográfica de México. Recuperado de <http://www.portal.conapo.gob.mx/publicaciones/sdm/sdm2002/12>.
- 4- Beltrán, O. (2006). *Factores que influyen en la intervención humana del cuidado de Enfermería*. Investigación y Educación en Enfermería. XXIV (2) 144-150. Recuperado de <http://redalyc.org/articulo>.
- 5- Borges, Y.A., Gómez, D.H. (1998). *Uso de los servicios de salud por la población de 60 años y más en México*. Salud Pública México; Vol. 40(1):13-23
- 6- Bustamante, E.S. (2002) *Concepto, sujeto, objeto y método de enfermería*. Revista Peruana Enfermería. investigación. Desarrollo. Enero–diciembre 4(1-2): 2-87-8.
- 7- Camargo, I., (2008) *Percepción de los comportamientos del cuidado de Enfermería del anciano mayor de 60 años y de los profesionales de Enfermería*. 1er nivel de atención. Revista actualización en Enfermería. 11(4) -8-15 República de Panamá. Recuperado de [revistas unal.edu.co/Index](http://www.unal.edu.co/Index).
- 8- Camargo, I., Caro, C. (2009) *Comportamiento del cuidado del anciano y de los profesionales de enfermería*. Evidencias para la cualificación profesional, Provincia del Codé; Panamá. Avances en Enfermería. Vol. XXVII No. 1. Enero-junio (1): 48-59. Recuperado de http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxvii1_6.
- 9- Ceballos, VP. (2010). *Desde los ámbitos de Enfermería, Analizando el cuidado humanizado*. Cienc. enferm. XVI (1):31-35. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532010000100004>

- 10-CELADE. (2008). *División de población. Fondo de Población de las Naciones Unidas*. Santiago de Chile. Recuperado de www.eclac.cl/celade/proyecciones/basedatos_bd.htm
- 11-COESPO. (2010) Consejo Estatal de Población en Michoacán. *Proyecciones de la población*. Recuperado de www.coespo.gob.mx.
- 12-CONAPO. (2002) La situación demográfica de México. México. Recuperado de www.gob.mx/situaciones_demograficas_de_Mexico.
- 13-CONAPO. (2008) “*Tendencias y características del envejecimiento demográfico en México en: La situación demográfica de México*”. Recuperado de: <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/inicios/001.htm>.
- 14-Cornachione, L.M.A. (2008). *Vejez, Psicología del desarrollo*. Editorial Brujas.
- 15-DGIS (2006) Programa de acción específico 2007-2012. Promoción de la salud: una nueva cultura. Secretaría de Salud. Recuperado de: www.dgis.salud-gob.mx/acercade/index.html.
- 16-Díaz, K. (2001) *Teorías y Sistemas contemporáneos en Psicología*. Facultad de Psicología. Ed. Ácana. La Habana.
- 17-Diccionario de la lengua Española. (2001). 22ª. Edición. Editorial ESPASA. España.
- 18-Dolan, M. (1990). *Notas sobre Enfermería: Qué es y qué no es el cuidado*. Salvat editores. Barcelona, España.
- 19-Duque, Ch. A. (1997). *Gerontología General*, Bogotá, Colombia. Editorial
- 20-García, J. C. (2005). *La Vejez “el grito de los olvidados”*. México, D.F. Plaza y Valdez Editores.
- 21-García P.C. y González G.C. (2010) *La enfermedad crónica y los costos de la salud al envejecer*. México, D.F. En Academia Nacional de Medicina

- de México, Academia Mexicana de Cirugía, Instituto de Geriátría, UNAM (eds), *Envejecimiento y salud: una propuesta para un plan de acción* (pp.208-210).
- 22-García, A.J. Carranza, R.N. Vázquez, C.M. Rodríguez, W.M. (2003). *Transición Epidemiológica*. Revista Pediátrica. México; 24(1):46-56. Recuperado de <http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos>.
- 23-Gamble, S. A. (2002). *Manual de prevención y autocuidado para las personas adultas mayores*. México, D.F. Gobierno del Distrito Federal.
- 24-Gómez, D. O., Sesma S, Becerril V.M. Knaul F.M, Arreola H. Frenk J. (2011). *Salud Pública de México*. 53 suplemento 2:S220-S232. Recuperado de: [www. sinais.salud.gob.mx/infraestructura/directorio.html](http://www.sinais.salud.gob.mx/infraestructura/directorio.html).
- 25-Gómez, H., Vázquez, L., Fernández, S., B. (2004) *La salud del adulto mayor*. La Salud de los adultos mayores en el IMSS. Temas y debates. México, Arenas editores.
- 26-González, B. JT. (2009), *Percepción del cuidado humanizado en pacientes que ingresan al servicio de urgencias Ginecoobstetricia de una Institución de II y III nivel de atención*. Tesis de grado. Pontificia Universidad Javeriana Recuperado de www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/2009/
- 27-Ham Chande, Roberto, & Gutiérrez Robledo, Luis Miguel. (2007). Salud y envejecimiento en el siglo XX. *Salud Pública de México*, 49(Supl. 4), s433-s435. Recuperado en 13 de febrero de 2014, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007001000001&lng=es&tlng=es.
- 28-Heidegger, M. (2005). *El ser y el tiempo*. España. Editorial Fondo de cultura Española. ISBN 9789681604936.
- 29-Hernández, L., Zequeira, D., Miranda, A. (2010). *La percepción del cuidado en profesionales de Enfermería*. Revista Cubana de Enfermería. Recuperado de: 2010:26(1)30-41 <http://scielo>.
- 30-INDICAS (2002). *Tres Indicadores de aplicación hospitalaria* .Evaluación de la Calidad de los Servicios de Enfermería. *Secretaría de Salud. Subsecretaría de Innovación y calidad*. Dirección General de Calidad. Comisión Interinstitucional y Educación en Salud de Enfermería. Recuperado de: www.calidad.salud.gob.mx/doctos/calidad/pa_sicalidad.

- 31-Instituto Nacional de Salud Pública. (2006) *Cuentas en diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares y obesidad*.
- 32-Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2010). *Censo de Población y vivienda 2010*. INEGI. Recuperado de: [Recuperado de: http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol](http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol).
- 33-Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2012). *“Estadísticas a propósito del día mundial de la población”*. INEGI. Recuperado de: <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/default.asp>.
- 34-Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE): *Antecedentes históricos* (2011). Recuperado de: www.issste.gob.mx/issste/html.
- 35-Jiménez, S.C., Casado, M^a I., Fernández, A. M^a. (2006). *Opinión de los usuarios sobre la profesión y el trabajo de los profesionales enfermeros*. Biblioteca Las casas, 2(4) Recuperado de <http://www.indexf.com/las-casas/documentos/lc=188.php>.
- 36-Jiménez y Villegas, M.C. y Cols. (2003). *Satisfacción del usuario como indicador de calidad*. Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*; 11 (2): 58-65
- 37-Loewy, M., (2004). *Perspectivas de salud de la Organización Panamericana de la salud*. *Revista de la OPS*. Volumen 9, número (1), 34-42
- 38-Martínez Freire, P.F. (2003) *Concepciones Cognitivas del Ser Humano, Contrastes: Revista Internacional de Filosofía*, (8), 109-122
- 39-Molina, M. (2004) *Envejecimiento de la Población*. CONAPO. Comunicado de prensa 43/04. México. Recuperado de <http://www.dgepi.salud.gob.mx> el día 11 de julio de 2009
- 40-Merriner, A., Raile, M. (2003) *Modelos y Teorías en Enfermería*: España. Ediciones Elceviere Science.

- 41-Moya, M. (1994) *Percepción de personas en J.F Morales. Psicología social*. Madrid: Editorial McGraw-Hill.
- 42-Neisser, U. (1976). *Cognition and reality*. Nueva York: Ediciones Freeman.
- 43-Novelo, H. (2003) *Situación Epidemiológica y Demográfica del adulto mayor*. Revista de la Facultad de Salud Pública y Nutrición, U.A.N.L. Monterrey, Nuevo León. Edición especial no. 5-2003.
- 44-Organización de las Naciones Unidas (2007) *Previsiones demográficas mundiales, revisión 2006*. Departamento de asuntos económicos y sociales. División población. New york.
- 45-Organización Mundial de la Salud (2002). *Informe sobre la salud en el mundo* Recuperado de: www.who.int/mediacentre/releases/pr84/es/
- 46-Organización Mundial de la Salud (2006).”¿Qué repercusiones tiene el envejecimiento mundial en la salud pública?”. Recuperado de: <http://www.who.int/features/qa/42/es/index.html>.
- 47-Partida, B. V. García, J.E. (2000). *El cambio epidemiológico reciente*. CONAPO 2000. Recuperado de www.portal.conapo.gob.mx/publicaciones/sdm/sdm2002/02 México.
- 48-Parra O. P. (2008). *Percepción de los Adultos Mayores hospitalizados acerca del cuidado de Enfermería*. (Tesis de Licenciatura, Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Enfermería, Bogotá). Recuperado de www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/2008/.../Tesis14.pdf
- 49-PERLS, Fritz, HEFFERLINE, Ralph y GOODMAN, Paul (1951) : *Terapia Gestalt: excitación y crecimiento de la personalidad humana*. Madrid. Sociedad de Cultura Valle-Inclán, Colección “Los Libros del CTP” 2002.
- 50-Pineda, Z. M.; Lillo, M. (2011) *Calidad de la atención de Enfermería al adulto mayor en el servicio de Medicina Interna*. (Tesis de Doctorado, Universidad de Alicante, España, Escuela Universitaria de Enfermería. Recuperado de: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0574.php>.

- 51-Ramos, J. Salinas, R. Colín, G. (2012). *Representaciones sobre la jubilación y la vejez en personas mayores jubiladas y pensionadas de la Ciudad de Morelia, México*. Revista de Educación y Desarrollo. Número 23/octubre-diciembre 2012. ISSN: 1665-3572. Recuperado de www.cucs.udg.mx/revistas/edu.
- 52-Reyes, S. Beaman, P. Starffod, B. (2004). *Servicios de salud para los adultos mayores en Inglaterra. La salud del adulto mayor*. Temas y debates del IMSS, México. Onofre Muñoz editores.
- 53-Rivera, N. y Triana A. (2007) *Percepción de comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería en la Clínica del Country*. Rev. Av. Enferm., XXV (1):56–58.
- 54-Rogers, C. (1997). *Psicoterapia Centrada en el cliente*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.
- 55-Rogers, C. (2000) *El proceso de convertirse en persona: mi técnica terapéutica*. Barcelona: Ediciones Paidós.
- 56-Rodríguez, L. (2003) *Atención domiciliaria para personas ancianas: No todo se vale*. Revista Española de Salud Pública, septiembre-octubre, año/vol.77 número 005 Ministerio de salud, Madrid, España. 523-526.
- 57- Romo, G.C. (2008) *Envejecimiento Demográfico y Vejez del Sistema de Salud en México*. III Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, Córdoba –Argentina, del 24 al 26 de Septiembre de 2008, Recuperado de http://www.alapop.org/2009/images/docsfinais_pdf/alap_2008_final_140.
- 58-SSA. CENA VECE. *Anuarios de Morbilidad 1984-2010*; INEGI. *Censo de Población y Vivienda 2010*. Cubos dinámicos. Recuperado de <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol>.
- 59-Salcedo Álvarez, R.A., Zárate Grajales R.A., Zarza Arizmendi M.D., Reyes Audiffred V., Rubio Domínguez S., Fajardo Ortiz G. (2007). *La percepción de los adultos mayores de la calidad de la atención de enfermería*. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica. 15 (1), 19-23.
- 60-San Miguel, M. A. (2005). *Percepción de calidad de atención y desarraigo del adulto mayor hospitalizado en el complejo hospitalario San José*.

Jornada Internacional de Enfermería Geronto-Geriatrica de la V región.
Revista Biomédica revisada Medwave, 8, septiembre 2007.

