Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Enfermería
Maestría en ciencias en enfermería

SATISFACCIÓN DEL ADULTO MAYOR HOSPITALIZADO CON LA ATENCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el grado de
Maestra en Ciencias en Enfermería

Presenta:
Lic. Paula Prado León

Dirigido por:

MPC. María Guadalupe Pérez Salazar

SINODALES

M.C.E. María Guadalupe Salazar Pérez
Presidente
Firma

M.C.C. Rosario Barrera Gálvez
Secretario
Firma

Dra. Ruth Magdalena Gallegos Torres
Vocal
Firma

M.C.E. Mercedes Sánchez Perales
Suplente
Firma

M.C.E. Javier Barrera Sánchez
Suplente
Firma

M.C.E. Ma. Guadalupe Perea Ortiz
Director de la Facultad

Dra. Ma. Guadalupe Flavia Loarca Piña
Director de Investigación y Posgrado

Centro Universitario
Querétaro, Qro.
Junio de 2015
México

REPOSITORIO INSTITUCIONAL DGBSDI-UAQ

La presente obra está bajo la licencia:
https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es

CC BY-NC-ND 4.0 DEED

Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional

Usted es libre de:

Compartir — copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato

La licenciante no puede revocar estas libertades en tanto usted siga los términos de la licencia

Bajo los siguientes términos:

Atribución — Usted debe dar crédito de manera adecuada , brindar un enlace a la licencia, e indicar si se han realizado cambios . Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o su uso tienen el apoyo de la licenciante.

NoComercial — Usted no puede hacer uso del material con propósitos comerciales .

SinDerivadas — Si remezcla, transforma o crea a partir del material, no podrá distribuir el material modificado.

No hay restricciones adicionales — No puede aplicar términos legales ni medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otras a hacer cualquier uso permitido por la licencia.

Avisos:

No tiene que cumplir con la licencia para elementos del material en el dominio público o cuando su uso esté permitido por una excepción o limitación aplicable.

No se dan garantías. La licencia podría no darle todos los permisos que necesita para el uso que tenga previsto. Por ejemplo, otros derechos como publicidad, privacidad, o derechos morales pueden limitar la forma en que utilice el material.

RESUMEN

Introducción: Los adultos mayores hospitalizados son un grupo vulnerable que requiere cuidado de Enfermería de calidad; esta conlleva Satisfacción valorada a través de: relación Enfermera-paciente, comunicación efectiva, información oportuna y habilidad profesional. **Objetivo**: Identificar la satisfacción del adulto mayor hospitalizado con la atención del personal de enfermería en el Hospital General del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado., Hidalgo. **Metodología**: Diseño descriptivo, transversal y de correlación, el universo que se ha considerado de 149 adultos mayores. Muestra de 97 participantes, instrumento: Para medir la satisfacción con el cuidado de enfermería en usuarios de servicios hospitalarios. Ética, sin riesgo para los participantes de acuerdo a la ley de salud en materia de investigación**.** **Resultados**: el 55% de sexo femenino, 35% ingresaron de" primera vez "en el servicio y el 65% es de "subsecuente"; 40.63%; indicó que, el personal de enfermería que la atiende conoce de lo que habla en relación a su cuidado, esto en la dimensión técnico profesional. En relación a los procedimientos, 34.38% refirió que el personal de enfermería que la atiende le ha brindado un buen consejo y 33.33% que el personal de enfermería muestra habilidad al asistir al doctor en los procedimientos que se le han realizado. Sobre la confianza que perciben los pacientes, dada por el personal de enfermería se encontró que 47.92% considera que el personal de enfermería debería ser más amable, aunque 36 participantes indicaron que el personal de enfermería es agradable cuando le atiende; Sobre educación al paciente, es decir si el personal de enfermería da instrucciones con oportunidad el 54.17% de los usuarios estuvo de acuerdo y 40.63% menciono que enfermería les explica todo en un lenguaje sencillo y fácil. **Conclusión**. El adulto mayor hospitalizado percibe satisfacción con la atención del personal de enfermería", en las tres subes calas lo que permite visualizar que el personal cubre protocolos de atención médica y de calidad humana.

Palabras claves: Satisfacción, adulto mayor, atención de enfermería.

Summary

Introduction: The elderly patients are a vulnerable group requiring nursing care quality; This entails assessed satisfaction through: Nurse-patient relationship, effective communication, timely and professional skills. Objective: identify the satisfaction of the hospitalized elderly with the care of nursing staff in the General Hospital of the Institute for Social Security and Services for State Workers, Hidalgo. Methodology: descriptive, cross-sectional correlation design, the universe that is based on 149 seniors. Sample of 97 participants, instrument: To measure satisfaction with nursing care in hospital service users. Ethics without risk to participants according to the law of health research. Results: 55% female, 35% were admitted for "first time" in service and 65% is "subsequent"; 40.63%; indicated that nurses who attends this patients knows what they`re talking about in relation to their care, within the vocational technical dimension, In relation to the procedures, 34.38% reported that nurses who attended this patients has given good advice and 33.33% shows the ability of nurses to assist the doctor in procedures that have been made. About the trust that patients perceive based on the nursing staff, it was found that 47.92% believe that nurses should be more friendly, although 36 participants indicated that the nursing staff attended them nicely; On the education of the patient, if the nursing staff gives instructions with an opportunity 54.17% of users agreed and 40.63% mentioned that the nursing staff explains everything in a simple language that`s easy to comprehend. Conclusion: “the hospitalized elderly perceive satisfaction with the care and the attention of the nursing staff” in the three sub scales to visualize that the staff covers healthcare protocols and human quality.

Keywords: Satisfaction, elderly, nursing care.

DEDICATORIA

A mi Madre
A mi Esposo e Hijos

A mis hermanos

A mi Familia

A mis Amigos

"Por la paciencia, cariño, y el apoyo incondicional que me brindaron para poder sacar adelante este proyecto, con el cual logro uno de los objetivos primordiales en el aspecto personal y profesional".

AGRADECIMIENTO

Dios por darme la fuerza y permitirme terminar este proyecto.

A los directivos del Hospital general ISSSTE Pachuca, Hidalgo, por permitirme realizar este trabajo.

Mis agradecimientos sinceros a los Directivos y Docentes de la Facultad de Enfermería de Querétaro, por las facilidades, asesorías y apoyo que me brindaron para el desarrollo y culminación de este proyecto.

Doy las gracias a mi mama, esposo e hijos, hermanos y amigos, por su comprensión, paciencia y apoyo que me brindaron.

Agradezco a la directora y de tesis por este proyecto, por su valiosa asesoría y el tiempo brindado para el desarrollo y culminación de este trabajo.

INDICE

RESUMEN i
Summary iii
Dedicatorias ..... **¡Error! Marcador no definido.**
AGRADECIMIENTOS ..... **¡Error! Marcador no definido.**
ÍNDICE DE TABLAS vii
ÍNDICE DE GRÁFICAS ix
I INTRODUCCIÓN 1
1.1 Planteamiento del problema. 4
1.2. Justificación. 12
1.3. Objetivos 13
1.3.1. Objetivo general 13
1.3.3. Objetivos específicos 14
1.4 Hipótesis 14
II REVISIÓN DE LITERATURA 14
2.1. Antecedentes históricos del adulto mayor 14
2.2. Adulto mayor 19
2.2.1. Aspectos fisiológicos del envejecimiento 20
2.2.2. Vejez satisfactoria 23
2.2.3. Fragilidad en el adulto mayor: 24
2.2.4. Síndrome geriátrico 25
2.3 Profesional de Enfermería 26
2.4. Satisfacción 29
2.5. Atención del paciente 33
2.5.1. Calidad de Atención 36
2.6. Estudios relacionados 39
III METODOLOGÍA 43
3.1 Tipo y diseño de estudio 43
3.2 Universo y muestra 43
3.3 Material y métodos 46
3.4 Plan de análisis estadístico 47
3.5 Ética del estudio 48
IV RESULTADOS Y DISCUSIÓN 50
1 Discusión. 57
V CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS 58