- 61-San Martín, J. (1987) La fenomenología de Husserl como utopía de la razón. México, D.F. Editorial Anthropos.
- 62-Serrano, R., Loriente, N. (2008) *La anatomía de la satisfacción del paciente*. Salud Pública México (online), 50 (2) 162-172.
- 63-Sueuda, C. M., De Oliveira, L.M., Da Silva, J. (2007) *Evaluación de la aplicabilidad de la teoría de Watson en un estudio empírico*. Revista científica del Colegio Oficial de A.T.S de Valencia, ISSN 0214-0128. 78, 15-18. Recuperado de dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2592462
- 64-Trevizan, M., Méndez, I., Lourerio, M., Melo, M. (2003) *Al encuentro de la competencia del cuidado según Boff: una nueva perspectiva de conducta ética de la enfermera gerente* Rev Latino-am Enfermagem setembro-outubro; 11(5):652-7 Recuperado de :www.eerp.usp.br/rlaenf
- 65-Tello, C. P. (2011) *Jean Watson, Filosofía y Ciencia del Cuidado*, Lecturas: 13.891. Recuperado de <http://es.scribd.com/doc/53131366/Jean-Watson>
- 66-Watson J. (1979) *Nursing: The philosophy and science of caring*. Boston: Editions Little Brown
- 67-Watson, J. (1985) *Human science and human care, a theory of nursing*. Norwalk, CT: Editions Appleton-Century-Crofts.
- 68-Waldow, R. (1998). *Cuidado Humano: el rescate necesario*. Revista Gaúcha de Enfermagem 13, (2), 29-35. Sagra-Luzzatto. Porto Alegre, Brasil. Recuperado de www.scielo.cl/pdf/cienf/v11n2/art06.pdf
- 69-Walker CA. Coalescing the theories of two nurse visionaries: Parse and Watson. Journal of Advanced Nursing, 1996; 24: 988-996.

CUADROS Y GRAFICOS.

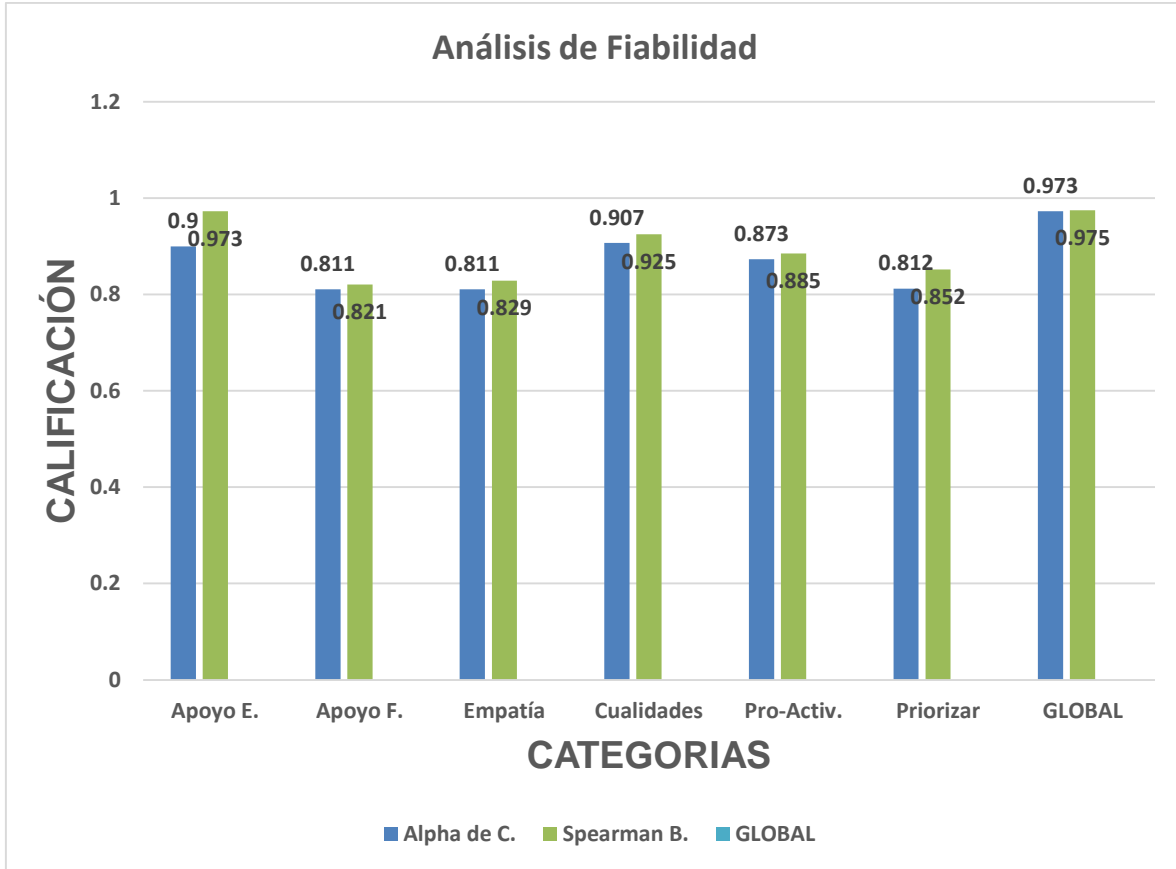
Cuadro No. 1
Resultados del análisis de Fiabilidad del instrumento de recolección de datos

C A T E G O R I A S	REACTIVOS	Alpha de Cronbach	Método Spearman Brown
Apoyo Emocional	6,7,8,21,25,26	.900	.937
Apoyo Físico	3,4,18,27	.811	.821
Empatía	9,12,15,24	.811	.829
Cualidades del hacer	2,5,10,14,22,23,28,32	.907	.925
Pro-actividad	11,13,19,20,30,33	.873	.885
Priorizar al Ser cuidado	1,16,17,29,31,34	.812	.852
G L O B A L	34	.973	.975

FUENTE: Encuesta aplicada en el Hospital General “Vasco de Quiroga” ISSSTE.

Gráfico No. 1

Resultados del análisis de Fiabilidad del instrumento de recolección de datos



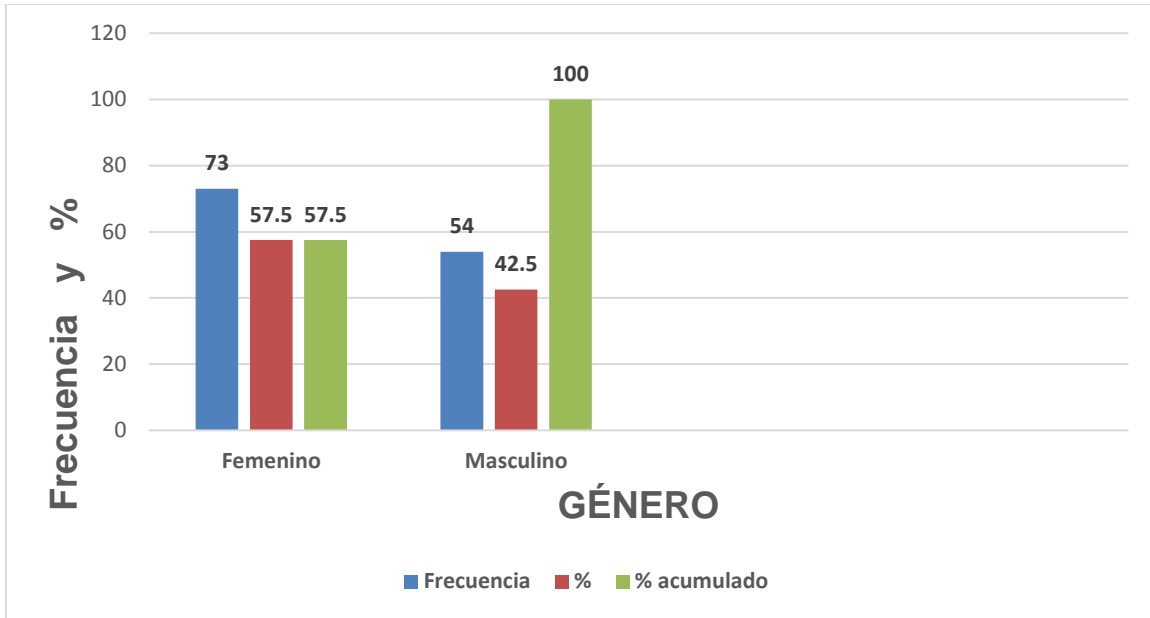
FUENTE: Cuadro no. 1

**Cuadro no. 2
Variables Sociodemográficas.**

FUENTE: Encuesta aplicada en el Hospital General "Vasco de Quiroga" ISSSTE.

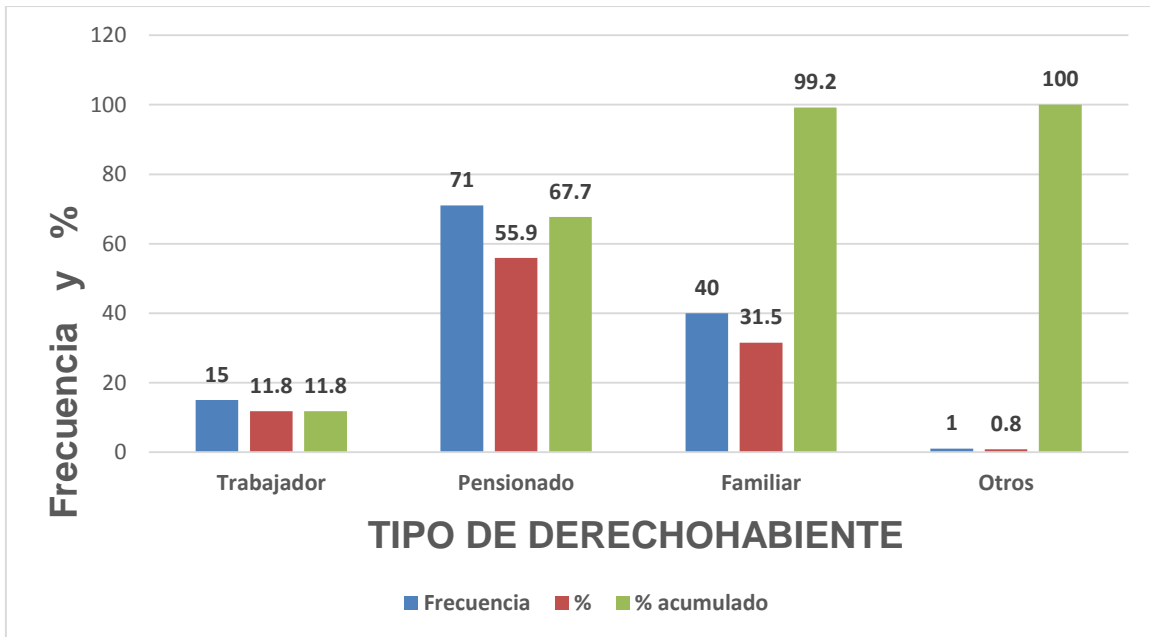
Datos Socio-demográficos	Frecuencia	Porcentaje (%)	Porcentaje Acumulado
1.- GÉNERO			
Femenino	73	57.5	57.5
Masculino	54	42.5	100.0
2.- TIPO DE DERECHOHABIENTE			
Trabajador (a)	15	11.8	11.8
Pensionado (o)	71	55.9	67.7
Familiar de pensionado	40	31.5	99.2
Otros	1	.8	100.0
3.- GRUPOS DE EDAD			
65 a 69	38	29.9	29.9
70 a 75	31	24.4	54.3
76 a 80	58	45.7	100.0
4.- DIAS DE ESTANCIA			
1 a 5	99	78.0	78.0
6 a 10	22	17.3	95.3
11 a 15	6	4.7	100.0
5.- SERVICIO:			
Medicina Interna	79	62.2	62.2
Cirugía	48	37.8	100.0