Referencias Bibliográfica 61
Apéndice No 1 Glosario 66
Apéndice No. 2 Instrumento de recolección de datos 71
Apéndice No. 3. Consentimiento Informado 73
Apéndice No. 4 Tabla de valor Ji Cuadrada 74
Apéndice No.5 Tabla de Operacionalización de variables, definición de variables y unidades de medida. 75
Apéndice No.6 Registro de instrumento 77
Apéndice No.7 Permiso de uso y modificación de instrumento original 78
Apéndice No.8 Autorización de permiso para la aplicación de encuestas 78

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla No 3.1 Universo de trabajo; Egresos hospitalarios por sexo. 44
Tabla No. 3.2. Escala por categoría de respuesta 47
Tabla No. 4.1 Características sociodemográficas de la población sujeta de estudio. 50
Tabla No. 4.2 muestra el tiempo de estancia del adulto mayor en el servicio de hospitalización. 50
Tabla No. 4.3. Satisfacción del adulto mayor hospitalizado con la atención del personal de enfermería en el cuidado técnico profesional. 51
Tabla No. 4.4. Cuidado técnico profesional por sexo 51
Tabla No. 4.5. Cuidado técnico profesional por edad. 52
Tabla No 4.6 Satisfacción del adulto mayor hospitalizado con la atención del personal de enfermería en el nivel de confianza 53
Tabla No. 4.7.El personal de enfermería tiene paciencia para atender a los pacientes por edad. 55
Tabla No. 4.8. Satisfacción del adulto mayor hospitalizado con la atención del personal de enfermería en el nivel de educación del paciente 56
Tabla No. 4.9. Es fácil entender lo que el personal de enfermería por grupo de edad 56

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica No. 4.1 El personal de enfermería debería ser más amable. 54
Gráfica No. 4.2. El personal de enfermería tiene paciencia para atender a los pacientes 54
Gráfica No.4.3. Es fácil entender lo que el personal de enfermería me habla por sexo. 56

I INTRODUCCIÓN

Ser un adulto mayor a comienzos del siglo XXI, supone envejecer en una sociedad de cambios acelerados e inesperados, donde algunos afectan directamente al sujeto mayor y al modelo social con el que se relaciona. Cuando los ancianos de hoy eran pequeños de edad, los cambios eran lentos, esperados y se daban en el entorno más cercano. Hoy los cambios son rápidos, inesperados y afectan a lo local y lo universal[1]

En el ámbito social se tiene una visión dicotómica y un tanto paradójica de ser mayor de edad, por un lado al adulto mayor se les reconoce como un logro individual y de política pública por haber sobrevivido a condiciones adversas del ambiente natural. No obstante, también se les visualiza como una etapa de decrepitud y declive e incluso se les señala como un problema social y de salud por resolver en del siglo XXI.

Todo mundo quiere vivir muchos años, pero pocos están conscientes de que dicho anhelo están implícitos en el envejecimiento y la vejez[2]

Existen muchos mitos sobre el proceso de envejecimiento y sus implicaciones biológicas, psicológicas y sociales en el ánimo de población en general. Esto ha provocado interpretaciones erróneas, prejuicios y estereotipo sobre el envejecimiento al grado de señalarlo como sinónimo de enfermedad, deterioro, fragilidad, incapacidad y una carga social por considerarlo improductivo.[2]

Se evidencia un fenómeno social de discriminación a la vejez denominada viejísima (ageism em inglés), el cual se define como el mantenimiento de estereotipos y actitudes prejuiciosas que tienden a la marginación, temor, desagrado, negación, agresión y operan discriminando a las personas que envejecen[3]

Las características del adulto mayor son distintas en cada país y región, ya que se desarrolla en estructura y procesos sociales específicos, inmersos en su

cultura, economía, cuidados a la salud y políticas públicas, en las cuales se dan las relaciones interpersonales por grupos de edad diferenciadas acorde al ciclo vital humano. [3]

Con frecuencia escuchan aseveraciones generalizadas sin fundamento objetivo de tipo negativo y positivo sobre la vejez, tales como de que los viejos son: enfermos, frágiles, achacosos, pesimista, machacones, lentos, malhumorados, irritables, preocupados, caprichosos, infantiles, chismosos, cariñosos, confiados, comprensivos, pacientes, sinceros, sabios, responsables, creativos, útiles, sociables, flexibles y divertidos. Estos calificativos están llenos de prejuicios y estereotipos.

El envejecimiento de la población viene de la acción combinada de dos connotadas transiciones con fuerte relación entre sí: una es la transición epidemiológica y la otra en la transición demográfica, conjuntamente con la transculturización producto de la globalidad que está en dinámica familiar en donde los ancianos se ven más desprotegidos, por lo cual utilizan más los servicios de salud por la presencia de enfermedades crónico degenerativas[4]

Envejecer es un cambio morfológico fisiológico, consecuencia del tiempo sobre los organismos vivos, proceso que trae como consecuencia problemas de salud, disminución de la independencia y adaptabilidad, deterioro de los modelos familiares y sociales, retiro del trabajo, merma en la capacidad económica, favorece la disminución de las capacidades físicas y mentales, por lo que actualmente, los adultos Mayores ingresan más a las instituciones de salud del segundo nivel de atención, por problemas propios de su edad[5]

Los adultos mayores son de interés para la profesión de Enfermería, por el aumento en la expectativa de vida y consecuente incremento de la población en este grupo de edad que obliga a poner atención a sus necesidades. Los cambios degenerativos de la edad avanzada, biológicos, psicológicos y sociales exponen a los adultos mayores a riesgo a la salud, que de no atenderse oportunamente, conllevan enfermedades que los conducen a la hospitalización, lo que constituye un factor de

riesgo agregado.[5] La fragilidad y el contacto con personas de diferentes patologías pueden prolongar la estancia del adulto mayor por complicaciones que no se resuelven fácilmente. Además, pueden producirse cuadros agudos graves y conducir a la muerte. El profesional de Enfermería tiene un papel relevante en la atención de los pacientes hospitalizados; ya que los atiende las 24 horas del día y porque su actividad profesional se centra en la atención a las necesidades y los problemas reales y potenciales derivados de su proceso patológico. Los conocimientos teóricos, la experiencia práctica y la sensibilidad de las Enfermeras son el fundamento para identificar necesidades y problemas en los pacientes hospitalizados. El cuidado de la salud es la esencia de la profesión de Enfermería. Cuidar implica establecer una relación de ayuda con el paciente y su familia, para lo cual son necesarias la relación estrecha y una comunicación efectiva.[5]

Lo anterior requiere de recursos intelectuales y de intuición para la toma de decisiones al realizar acciones o actividades que responden a las necesidades particulares es de los pacientes, de manera tal que exista satisfacción de esto, de la atención recibida.

Se define a la satisfacción del paciente como la congruencia entre las expectativas de calidad del cuidado que los pacientes esperan y la que obtienen. El cuidado de Enfermería en los adultos mayores tiene una mayor relevancia, en virtud de que presentan mayores necesidades y precisan una atención más estrecha, por lo que la satisfacción de estos pacientes se obtiene como resultado de un trato humano, individualizado y cariñoso, que los hacen sentir personas únicas en la medida en que se atienden sus necesidades particulares y se logra su bienestar[6]

La calidad del cuidado de Enfermería se conoce por la satisfacción con dichos cuidados que los pacientes manifiestan. Las enfermeras podrán proporcionar un cuidado de Enfermería de calidad si cuentan con los conocimientos teóricos y las habilidades técnicas y humanísticas; pero además, que brinden la confianza que favorezca la comunicación para establecer un diálogo abierto con el paciente para que exprese sus dudas, temores e inquietudes. Los pacientes adultos mayores, por sus

condiciones de deterioro físico, mental y social, son un grupo vulnerable que requiere mayor atención y cuidado por parte de la familia y de los profesionales de enfermería, por lo que es posible que por su gran necesidad de cuidado den mayor valor al cuidado de enfermería[6]