Gráfico no. 2
Variable sociodemográfica: Género



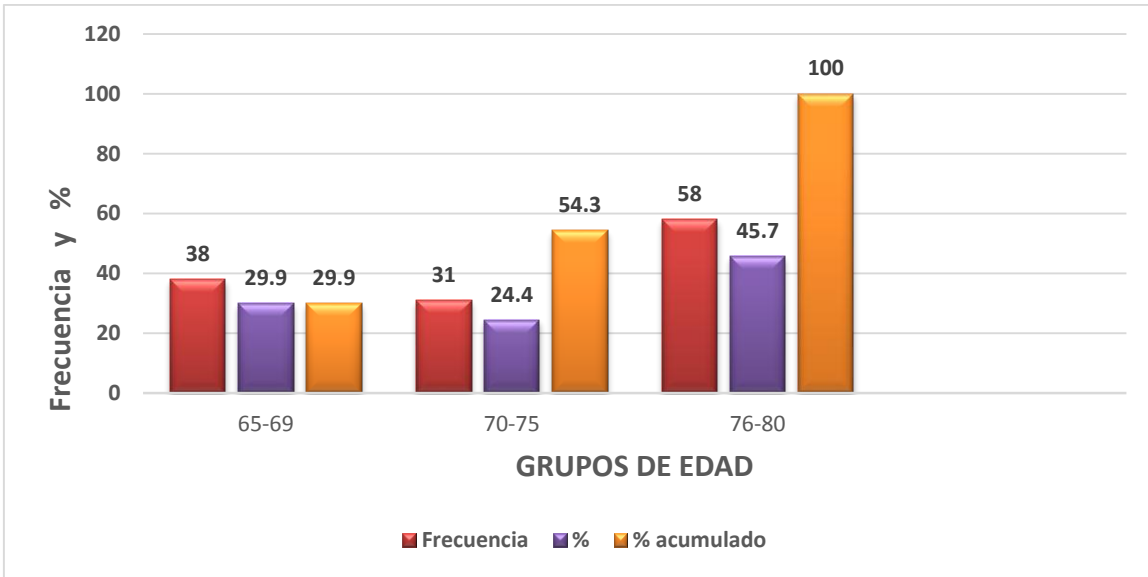
FUENTE: Cuadro no. 2

Gráfico no. 2-A
Variable sociodemográfica: tipo de derechohabiente



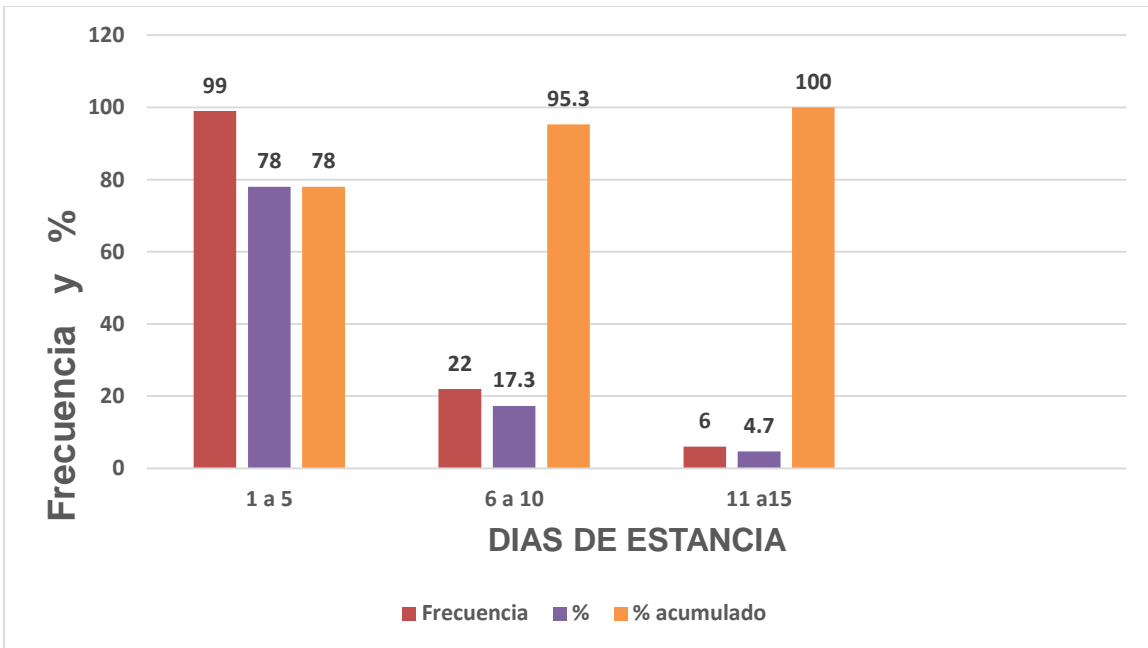
FUENTE: Cuadro no. 2

Gráfico no. 2-B
Variable sociodemográfica: Grupos de edad.



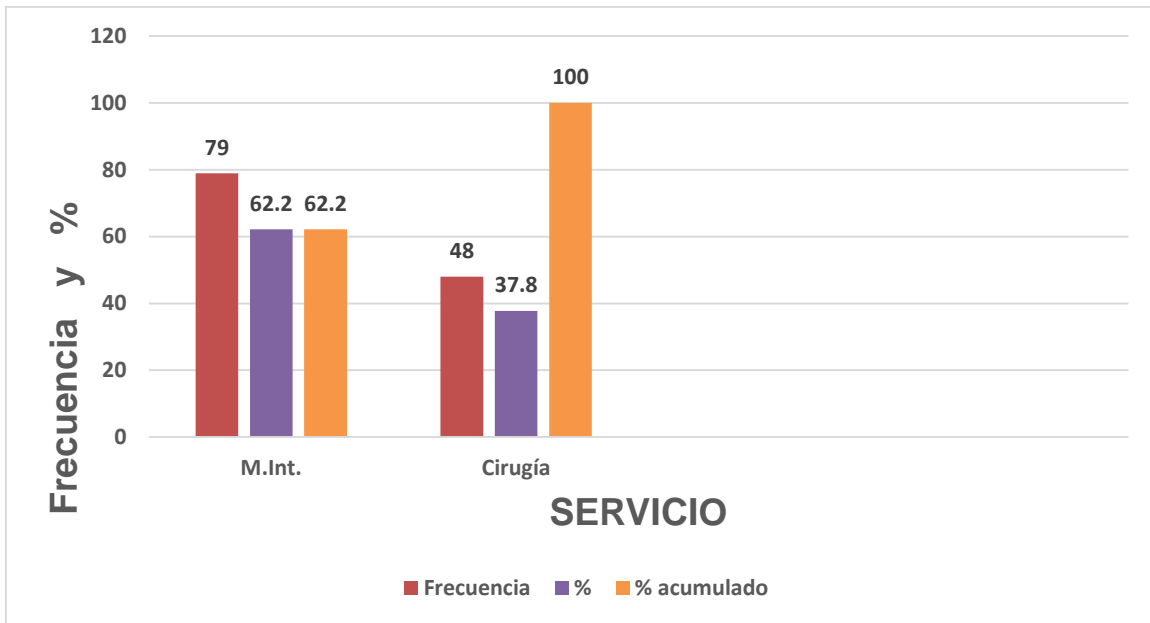
FUENTE: Cuadro no. 2

Gráfico no. 2-C
Variable sociodemográfica: Días de estancia



FUENTE: Cuadro no. 2

Gráfico no. 2-D
Variable sociodemográfica: Servicio



FUENTE: Cuadro no. 2

Cuadro No. 3
Percepción del Adulto Mayor por género sobre el cuidado de enfermería

CATEGORIAS	HOMBRES N=54 $\bar{X} \pm E.E$	MUJERES N=73 $\bar{X} \pm E.E$	Intervalo o Razón <i>T</i>	Sig
Apoyo Emocional	18.75 ± 0.6	19.02 ± 0.4	.346	.730
Apoyo Físico	11.79 ± 0.4	12.13 ± 0.3	.613	.641
Empatía	12.00 ± 0.3	11.98 ± 0.3	.027	.979
Cualidades del hacer	24.40 ± 0.7	24.67 ± 0.6	.262	.794
Pro-actividad	18.35 ± 0.5	18.41 ± 0.4	.077	.938
Priorizar al ser cuidado	19.98 ± 0.4	20.28 ± 0.3	.503	.616

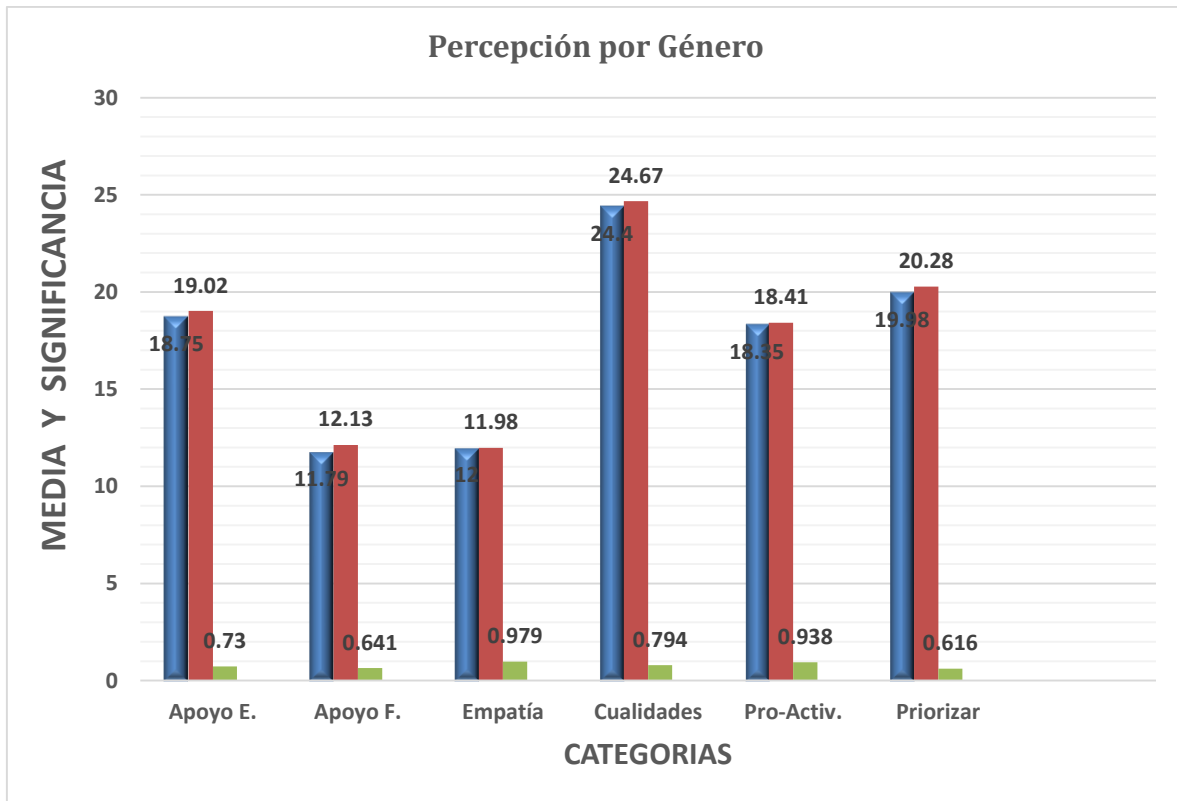
Cifra estadísticamente significativa (P<0.05)

Fuente: Cuestionario aplicado en el hospital General "Vasco de Quiroga" ISSSTE.

En el presente cuadro desde la perspectiva **género**, contrastando con las seis categorías que abarca el cuestionario, se observa la media, intervalo y la significancia.

Se puede observar que no hay diferencias estadísticamente significativas entre grupos, marcando que los pacientes perciben el cuidado de enfermería independientemente del género.

Gráfico No. 3
Percepción del Adulto Mayor por género sobre el cuidado de enfermería



FUENTE: Cuadro no. 3

Cuadro No. 4

Percepción del Adulto Mayor por Grupos de Edad sobre el cuidado de enfermería

CATEGORIAS	65 a 69 años N=38 $\bar{X} \pm E.E$	70 a 74 años N=31 $\bar{X} \pm E.E$	75 a 80 años N=58 $\bar{X} \pm E.E$	Intervalo o Razón F	Sig.
Apoyo Emocional	19.18 ± 0.6	18.83 ± 0.7	18.77 ± 0.6	.108	.898
Apoyo Físico	12.71 ± 0.4	11.96 ± 0.7	11.53 ± 0.4	1.685	.190
Empatía	12.18 ± 0.4	12.03 ± 0.4	11.84 ± 0.3	.163	.850
Cualidades del hacer	25.39 ± 0.9	24.19 ± 1.0	24.20 ± 0.7	.603	.549
Pro-actividad	18.76 ± 0.6	18.54 ± 0.6	18.05 ± 0.6	.350	.706
Priorizar al ser cuidado	20.21 ± .05	20.35 ± 0.5	20.01 ± 0.4	.106	.900

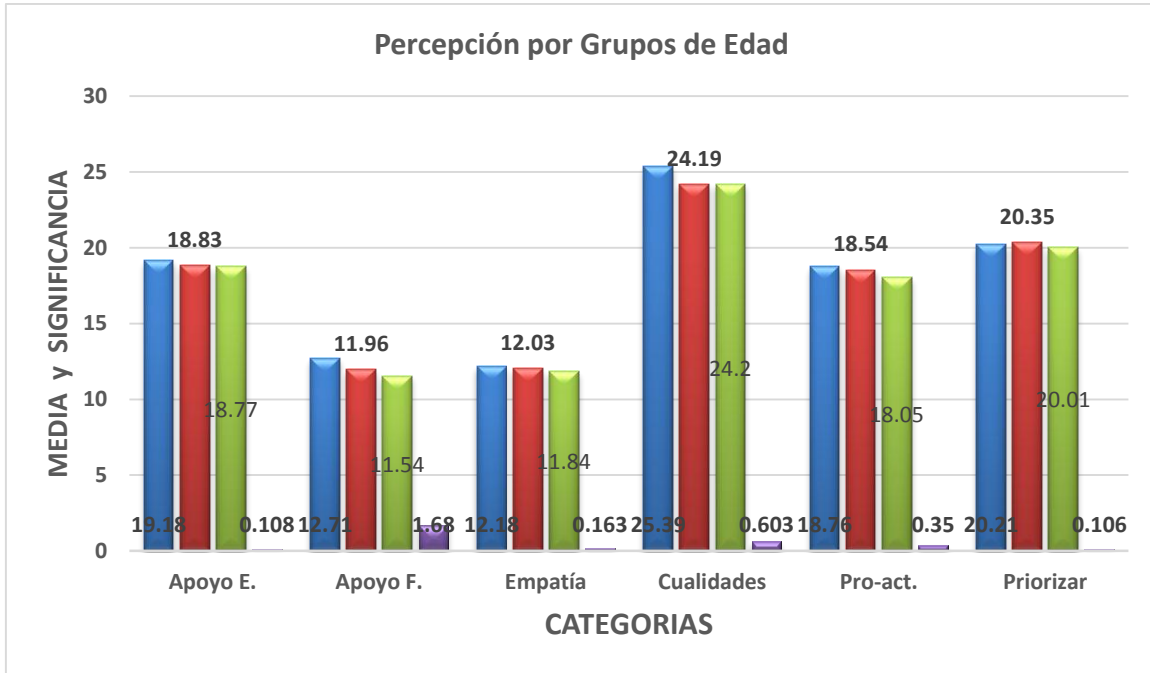
Cifra estadísticamente significativa (P<0.05)

Fuente: Cuestionario aplicado en el hospital General “Vasco de Quiroga” ISSSTE.

En este cuadro visto desde la perspectiva por **grupos de edad** y las seis categorías que abarca el cuestionario. Se observa las medias por cada una de las categorías, el intervalo existente entre cada una. No hubo cifras estadísticamente significativas, señalando que los pacientes de los grupos de edad reportaron semejanza en la percepción del cuidado de enfermería.

Gráfico No. 4

Percepción del Adulto Mayor por Grupos de Edad sobre el cuidado de enfermería



Fuente: Cuadro no. 4

Cuadro No. 5
Percepción del Adulto Mayor por Días de estancia hospitalaria sobre el
cuidado de Enfermería

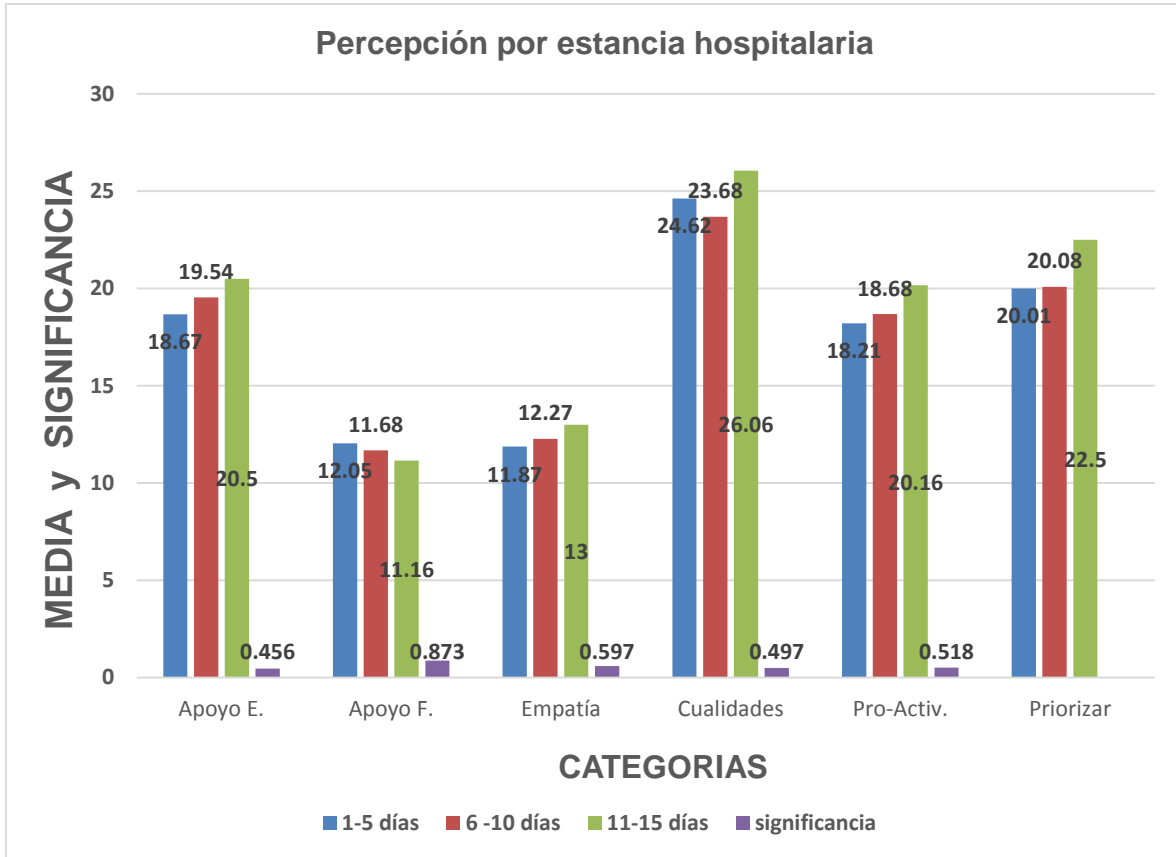
CATEGORIAS	de 1 a 5 días	de 6 a 10 días	de 11 a 15 días	Intervalo o Razón	Sig.
	$\bar{X} \pm E.E$	$\bar{X} \pm E.E$	$\bar{X} \pm E.E$	F	
Apoyo Emocional	18.67 ±1.0	19.54±1.0	20.50±1.8	.791	.456
Apoyo Físico	12.05± .73	11.68±.73	11.16±1.3	.137	.873
Empatía	11.87±.67	12.27±.67	13.00±1.2	.518	.597
Cualidades del hacer	24.62±1.3	23.68±1.3	26.66±2.3	.703	.497
Pro-actividad					
Priorizar al ser cuidado.	18.21±1.0	18.68±1.0	20.16±1.7	.662	.518
	20-01±.79	20.08±.79	22.50±1.4	1.548	.217

Cifra estadísticamente significativa (P<0.05)

Fuente: Cuestionario aplicado en el hospital General "Vasco de Quiroga" ISSSTE.

Revisando la variable **días de estancia** con las seis categorías que abarca el cuestionario, no hubo cifras estadísticamente significativas, demostrando que los pacientes de los grupos de edad reportaron semejanza en la percepción del cuidado de enfermería.

Gráfico No. 5
Percepción del Adulto Mayor por Días de estancia hospitalaria sobre el cuidado de Enfermería



FUENTE: Cuadro no. 5

Cuadro No. 6

Percepción del adulto mayor por Tipo de derechohabiente sobre el cuidado de Enfermería

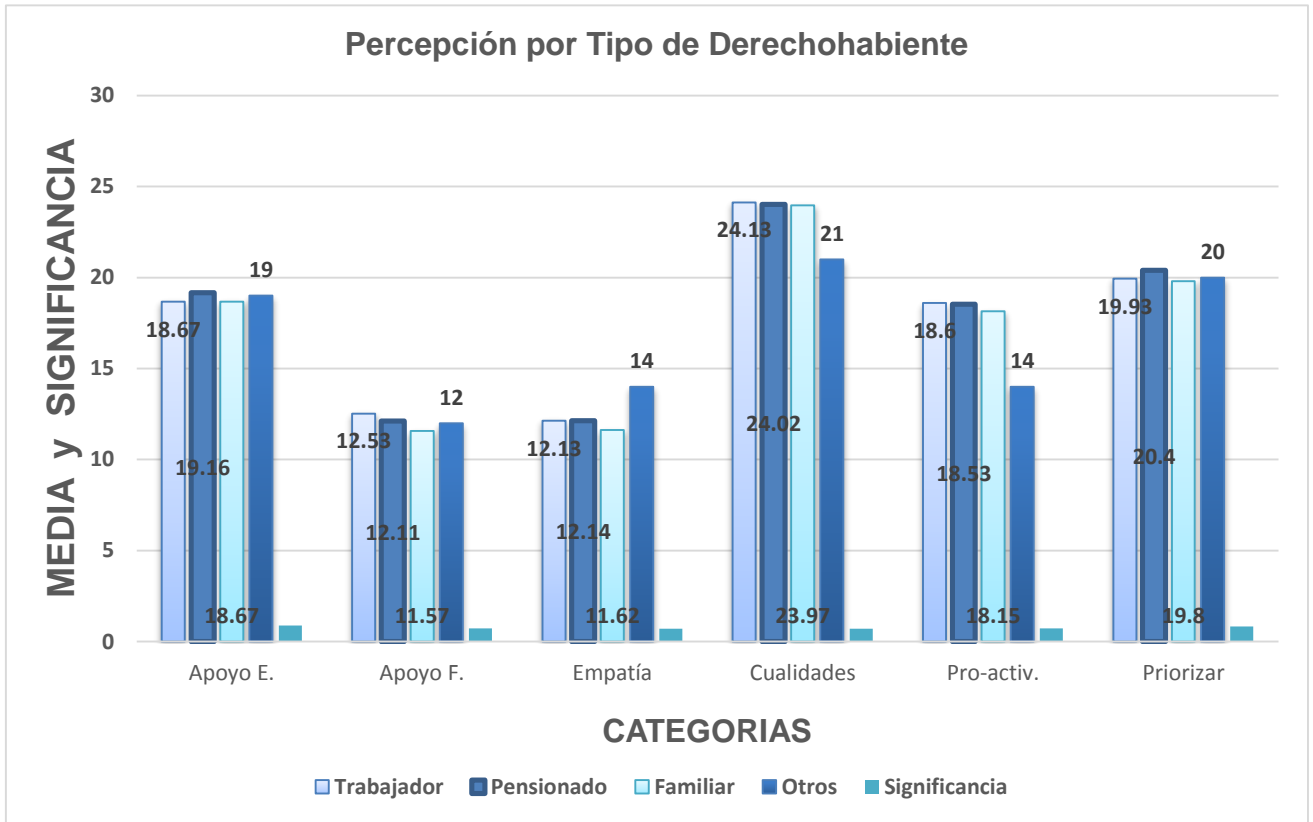
Cifra estadísticamente significativa (P<0.05)

Fuente: Cuestionario aplicado en el hospital General "Vasco de Quiroga" ISSSTE.

CATEGORIAS	Trabajador (a) $\bar{X} \pm E.E$	Pensionado (a) $\bar{X} \pm E.E$	Familiar de pensionado $\bar{X} \pm E.E$	Otros $\bar{X} \pm E.E$	Intervalo o Razón F	Sig.
Apoyo Emocional	18.33±1.1	19.16±.45	18.67±.80	19.00±0	.211	.889
Apoyo Físico	12.53±.74	12.11±.35	11.57±.52	12.00±0	.427	.734
Empatía	12.13±.76	12.14±.31	11.62±.51	14.00±0	.452	.716
Cualidades del hacer	24.13±1.4	24.02±.58	23.97±1.0	21.00±0	.471	.703
Pro-actividad	18.60±1.0	18.53±.46	18.15±.77	14.00±0	.434	.729
Priorizar al ser cuidado	19.93±1.1	20.40±.35	19.80±.58	20.00±0	.297	.828

En el presente se encuentran las seis categorías del cuestionario y la variable **tipo de derechohabiente**, observándose en la significancia que no hay cifras estadísticamente significativas, dado que los pacientes perciben el cuidado de enfermería de manera semejante independientemente el tipo de derechohabiente que se trate.

Gráfico. 6
Percepción del adulto mayor por Tipo de derechohabiente sobre el cuidado de
Enfermería



Fuente: Cuestionario no.

Cuadro No. 7
Percepción del Adulto Mayor por el servicio donde se encontraba el paciente sobre el cuidado de Enfermería.