La investigación, se orientó a un estudio de tipo *no experimental y transversal* (con datos captados únicamente en el momento de la realización de la aplicación de la encuesta) con diseño descriptivo (de carácter demográfico y estadístico), donde se realizaron cálculos para obtener datos de las medidas de frecuencias que especifican las propiedades, las características, Es decir, únicamente se midió información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren, y se correlacionaron las preguntas que nos permitieron medir las variables de estudio, que establecieron indagar "satisfacción del adulto mayor hospitalizado con la atención del personal de enfermería" en el servicio de hospitalización del Hospital General ISSSTE Pachuca., Hidalgo. Para medir la Satisfacción del Paciente con el Cuidado de Enfermería se utiliza un instrumento diseñado por Hinshaw y Atwood en 1982 denominado PSI (Patient S satisfacción Instrument).[7] [8]

1.1 Planteamiento del problema.

El proceso conocido como transición demográfica, ocurre en prácticamente todos los países. El envejecimiento siempre ha existido, sin embargo, el porcentaje de persona que llegaba a edades avanzadas era poco considerable. Es un proceso intrínseco debido a tránsito de regímenes de alta mortalidad y natalidad a otros de niveles bajos y controlados.

En los últimos decenios, la disminución de fecundidad y de mortalidad infantil, los progresos en los procesos de industrialización, urbanización, modernización social, junto con los grandes avances en salud pública y los descubrimientos científicos que reducen la incidencia de las enfermedades fatales, así como las mejoras en las condición de vida, han provocado un incremento de la esperanza de vida, lo que se

ha traducido en un aumento de la proporción de ancianos en la mayoría de los países. Este fenómeno ha conducido a considerables problemas sociales, políticos y económicos sobre todo en los países altamente desarrollados[9]

La población mundial avanza hacia un proceso acelerado de envejecimiento. Se calcula que la población mundial crece al año un promedio de 2.2 %, lo que corresponde a una duplicación cada 30 años, los países europeos, junto con Japón, son los que se encuentran más avanzados en este proceso. En la mayoría de ellos, al menos una de cada cinco personas tiene 60 años o más, e estimándose que para el 2050, alrededor de uno de cada tres sean adultos mayores en esos países. A pesar de las diferencias, todos los países apuntan a tener mayores proporciones de adultos mayores, a excepción de la mayor parte de los países Africanos, donde la transición demográfica está actualmente en un Proceso incipiente, desarrollados será de 49.9 años y de 41 .3 años en los países en desarrollo, los adultos mayores en su mayoría se encuentra en los países menos desarrollos, a pesar de que estos se sitúan en una fase menos avanzada del proceso de envejecimiento, en donde en el año 2000 alcanzó una cifra de 375 millones, lo que equivale al 25% del total de adultos mayores en el mundo.[9]

Se Estima que para el año 2020, el 12% de la población total mundial tendrá más deje 60 años y la población de América Latina entrara en un dramático proceso de enviciamiento. Para el 2050, en algunos países en rápido proceso de envejecimiento, como Europa, Asia Oriental, más del 30% de la población tendrá 65 años o más. Sin perjuicios de ello aunque parezca increíble, algunos países Latinoamericanos, como Brasil, Chile y México, podrían llegar a tener poblaciones de más ancianos que la de los Estados Unidos[10]

México ha experimentado transformaciones sin precedentes desde el punto de vista demográfico. Dicha transición México país inicio en 1930 y se espera que concluya en el año 2050. Esta transición se compone de 3 fases estrechamente vinculadas con los niveles de mortalidad y fecundidad.[10] Por lo que esperanza de vida

de los mexicanos ascendió 74. 8 en 2006 (72. 4 para los hombres y 77.2 para las mujeres) [11]

En lo que respeta a vida media de los mexicanos, se duplico durante la segunda mitad del siglo XX Esperando, que en las próximas décadas continué su incremento hasta alcanzar 80 años en 2050, nivel similar al de Japón país que actualmente tiene la mayor esperanza de vida. La pirámide de la población mexicana perderá su forma triangular, característica de una población joven, para adquirir un perfil rectangular abultado en la cúspide, propio de las poblaciones envejecidas (CONAPO, 2009).

La estructura por edades dentro la pirámide de 1970, tenía una base amplia y una cúspide angosta, predominando en este caso la población infantil que caracterizo la época de alta fecundidad. En el año 2000 se presenta una pirámide abultada en el centro que refleja el aumento en el número de personas en edades jóvenes y laborales, así como una base más estrecha, que es el resultado de la disminución en la proporción de niños de 0 a 4 años.