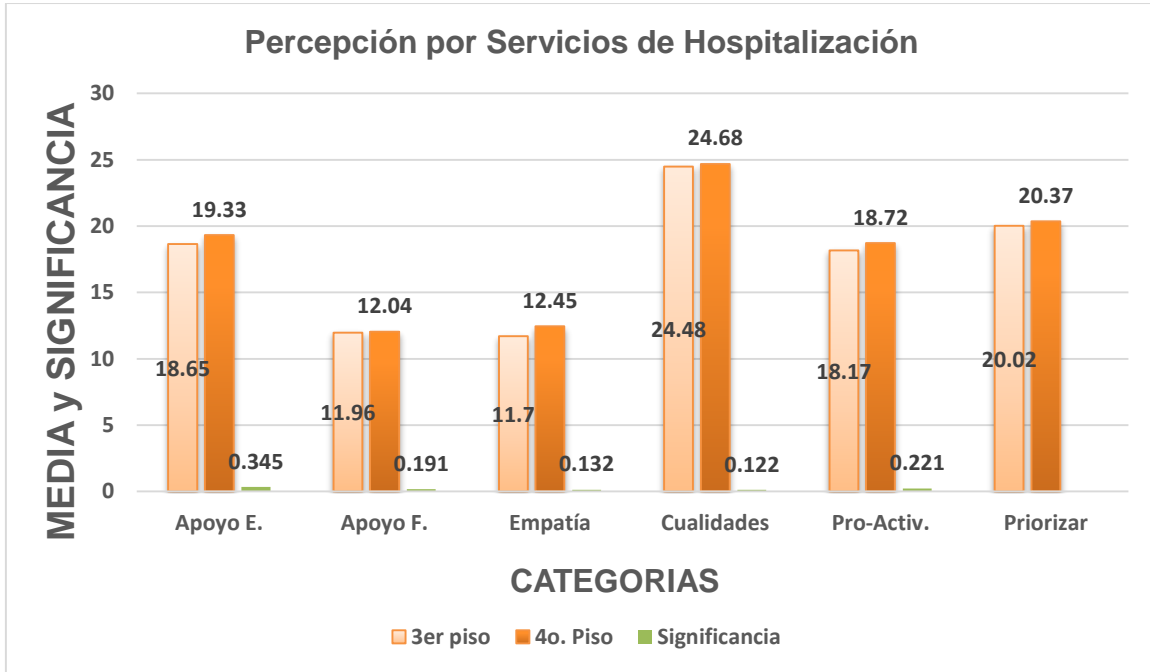
CATEGORIAS	3er. Piso Medicina Interna $\bar{X} \pm E.E$	4º. Piso Nefrología $\bar{X} \pm E.E$	T	Sig
Apoyo emocional	18.65±5.0	19.33±5.6	.900	.345
Apoyo físico	11.96±3.6	12.04±4.1	1.370	.191
Empatía	11.70±3.4	12.45±3.5	2.295	.132
Cualidades del hacer	24.48±6.6	24.68±7.3	2.418	.122
Pro-actividad	18.17±5.0	18.72±5.3	1.514	.221
Priorizar al ser cuidado	20.02±4.0	20.37±4.3	2.162	.144

Cifra estadísticamente significativa (P<0.05)

Fuente: Cuestionario aplicado en el hospital General "Vasco de Quiroga" ISSSTE.

En el cuadro de las seis categorías del cuestionario y la variable sociodemográfica **Servicio** donde se encontraban los pacientes, se observa que no hay cifras estadísticamente significativas. Lo cual permite afirmar que los pacientes percibieron el cuidado de enfermería en ambos servicios.

Gráfico No. 7
Percepción del Cuidado de Enfermería por el servicio donde se encontraba el paciente



Fuente: Cuadro no. 7

Cuadro No. 8

Categoría: Dar apoyo emocional

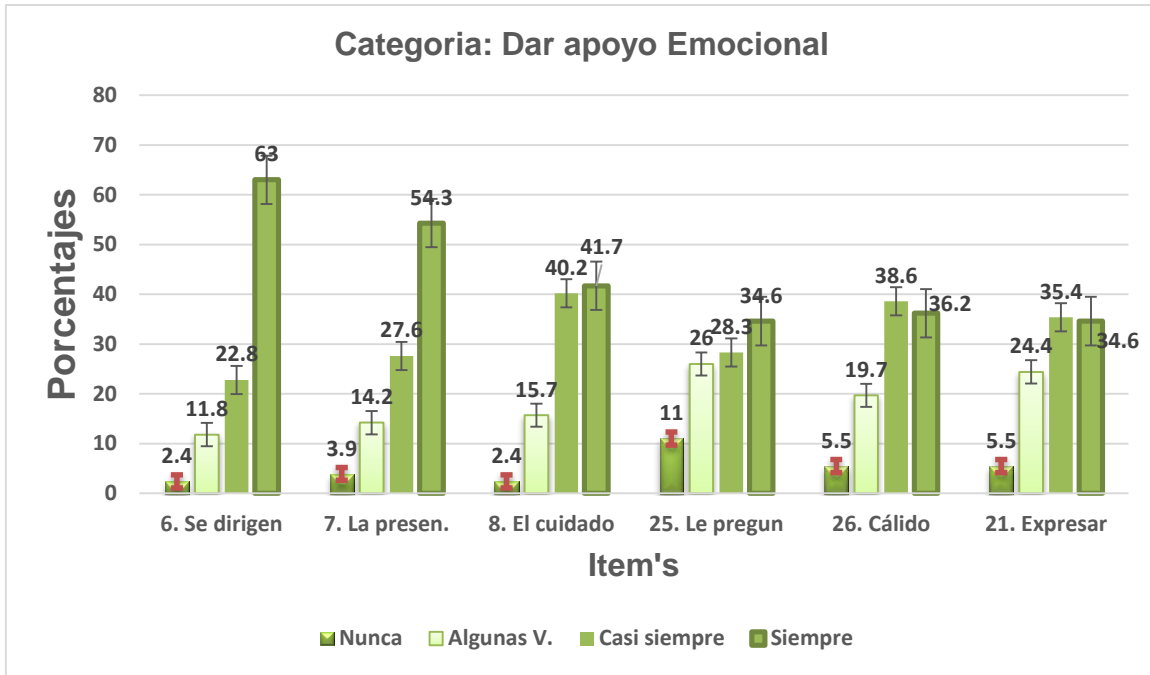
item's	Frecuencia	Porcentaje (%)	Porcentaje acumulado	Escala Likert
6.- Las enfermeras se dirigen a usted con respeto	3	2.4	2.4	Nunca
	15	11.8	14.2	Algunas veces
	29	22.8	37.0	Casi siempre
	80	63.0	100.0	Siempre
7.- La presencia del personal de Enfermería le hace sentir tranquila(o)	5	3.9	3.9	Nunca
	18	14.2	18.1	Algunas veces
	35	27.6	45.7	Casi siempre
	69	54.3	100.0	Siempre
8.- El cuidado de enfermería genera un ambiente de confianza y agradable	3	2.4	2.4	Nunca
	20	15.7	14.2	Algunas veces
	51	40.2	37.0	Casi siempre
	53	41.7	100.0	Siempre
25.- Le preguntan y se preocupan por su estado de ánimo	14	11.0	11.0	Nunca
	33	26.0	37.0	Algunas veces
	36	28.3	65.4	Casi siempre
	44	34.6	100.0	Siempre
26.-El cuidado de las enfermeras es cálido y delicado	7	5.5	5.5	Nunca
	25	19.7	25.2	Algunas veces
	49	38.6	63.8	Casi siempre
	46	36.2	100.0	Siempre
21.- Las enfermeras le permiten expresar su sentir sobre su enfermedad y el tratamiento	7	5.5	5.5	Nunca
	31	24.4	29.9	Algunas veces
	45	35.4	65.4	Casi siempre
	44	34.6	100.0	Siempre

FUENTE: Cuestionario aplicado en el Hospital General "Vasco de Quiroga" ISSSTE.

La categoría **Apoyo Emocional**, entendido como el apoyo percibido por el paciente en la interacción del cuidado con la enfermera, reflejado en la confianza, acompañamiento personal, calidez, respeto, escucha atenta, derivados en el estado de bienestar del paciente.

Gráfico No. 8

Categoría: Dar apoyo Emocional



FUENTE: Cuadro no. 8

Cuadro No. 9

Categoría: Dar apoyo físico

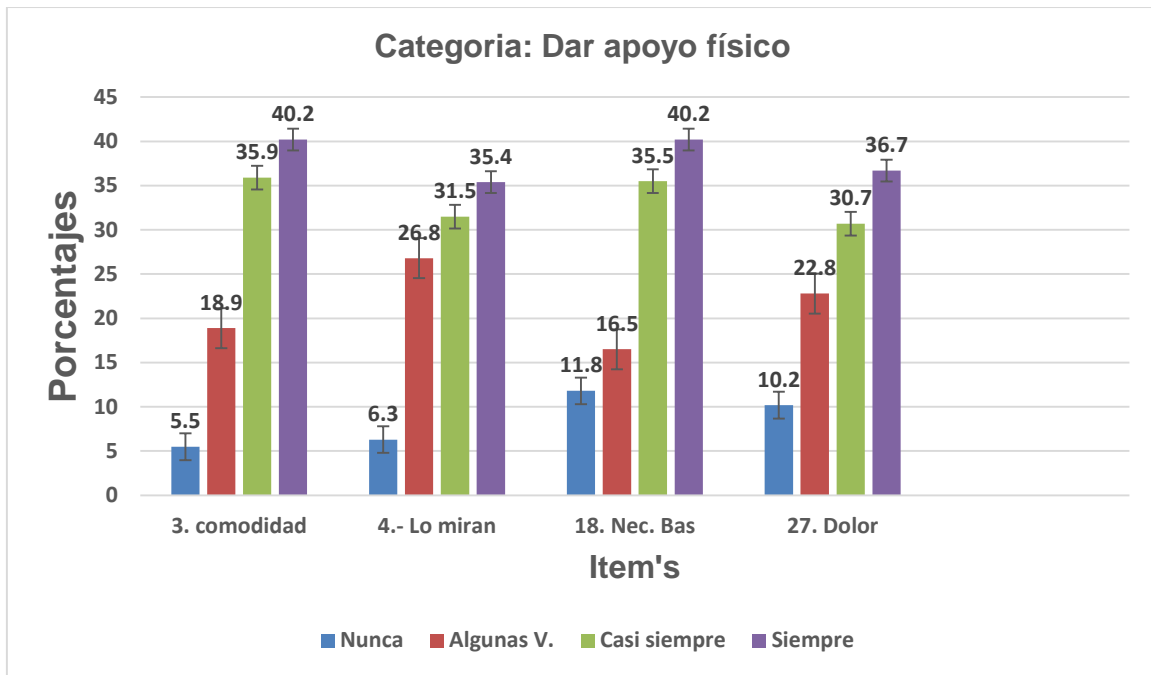
Item's	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	Escala Likert
3.- Las enfermeras procuran su comodidad, ocupándose de que su unidad este limpia y en orden.	7	5.5	5.5	Nunca
	24	18.9	18.9	Algunas veces
	45	35.4	35.4	Casi siempre
	51	40.2	100.0	Siempre
4.- Cuando le hablan lo miran a los ojos	8	6.3	6.3	Nunca
	34	26.8	31.1	Algunas veces
	40	31.5	64.6	Casi siempre
	45	35.4	100.0	Siempre
18.- Las enfermeras atienden sus necesidades básicas (baño, alimentación, eliminación) oportunamente.	15	11.8	11.8	Nunca
	21	16.5	28.3	Algunas veces
	40	35.5	59.8	Casi siempre
	45	40.2	100.0	Siempre
27-. Le ayudan y acompañan cuando usted manifiesta dolor físico.	13	10.2	10.2	Nunca
	29	22.8	33.1	Algunas veces
	39	30.7	66.8	Casi siempre
	46	36.2	100.0	Siempre

FUENTE: Cuestionario aplicado en el Hospital General "Vasco de Quiroga" ISSSTE.

La categoría de **Apoyo físico** definido a partir de las acciones del cuidado de enfermería relacionadas con el contacto físico, manifestada en acciones como realizar los procedimientos, cubrir necesidades físicas, manejo del dolor, mirarlo a los ojos, procurar la comodidad física de la persona cuidada.

Cuadro No. 9

Categoría: Dar apoyo físico



FUENTE: Cuadro no. 9

Cuadro No. 10

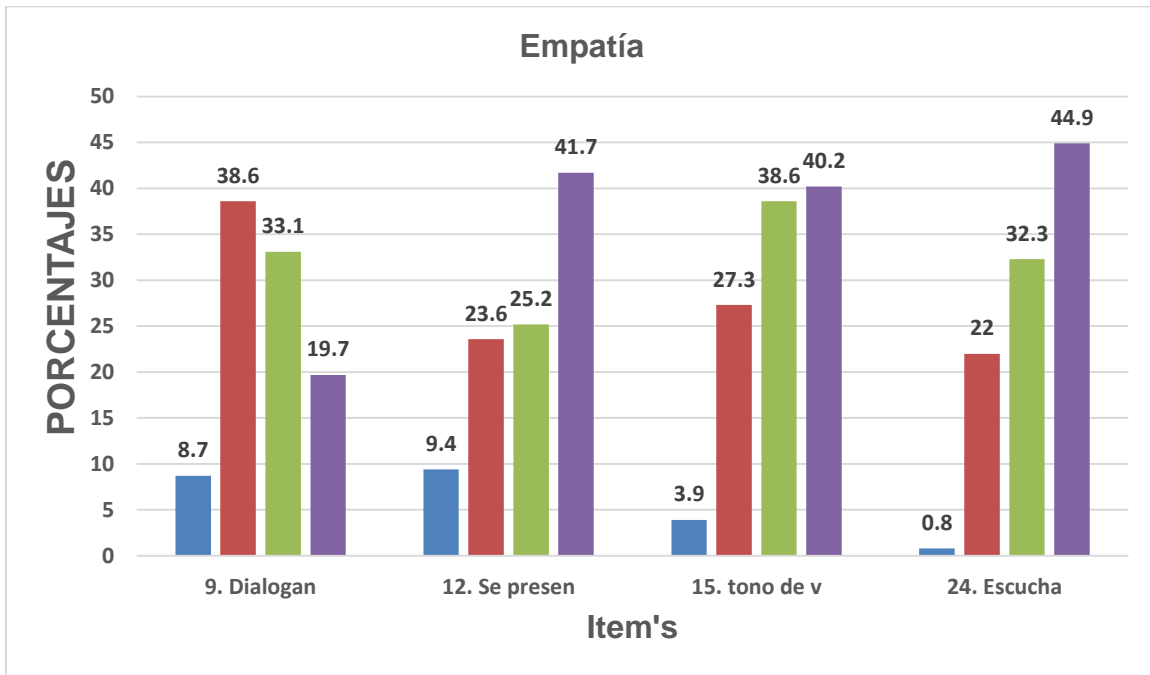
Categoría: Empatía

ITEM'S	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO	Escala Likert
9.- Las enfermeras dialogan con usted.	11	8.7	8.7	Nunca
	49	38.6	47.2	Algunas veces
	42	33.1	80.3	Casi siempre
	25	19.7	100.0	Siempre
12.- El personal de Enfermería sr presenta por su nombre antes de realizar los cuidados.	12	9.4	9.4	Nunca
	30	23.6	33.1	Algunas veces
	32	25.2	58.3	Casi siempre
	53	41.7	100.0	Siempre
15.- El personal de Enfermería emplea un tono de voz sereno al explicarle los cuidados.	5	3.9	3.9	Nunca
	22	17.3	21.3	Algunas veces
	49	38.6	59.8	Casi siempre
	51	40.2	100.0	Siempre
24.- Las enfermeras Le escuchan atentamente cuando usted habla.	1	.8	.8	Nunca
	28	22.0	22.8	Algunas veces
	41	32.3	55.1	Casi siempre
	57	44.9	100.0	Siempre

FUENTE: Cuestionario aplicado al Hospital General "Vasco de Quiroga" ISSSTE.

La categoría **Empatía** comprende acciones de cuidado de enfermería con carácter didáctico que permiten a la (el) enfermera(o) comprenderse a sí misma (o) y a el otro en la experiencia vivida en el cuidado de enfermería. Acciones que implican la interacción mediante: facilitar el diálogo, usar un tono de voz sereno, el escucharle atentamente, ponerse en el lugar del otro, hacerle sentir que es un ser único y promover el crecimiento de cuidador y cuidado.

Gráfico no. 10
Categoría: Empatía



FUENTE: Cuadro no. 10

Cuadro No. 11

Categoría: Cualidades del hacer

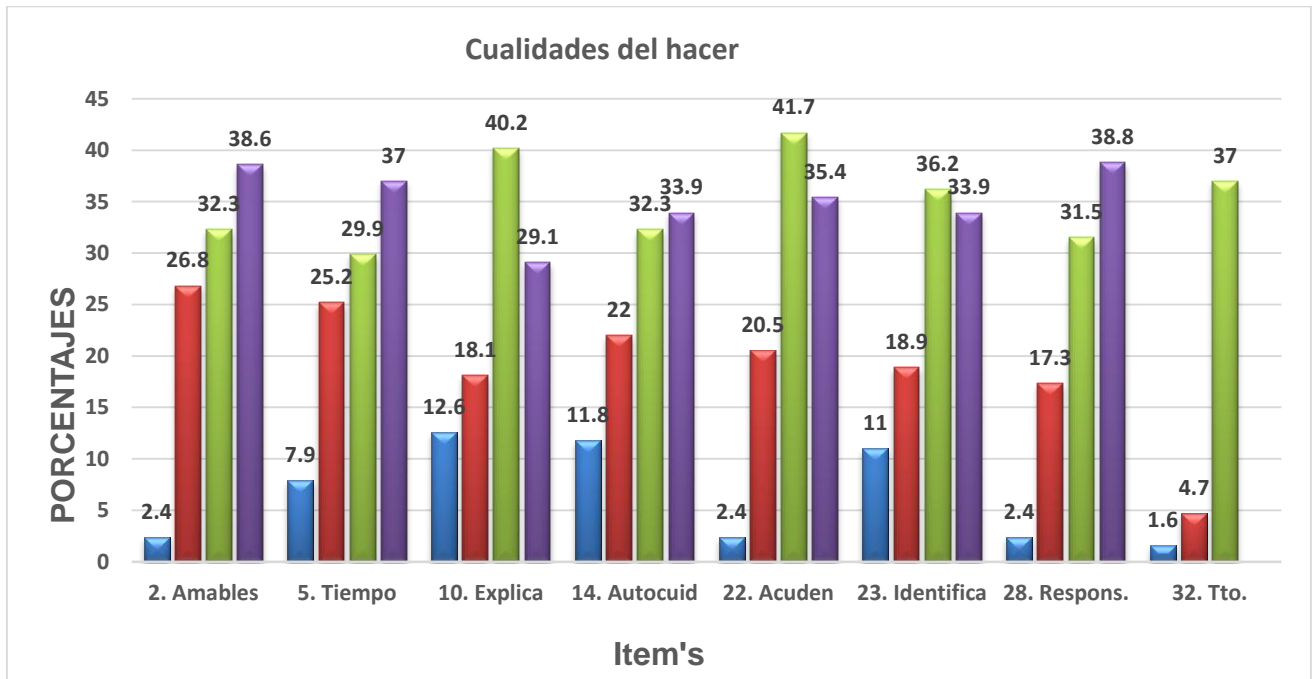
ITEM'S	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO	ESCALA LIKERT
2.- Las enfermeras son amables en el trato.	3	2.4	2.4	Nunca
	34	26.8	29.9	Algunas veces
	41	32.3	61.4	Casi siempre
	49	38.6	100.0	Siempre
5.- Toman tiempo para aclararle dudas	10	7.9	7.9	Nunca
	32	25.2	33.1	Algunas veces
	38	29.9	63.0	Casi siempre
	47	37.0	100.0	Siempre
10.- Le explican anticipadamente los procedimientos.	16	12.6	12.6	Nunca
	23	18.1	30.7	Algunas veces
	51	40.2	70.9	Casi siempre
	37	29.1	100.0	Siempre
14.- Le explican acerca de su autocuidado de manera oportuna	15	11.8	11.8	Nunca
	28	22.0	33.9	Algunas veces
	41	32.3	66.1	Casi siempre
	43	33.9	100.0	Siempre
22.- Las enfermeras acuden a su llamado.	3	2.4	2.4	Nunca
	26	20.5	22.8	Algunas veces
	53	41.7	64.6	Casi Siempre
	45	35.4	100.0	Siempre
23.- Identifican sus necesidades de tipo: físico, psicológico y espiritual	14	11.0	11.0	Nunca
	24	18.9	29.9	Algunas veces
	46	36.2	66.1	Casi Siempre
	43	33.9	100.0	siempre
28.- Considera que las enfermeras son responsables	3	2.4	1.4	Nunca
	22	17.3	19.7	Algunas veces
	40	31.5	51.2	Casi siempre
	62	38.8	100.0	Siempre
32.- Le administran el tratamiento indicado a tiempo.	2	1.6	1.6	Nunca
	6	4.7	6.3	Algunas veces
	47	37.0	43.3	Casi siempre
	72	56.7	100.0	Siempre

FUENTE: Cuestionario aplicado en el Hospital General "Vasco de Quiroga" ISSSTE.

La Categoría **Cualidades del hacer de la Enfermera (o)** entendida a partir de las cualidades y valores que caracterizan la práctica de la enfermería como son: disponibilidad para el otro, el trato cordial, la identificación de las necesidades de cuidado, la explicación anticipada de los cuidados, la educación oportuna para promover el autocuidado, la abogacía, la responsabilidad y el compromiso.

Gráfico no. 11

Categoría: Cualidades del hacer



FUENTE: Cuadro no 11

Cuadro No. 12

Categoría: Pro-actividad

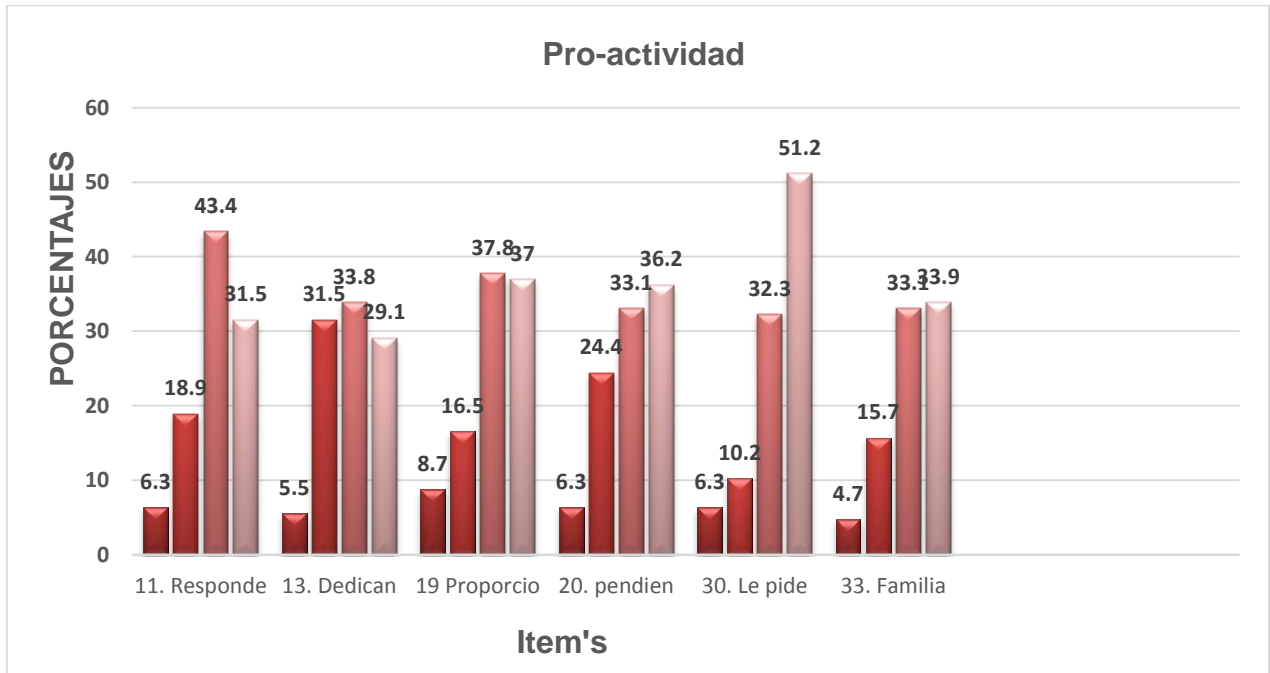
Item's	Frecuencias	Porcentaje	Porcentaje acumulado	Escala Likert
11.- Responden a sus preguntas con responsabilidad. De tal forma que usted les entienda	8	6.3	6.3	Nunca
	24	18.9	25.2	Algunas veces
	55	43.3	68.5	Casi siempre
	40	31.5	100.0	Siempre
13.- Le dedican el tiempo necesario.	7	5.5	5.5	Nunca
	40	31.5	31.5	Algunas veces
	43	33.9	33.9	Casi siempre
	37	29.1	100.0	Siempre
19.- Le proporcionan información oportuna y suficiente a usted y a su familia para que pueda tomar decisiones sobre el cuidado de su salud.	11	8.7	8.7	Nunca
	21	16.5	25.2	Algunas veces
	48	37.8	63.0	Casi siempre
	47	37.0	100.0	Siempre
20.- El personal de Enfermería está pendiente de usted.	1	6.3	6.3	Nunca
	42	24.4	30.7	Algunas veces
	46	33.1	63.8	Casi siempre
		36.2	100.0	Siempre
30.- La enfermera que lo cuida le pide que la llame en caso de que necesite algo	8	6.3	6.3	Nunca
	13	10.2	16.5	Algunas veces
	41	32.3	48.8	Casi siempre
	65	51.2	100.0	Siempre
33.- La enfermera que lo atiende involucra a su familia y a usted mismo en los cuidados que requiere	6	4.7	4.7	Nunca
	20	15.7	20.5	Algunas veces
	42	33.1	53.5	Casi siempre
	59	46.5	100.0	Siempre

FUENTE: Cuestionario aplicado en el Hospital General "Vasco de Quiroga" ISSSTE.