La evolución previsible de la fecundidad y de la mortalidad permiten anticipar de que la base de la pirámide continuará reduciéndose, por lo que la población infantil tendrá menos peso relativo y será menos numerosa, dando lugar a que las generaciones que nacieron en la época de alta fecundidad, comenzaran a engrosar la parte superior de la pirámide conforme alcance la edad de 60 años. Produciendo cambios notorios en la forma que será cada vez más amplia en su cúspide y más estrecha en su base, con una estimación entre el año 2000 y 2050 de incremento de adultos mayores que pasara de 7 al 28%.

El número de adultos mayores (60 años o más) que hay en México casi se ha triplicado desde 1970 a la fecha. Estimándose que la población de adulto mayores es de 8.2 millones. Como consecuencia de este rápido crecimiento, la participación de los adultos mayores en el total de habitantes del país ha aumentado de 5.5 % de 1982, a 7.5 % en el 2005. Por su parte la tasa media anual de crecimiento de este

grupo de población se ha mantenido en ascenso desde mediados de los años setenta con incremento de 1.9 % anual en 1976 a 3.56 % en la actualidad. La tasa de crecimiento de las personas de la .tercera edad se mantendrá arriba del 4% anual entre 2012 y 2023, mientras que el volumen actual se duplicará hacia 2020 y nuevamente para 2050 (CONAPO, 2009)

En el proceso de envejecimiento.rebasa los 300 mil habitantes en solo siete entidades federativas. El Distrito Federal (731mil) y el Estado de México (714 mil) concentran las mayores poblaciones, seguidos de Veracruz (552 mil) Jalisco (475 mil), Puebla (374 mil), Guanajuato (331 mil) y Michoacán (326 mil), En conjunto estas entidades albergan a la mitad de los adultos mayores del país (50.4 %).

Los adultos mayores en México se concentran en los grupos sociales de menores. En los hogares con ancianos el 29 % se ubican en localidades rurales de menos de 2500 habitantes. Ante las condiciones de pobreza, vulnerabilidad y limitada accesibilidad a, servicios básicos, se agudiza los problemas de salud en la vejez[12]

El crecimiento más marcado en términos relativos, se aprecian en Quinta Reo, donde la población de la tercera edad se multiplico 12 veces durante los últimos tres decenios del siglo XX, al pasar de apenas 2500 en 1970 a más de 30 000 en el 2000, equivalente a una tasa media anual de crecimiento de 8.28. Nuevo León (3.6 veces). Aguascalientes (3.6veces), Estado de México (3.5 veces), con tasas superiores al 4 % anual En el extremo opuesto se encuentra Chiapas (1.4 veces), Guerrero (1,5 ó 1.38 %), Tabasco (1.5 ó 1.40 %), y sobre todo Veracruz (1.7 ó 1. 69 %)[13]

En el estado de Hidalgo. El envejecimiento es uno de los temas de mayor relevancia en los debates sobre población y desarrollo, por las implicaciones que trae consigo el cambio de una estructura por edades predominantemente joven a otra cada vez más envejecida, esto gracias al constante y rápido descenso en los niveles de fecundidad y mortalidad.

De acuerdo con tabulados del Consejo Estatal de Población (COESPO) en 1970 la proporción de personas mayores de 60 años representaba apenas el 6.6 por ciento del total de la población del estado de Hidalgo, en el 2010 constituyen el 9.2 % y se estima que en el año 2050 cerca de uno de cada tres habitantes se encontrará en este grupo etario[14]

Actualmente, en Hidalgo los adultos mayores en pre vejez representan el 32 por ciento de los adultos mayores; aquéllos en la etapa funcional de la vejez son el 42 por ciento; los que se encuentran en plena vejez constituyen el 12 por ciento y, finalmente, los adultos en vejez avanzada son el 14 por ciento para el 2050 se espera que en los grupos de etapa funcional y plena vejez se mantengan constantes pero sí habrá un notorio descenso en el número de adultos mayores del grupo de pre vejez y por lo tanto un aumento en el grupo de vejez avanzada. En la última década, la población de adultos mayores en Hidalgo creció en 46 mil 390 personas, lo que significa un aumento de alrededor de 22.7 por ciento, revelaronlos resultados del censo del INEGI en 2010.

De acuerdo con la estadística, actualmente en Hidalgo viven 250 mil 715 adultos mayores de un total de dos millones 600 mil personas, de este sector de la población, 133 mil 73 son mujeres y 117 mil 642 hombres. Los datos oficiales revelan que los cinco municipios que concentran el mayor número de adultos mayores son Pachuca de Soto, con 23 mil 340; Tulancingo de Bravo, con 11 mil 995; Huejutla de Reyes, con 11 mil seis; Tula de Allende, con nueve mil 169 e Ixmiquilpan, con siete mil 79. Estos números confirman que las necesidades seguirán en aumento para los adultos mayores, aseguró.

El estado de Hidalgo, al ser una de las cuatro entidades de la República Mexicana que cuentan con un instituto que da atención formal a este sector de la población, está dando pasos firmes hacia la equidad social. Con el envejecimiento de la población, implica una mayor demanda de servicios de salud en este grupo de edad, se presentan mayores tasas de morbilidad y necesidades de atención médica que en el resto de la población. Con respecto a los términos que se han utilizado para

definir a la vejez, durante más de dos décadas el Instituto Nacional de la Senectud (INSEN) fue creado por decreto presidencial el 22 de agosto de 1979, se dedicó a proteger y atender a las personas mayores de 60 años y más tarde, el 17 de enero 2002 modifico su nombre para convertirse en el Instituto de adultos en plenitud[15]

A nivel local, Instituto de seguridad y Servicios Sociales de los trabajadores del estado de Pachuca; Hidalgo, una población total de 269,689 derechohabientes la cual es una población registrada de 104,159; población usuaria de 91,139 y población amparada de 130,481 por lo que nos da un total de rangos por edades. El porcentaje de adultos mayores por rango de edad es de 56 a 101 años es de 39%, siendo una institución creada para servir y proporcionar atención a un número mayor de trabajadores al servicio del estado[16]

Desde el punto de vista epidemiológico, es importante la subdivisión de la población de los adultos mayores en grupos de edad, ya que según sus evidencias en lo fisiológico, es la vulnerabilidad que tienen para los padecimientos crónicos degenerativos, el déficit auditivo, visual y de equilibrio entre otros. Las enfermedades crónicas en la vejez y sus repercusiones en la funcionalidad física, mental y social, son una carga sanitaria y financiera para el adulto mayor, la familia y el sistema de atención de la salud[17]

La salud es un derecho de todos los ciudadanos, sin importar raza, credo, o condición social y es una de las prioridades más importantes para el país que cuenta con programas que tienen como meta para el 2025 que todos los mexicanos cuenten con acceso a los servicios de salud (SSA, 2009). Es por eso que la Ley Federal de Protección al Adulto Mayor señala en su "Título 30.Artículo 90 que la familia de la persona adulta mayor deberá cumplir su función social, por tanto, de manera constante y permanente deberá velar por cada una de las personas adultas mayores que tomen parte de ella, siendo responsable de proporcionar la satisfacción de factores necesarios para su atención y desarrollo integral (Ley de los derechos de los adultos mayores, 2009.[18]

Los centros hospitalarios en México, fueron diseñados para ofrecer servicios curativos de tipo agudo y no crónico o preventivo, y actualmente los adultos mayores constituyen el grupo de edad prioritario que demanda más la atención curativa lo que implica grandes costos para las instituciones hospitalarias.[19]

Son escasos los hospitales que cuentan con un servicio de geriatría, a pesar de la necesidad de participación, de un equipo de especialistas en geriatría y gerontogeriatría cuyo objetivo sea la preservación funcional del paciente envejecido.

La carencia de personal y de servicios especializados de geriatría de las instituciones de salud, pueden propiciar una atención inadecuada, con resultados negativos, tanto para los pacientes como para sus familiares, así como la duplicidad de esfuerzos y la carga excesiva de recursos financieros.