La categoría **Pro-actividad** definida como todos aquellos comportamientos que denotan atención anticipada, comprende: proporcionar información oportuna, clara y suficiente a las personas cuidadas y a su familia acerca del estado de salud para que puedan tomar decisiones sobre el cuidado de sí, responder preguntas con un lenguaje comprensible, explicarle los procedimientos, dedicar el tiempo necesario al paciente y animarlo a que llame si necesita algo.

Gráfico no. 12

Categoría: Pro-actividad



FUENTE: Cuadro no. 12

Cuadro No. 13

Categoría: Priorizar al “ser” cuidado

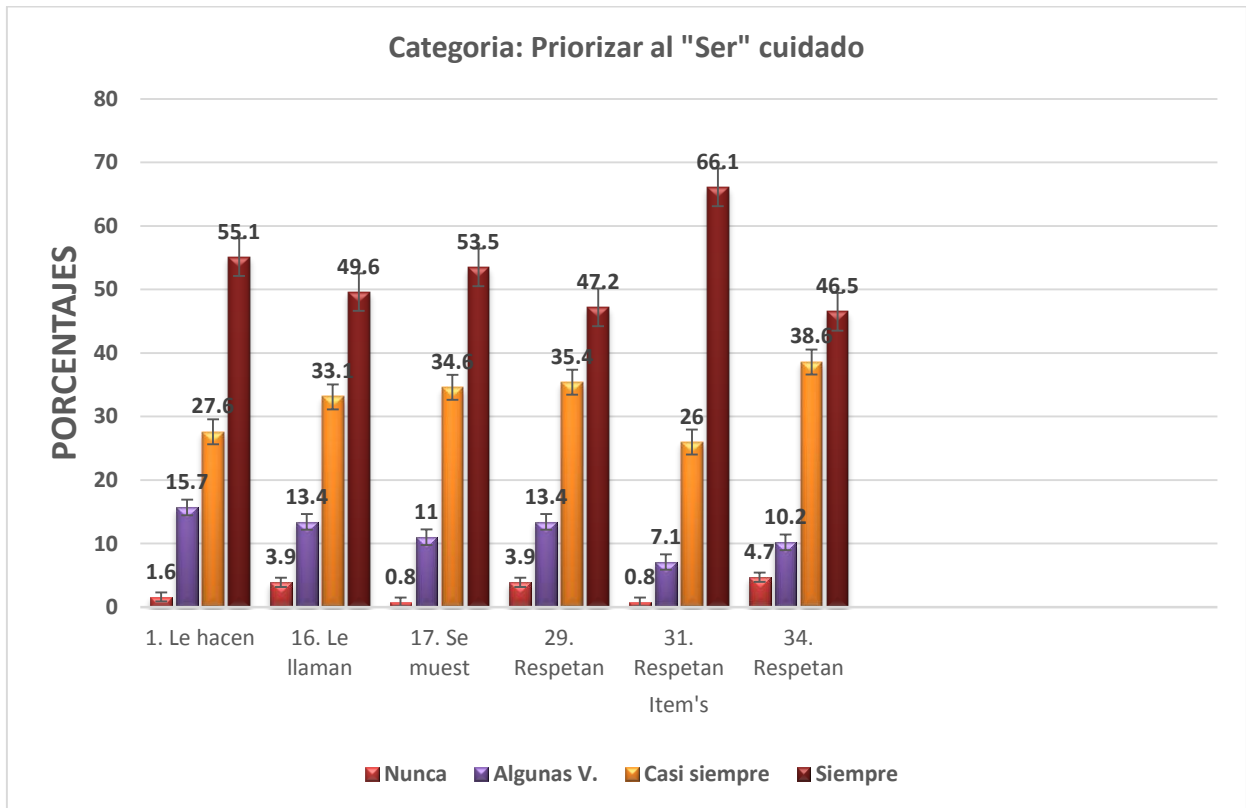
Item's	Frecuencias	Porcentaje	Porcentaje acumulado	Escala Likert
1.- Le hacen sentir como persona	2	1.6	1.6	Nunca
	10	15.7	17.3	Algunas veces
	35	27.6	44.9	Casi siempre
	70	55.1	100.0	Siempre
16.- le llaman por el su nombre	5	3.9	3.9	Nunca
	17	13.4	17.3	Algunas veces
	42	33.1	50.4	Casi siempre
	53	49.6	100.0	Siempre
17.- Se muestran respetuosas/os, con sus creencias, valores y costumbres	1	.8	.8	Nunca
	14	11	11.8	Algunas veces
	4	34.6	46.5	Casi siempre
	68	53.5	100.0	Siempre
29.- Respetan sus decisiones	5	3.9	3.9	Nunca
	17	13.4	17.3	Algunas veces
	45	35.4	52.8	Casi siempre
	60	47.2	100.0	Siempre
31.- Respetan su intimidad	1	.8	.8	Nunca
	9	7.1	7.9	Algunas veces
	33	26.0	33.9	Casi siempre
	84	66.1	100.0	Siempre
34.- Respetan su condición de adulto mayor	6	4.7	4.7	Nunca
	13	10.2	15.0	Algunas veces
	49	38.6	53.5	Casi siempre
	59	46.5	100.0	Siempre

FUENTE: Cuestionario aplicado en el Hospital General “Vasco de Quiroga” ISSSTE.

Esta categoría **Priorizar al ser cuidado** trae implícitamente la valorización del ser cuidado como un sujeto único e irrepetible, donde existe un respeto por sus creencias, sus valores, sus decisiones, su lenguaje, su intimidad, su condición de persona y en este caso como “adulto mayor”.

Gráfico No. 13

Categoría: Priorizar al "Ser" cuidado



FUENTE: Cuadro no. 13

Cuadro No. 14

Valores de la Correlación de variables sociodemográficas.

		Sexo	Edad	Grupos de Edad	Días de estancia	Derechohabiente	Servicio
Sexo	Correlación de Pearson	1	-.137	-.047	-.132	-.159	-.145
	Sig. (bilateral)		.125	.603	.140	.073	.104
	N	127	127	127	127	127	127
Edad	Correlación de Pearson	-.137	1	.927**	.168	.356**	.090
	Sig. (bilateral)	.125		.000	.059	.000	.314
	N	127	127	127	127	127	127
Grupos de Edad	Correlación de Pearson	-.047	.927**	1	.148	.352**	.084
	Sig. (bilateral)	.603	.000		.097	.000	.346
	N	127	127	127	127	127	127
Días de estancia	Correlación de Pearson	-.132	.168	.148	1	.108	.185*
	Sig. (bilateral)	.140	.059	.097		.228	.037
	N	127	127	127	127	127	127
Derechohabiente	Correlación de Pearson	-.159	.356**	.352**	.108	1	.070
	Sig. (bilateral)	.073	.000	.000	.228		.434
	N	127	127	127	127	127	127
Servicio	Correlación de Pearson	-.145	.090	.084	.185*	.070	1
	Sig. (bilateral)	.104	.314	.346	.037	.434	
	N	127	127	127	127	127	127

Fuente: Cuestionario aplicado en el Hospital General "Vasco de Quiroga" ISSSTE.

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

* . La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

En el presente cuadro se observa que existe una correlación positiva en lo que corresponde a las variables sociodemográficas. Lo cual significa que guardan una relación muy estrecha entre las preguntas que conforman el instrumento utilizado para la recolección de datos.

Cuadro no. 15

Valores de Correlación de las categorías

		Apoyo Emocional	Apoyo Físico	Empatía	Cualidades del Hacer	Pro-actividad	Priorizar al Cuidado
Apoyo Emocional	Correlación de Pearson	1	.750**	.775**	.849**	.833**	.778**
	Sig. (unilateral)		.000	.000	.000	.000	.000
	N	127	127	127	127	127	127
Apoyo Físico	Correlación de Pearson	.750**	1	.716**	.797**	.764**	.647**
	Sig. (unilateral)	.000		.000	.000	.000	.000
	N	127	127	127	127	127	127
Empatía	Correlación de Pearson	.775**	.716**	1	.795**	.786**	.661**
	Sig. (unilateral)	.000	.000		.000	.000	.000
	N	127	127	127	127	127	127
Cualidades del Hacer	Correlación de Pearson	.849**	.797**	.795**	1	.851**	.712**
	Sig. (unilateral)	.000	.000	.000		.000	.000
	N	127	127	127	127	127	127
Pro-actividad	Correlación de Pearson	.833**	.764**	.786**	.851**	1	.713**
	Sig. (unilateral)	.000	.000	.000	.000		.000
	N	127	127	127	127	127	127
Priorizar al Cuidado	Correlación de Pearson	.778**	.647**	.661**	.712**	.713**	1
	Sig. (unilateral)	.000	.000	.000	.000	.000	
	N	127	127	127	127	127	127

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (unilateral)

FUENTE: Cuestionario aplicado en el Hospital General "Vasco de Quiroga" ISSSTE

En el presente cuadro se observa que existe una correlación positiva en todos los dominios. Lo cual significa que guardan una relación muy estrecha entre los dominios que conforman el instrumento utilizado para la recolección de datos.

ANEXOS

ANEXO 1

INVESTIGACIÓN PARA CONOCER LA PERCEPCIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERIA DEL ADULTO MAYOR HOSPITALIZADO. Apéndice 3.

DATOS GENERALES:	
Fecha: _____	Usuario (iniciales) o familiar (iniciales) _____
Sexo: H _____ M _____	Tipo de Derechohabiente _____
Edad: _____	Días de estancia hospitalaria: _____ Servicio _____

Apreciable Sr. (a). A continuación le presentamos un cuestionario que describe los cuidados del personal de enfermería (incluye profesionales y auxiliares de enfermería). En cada pregunta, marque con una X la respuesta que según su percepción corresponde a la forma en que fue atendido por el personal de Enfermería durante su hospitalización.

PREGUNTAS	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
1.- Le hacen sentir como persona				
2.- Son amables con el trato				
3.- Las enfermeras procuran su comodidad ocupándose de que su unidad este limpia y en orden				
4.- Cuando le hablan le miran a los ojos				
5.- Toman tiempo para aclararle sus dudas.				
6.- Las enfermeras se dirigen a usted con respeto				
7.- La presencia del personal de enfermería le hace sentir tranquilo/a				

8.- El cuidado de enfermería genera un ambiente de confianza y agradable				
9.- Las enfermeras platican con usted.				
10.- Le explican anticipadamente los procedimientos				
11.- Responden a sus preguntas con claridad de tal manera que usted les entienda				
12.- El personal de enfermería se presenta por su nombre antes de realizarle los cuidados				
13.- Le dedican el tiempo necesario				
14.- Le explican acerca de su autocuidado de manera oportuna				
15.- El personal de enfermería emplea un tono de voz sereno al explicarle los cuidados				
16.- Le llaman por su nombre				
17.- Se muestran respetuosas/os con sus creencias, valores y costumbres.				
18.- Las Enfermeras atienden sus necesidades básicas (baño, eliminación, alimentación)				
19.- Le proporcionan información oportuna y				

suficiente a usted y a su familia para que puedan tomar decisiones sobre el cuidado de su salud				
20.- El personal de enfermería esta pendiente de usted				
21.- Las enfermeras le permiten expresar su sentir sobre la enfermedad y el tratamiento				
22.- Las enfermeras acuden a su llamado.				
23.- Identifican sus necesidades de tipo físico, psicológico y espiritual				
24.- Las enfermeras le escuchan atentamente cuando usted habla.				
25.- Le preguntan y se preocupan por su estado de ánimo				
26.- El cuidado de las enfermeras es cálido y delicado				
27.- Le ayudan y acompañan cuando usted manifiesta dolor físico				
28.- Considera que las enfermeras que lo cuidan son responsables				
29.- Respetan sus decisiones				
30.- La enfermera que lo cuida le pide que la				

llame en caso de que necesite algo.				
31.- Las enfermeras respetan su intimidad				
32.- Le administran el tratamiento indicado a tiempo				
33.- La enfermera que lo atiende involucra a su familia y a usted mismo en los cuidados que requiere.				
34.- Las enfermeras respetan su condición de adulto mayor				

Gracias

INVESTIGACIÓN PARA CONOCER LA PERCEPCIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA DEL ADULTO MAYOR HOSPITALIZADO.

ANEXO 2

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

Para efectos de la presente investigación, se considera la Operacionalización de las siguientes variables:

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	CATEGORIAS	OPERACIONALIZACIÓN
		1.- sexo 2.- Edad 3.- Días de estancia hospitalaria 4.- Tipo de derechohabiente. 5.- Servicio 1.- Dar apoyo emocional: Esta categoría comprende acciones del cuidado que trascienden al contacto físico. Hace referencia a la presencia intencional de la enfermera/o por admirar, escuchar y reaccionar ante la singularidad de cada ser humano, generando relaciones intersubjetivas inspiradas en valores como la confianza y el amor. Esta presencia de la/el enfermera/o es un sentir con/en el otro, es un estar ahí, es una disponibilidad y preocupación inefable por la otra persona.	1.- Femenino 2.- Masculino 1.- 65 - 69 2.- 70 – 74 3.- 75 – 80 1.- 1-5 días 2.- 6-10 días 3.- 11-15 días 4.- 16-20 días 5.- 21-25 días 1.- Jubilada (o) 2.- Maestra (o) 3.- Empleada (o) 4.- Familiar de trabajador 5.- Otros 1.- Medicina Interna 3º.piso 2.- Medicina Interna 4º. Piso. 6.- Las enfermeras se dirigen a usted con respeto 7.- La presencia del personal de Enfermería le hace sentir tranquila(o) 8.- El cuidado de enfermería genera un ambiente de confianza y agradable 21.- Las enfermeras le permiten expresar su sentir sobre su enfermedad y el tratamiento 25.- Le preguntan y se preocupan por su estado de ánimo 26.-El cuidado de las enfermeras es cálido y delicado

<p>2.- Percepción del adulto mayor:</p>	<p>Percepción: “Proceso mental mediante el cual el paciente y el personal de enfermería obtienen momentos significativos en su interior durante la interacción del cuidado” (grupo de cuidado, 2000)</p> <p>Adulto mayor: persona: “un ser en el mundo”, como una unidad de mente -cuerpo y espíritu, que experimenta y percibe conceptualmente</p>	<p>2.- Dar apoyo físico: Esta categoría comprende acciones del cuidado de enfermería relacionadas con el contacto físico, inspiradas en un tacto delicado y sutil que logra preservar la dignidad del otro. Manifestada en acciones de cuidado sencillas y significativas como el mirar, tomar de la mano, cubrir las necesidades físicas, ayudar a manejar el dolor y la comodidad física de la persona cuidada.</p>	<p>3.- Muestran interés por brindarle comodidad física 4.- Cuando le hablan le miran a los ojos 18.- Atienden sus necesidades básicas (baño, eliminación y alimentación), oportunamente. 27.- Le ayudan a manejar su dolor físico.</p>
		<p>3.- Empatía: Esta categoría comprende acciones de cuidado de enfermería con carácter dialéctico que permiten a la/el enfermera/o comprenderse a sí mismo y a él otro en la experiencia vivida en el cuidado de enfermería. Sus principales elementos son la escucha activa, el diálogo, la presencia, la comprensión, el ponerse en el lugar del Otro y el apoyo durante la expresión de sentimientos. Establecer una relación de cercanía y de respeto por el otro como sujeto único y, de igual manera que en el apoyo emocional, es un sentirse cuidado en la totalidad de su ser.</p>	<p>9.- Facilitan el diálogo. 12.- Facilitan el dialogo. El personal de enfermería se presenta por su nombre antes de realizarle los cuidados. 15.- El personal de enfermería emplea un tono de voz sereno al explicarle los cuidados 24.- Le escuchan atentamente</p>
		<p>4.- Cualidades del hacer de la/el enfermera/o: Esta categoría refleja las cualidades y valores que caracterizan la práctica de enfermería, como son: la disponibilidad para el otro, el trato cordial, la identificación de las necesidades de cuidado, la explicación anticipada de los cuidados, la educación oportuna y suficiente para promover y potencializar el auto-cuidado, la abogacía, la responsabilidad y el compromiso. Acciones de cuidado implícita en una práctica de enfermería experta, reflexiva y crítica.</p>	<p>2.- Son amables en el trato 5.- Toman tiempo para aclararle las inquietudes 10.- Le explican anticipadamente los procedimientos 14.- Dan indicaciones sobre su autocuidado de manera oportuna 22.- Las enfermeras acuden a su llamado. 23.- Identifican sus necesidades de tipo físico, psicológico y espiritual. 28.- Considera que las enfermeras que lo cuidan son responsables.</p>

		<p>5.- Pro-actividad: Esta categoría comprende acciones de la/el enfermera/o con una alta abogacía y disponibilidad hacia el otro para darle la información oportuna, clara y suficiente a la persona cuidada y a su familia acerca de su estado de salud para que puedan tomar decisiones sobre el cuidado de sí, al responder preguntas en el lenguaje comprensible, a explicarle los procedimientos, a dar orientaciones preventivas y promotoras del cuidado de la salud y hacerlo más participe en su proceso de recuperación.</p>	<p>32.- Le administran el tratamiento indicado a tiempo.</p> <p>11.- Responden a sus preguntas con responsabilidad. De tal forma que usted les entienda</p> <p>13.- Le dedican el tiempo necesario.</p> <p>19.- Le proporcionan información oportuna y suficiente a usted y a su familia para que pueda tomar decisiones sobre el cuidado de su salud.</p> <p>20.- El personal de Enfermería está pendiente de usted.</p> <p>30.- La enfermera que lo cuida le pide que la llame en</p>
		<p>6.- Priorizar al ser cuidado: Esta categoría trae implícitamente la valorización del ser cuidado como sujeto único, coparticipe en la experiencia del cuidado de enfermería, donde hay un respeto por su subjetividad, es decir, un respeto a sus creencias, sus valores, su lenguaje, sus normas, sus formas de ser/estar en el mundo, sus decisiones e intimidad. Donde su calidad de persona se conserva mediante la identificación por el nombre.</p>	<p>caso de que necesite algo</p> <p>33.- La enfermera que lo atiende Involucra a su familia y a usted mismo en los cuidados que requiere</p> <p>1.- Le hacen sentir como persona</p> <p>16.- le llaman por el su nombre</p> <p>17.- Se muestran respetuosas/os, con sus creencias, valores y costumbres</p> <p>29.- Respetan sus decisiones</p> <p>31.- Respetan su intimidad</p> <p>34.- Respetan su condición de adulto mayor</p>

ANEXO 3

INVESTIGACIÓN PARA CONOCER LA PERCEPCIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA DEL ADULTO MAYOR HOSPITALIZADO.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado usuario pedimos su colaboración para conocer su opinión acerca de los cuidados que recibe por parte de las (los) enfermeras (os), con el único fin de mejorar la atención que se le brinda.

Su participación es valiosa para nosotros, tiene en sus manos un cuestionario muy sencillo que le rogamos conteste de manera sincera y libre.

Si fuera el caso de que el usuario no estuviera en condiciones de contestar y su familiar desea contestarlo lo puede hacer.

Si hubiera alguna duda en las preguntas, puede preguntar al portador de la presente, con toda confianza antes de contestar.

Le recordamos que es un cuestionario para medir los cuidados del personal de Enfermería, en ningún caso crea que está calificando a los médicos.

El cuestionario consta de 4 respuestas, de las cuales se le pide elija únicamente una de lo contrario su respuesta no contará.

Posibles respuestas:

1. Nunca
2. Algunas Veces
3. Casi siempre
4. Siempre

Es necesario mencionar que la información será utilizada con fines de estudio y que su participación es totalmente anónima.

MUCHAS GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN.

Responsable:

María Teresa Alvarado Tapia

Facultad de Enfermería-UMSNH.

Tel: 44-31-21-14-87.



Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Facultad de Enfermería y Obstetricia

Maestría en Enfermería

Anexo 4

PERCEPCIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA DEL ADULTO MAYOR HOSPITALIZADO

VALIDACIÓN POR EXPERTOS

Objetivo: Analizar la percepción del cuidado del adulto mayor hospitalizado respecto del cuidado de enfermería.

Le solicito su valiosa colaboración para establecer la validez interna del contenido, por lo que le pido, brinde su opinión individual con espíritu crítico, objetividad y honestidad. Dicha información que usted proporcione será confidencial, los resultados están garantizados por ética en la investigación.

Su participación es voluntaria y trascendental para el logro de los objetivos planteados. Proyecto autorizado por la Comité de ética de la UMSNH. En el caso de aceptar deberá de considerar las siguientes instrucciones.

Instrucciones: Lea cuidadosamente la pregunta y marque con una equis (X) en el espacio que corresponda a su respuesta (Solo marque una). Su respuesta es libre y permitirá mayor objetividad a este diagnóstico. Es importante que no deje ninguna pregunta sin respuesta, esto permitirá tomar las medidas pertinentes para la validez del contenido del instrumento. Para evaluar utilice la siguiente escala.

Tabla de escala de Valores para la respuesta.

0	El ítem no pertenece a la variable de estudio (NP)
1	El ítem probablemente no pertenece a la variable de estudio (PNP)
2	El ítem probablemente si pertenece a la variable de estudio (SPS)

3 El ítem **si pertenece** a la variable de estudio (SP)

En el siguiente listado se ofrecen una serie de afirmaciones que permitirán se evalué de manera individual para determinar si pertenece o no a la variable de estudio; señale con una X la opción que considere más adecuada.

ITEM	(0) NP	(1) PNP	(2) PSP	(3) SP	OBSERVACIONES
1.- Dar apoyo emocional:					
6.- Las enfermeras se dirigen a usted con respeto 7.- La presencia del personal de Enfermería le hace sentir tranquila(o) 8.- El cuidado de enfermería genera un ambiente de confianza y agradable 25.- Le preguntan y se preocupan por su estado de ánimo 26.-El cuidado de las enfermeras es cálido y delicado 21.- Las enfermeras le permiten expresar su sentir sobre su enfermedad y el tratamiento					
2.- Dar apoyo físico:					
3.- Muestran interés por brindarle comodidad física 4.- Cuando le hablan le miran a los ojos 18.- Atienden sus necesidades básicas (baño, eliminación y alimentación), oportunamente. 27.- Le ayudan a manejar su dolor físico.					
3.- Empatía:					

<p>9.- Facilitan el diálogo. 12.- El personal de enfermería se presenta por su nombre antes de realizarle los cuidados. 15.- El personal de enfermería emplea un tono de voz sereno al explicarle los cuidados 24.- Le escuchan atentamente</p>					
<p>4.- Cualidades del hacer de la/el enfermera/o:</p>					
<p>2.- Son amables en el trato 5.- Toman tiempo para aclararle las inquietudes 10.- Le explican anticipadamente los procedimientos 14.- Dan indicaciones sobre su autocuidado de manera oportuna 22.- Las enfermeras acuden a su llamado. 23.- Identifican sus necesidades de tipo físico, psicológico y espiritual. 28.- Considera que las enfermeras que lo cuidan son responsables. 32.- Le administran el tratamiento indicado a tiempo</p>					
<p>5.- Pro-actividad:</p>					
<p>11.- Responden a sus preguntas con responsabilidad. De tal forma que usted les entienda 13.- Le dedican el tiempo necesario. 19.- Le proporcionan información oportuna y suficiente a usted y a su</p>					

<p>familia para que pueda tomar decisiones sobre el cuidado de su salud. 20.- El personal de Enfermería está pendiente de usted. 30.- La enfermera que lo cuida le pide que la llame en caso de que necesite algo 33.- La enfermera que lo atiende Involucra a su familia y a usted mismo en los cuidados que requiere</p>					
<p>6.- Priorizar al ser cuidado</p>					
<p>1.- Le hacen sentir como persona 16.- le llaman por el su nombre 17.- Se muestran respetuosas/os, con sus creencias, valores y costumbres 29.- Respetan sus decisiones 31.- Respetan su intimidad 34.- Respetan su condición de adulto mayor</p>					

Morelia Mich., a ____ de ____ 2012

GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN.