Los problemas que se presentan comúnmente en las instituciones de salud en las que no existen servicios geriátricos son: ingresos prematuros que generan complicaciones, reingresos y alta probabilidad de morbimortalidad. Estancias prolongadas más allá de lo necesario, que propician estados físicos y psicológicos perjudiciales, tratamientos tecnificados, y agresivos que aumentan la iatrogenia, limitación de acceso a los servicios de salud, por los altos costos de los tratamientos gerontológicos, consulta externa en la que se solicitan estudios en cada entrevista, gran número de medicamentos prescritos y en ocasiones el regreso del paciente que no mejora o empeora.[20]

Por lo que la calidad en la Atención de Salud requiere una explicación de las diferentes dimensiones y los ejes fundamentales desde donde se puede reconocer la calidad de un sistema de salud. Esto implica reconocer que en lugar de un problema teórico, uno se enfrenta con el paradigma de distinguir que la calidad es parte de un ineludible compromiso profesional, el de poner a disposición de los que deben tomar decisiones un marco de acción para lograr la excelencia y mejorar la calidad de la Atención en Salud. Debido al proceso de globalización que vive el mundo y los constantes acontecimientos que se suscitan en las entidades que brindan servicios

de salud, es importante que la enfermera como uno de sus miembros tenga un manejo adecuado de adultos mayores hospitalizados, considerando que las relaciones interpersonales con los usuarios deben ser oportunas, continuas, dinámicas y libres de riesgo; así todo lo perciban lo expresara y permitirá de esta manera medir la calidad de atención que brinda por la enfermera.[7]

La satisfacción está definida como el cuidado de enfermería y se conceptualiza como el grado de congruencia entre las expectativas del paciente de la atención ideal de enfermería y su percepción del cuidado real que recibe, utilizando tres áreas de dimensión en satisfacción del paciente, a)área técnico profesional, que se refiere a las funciones de cuidado de enfermería instrumental, por ejemplo; conocimiento de enfermería, cuidado físico al paciente, habilidad y capacidad de implementar el cuidado médico, b) área de relación educativa, que se refiere al intercambio de información entre el paciente y la enfermera, incluyendo. Actividades tales como, respuesta a preguntas, explicación y demostración y c) relación de confianza donde se incluyen las medidas de comunicación verbal y no verbal; por ejemplo interés en el paciente, sensibilidad hacia la gente y sus sentimientos y el escuchar los problemas del paciente.[7]

Estudios analizados sobre satisfacción del paciente con el cuidado de Enfermería fueron realizados en entornos hospitalarios con pacientes adultos., en México por Caligiores.[21] encontraron que la enfermeras no respetan la intimidad de los pacientes (51%), no se dirigen a los pacientes por su nombre o apellido (32%), los pacientes no conocen el nombre de la enfermera que los atiende (49%) y más de la mitad de los pacientes (58%) refiere la atención de enfermería como buena.

M Pineda[22] encontraron una media de satisfacción de 91.51 y mediana de 93, lo que muestra satisfacción del usuario con el cuidado de enfermería. Los usuarios del sexo masculino presentaron un nivel de satisfacción más alto (93.5).

En el estudio de Ponce J para la mitad de los pacientes la calidad de atención de Enfermería fue insuficiente.[23] En el estudio de Balseiro.[24] Los pacientes

consideraron que reciben un trato de Enfermería con calidez y amabilidad (80%), que la relación Enfermera paciente es excelente (85%) y que las Enfermeras desarrollaron de manera excelente sus procedimientos (88%).

En un estudio García D, en general el nivel de satisfacción que se obtuvo de las tres dimensiones fue el 58% para satisfacción alta, el 40% resultó medianamente satisfecho y el 2% mostró satisfacción baja.[25]

En el estudio de Rubio P Respecto al tiempo de espera es otro factor preponderante para los pacientes y sus familiares (12.67%), la calidad y satisfacción en el servicio de la institución es buena, no llega a tener tanto impacto como el tiempo de espera y los informes a los familiares del estado de salud el usuario.[26]

Bajo estas circunstancias se establece la siguiente pregunta.

¿Cuál es la satisfacción del adulto mayor hospitalizado con la atención del personal de enfermería en el Hospital General ISSSTE Pachuca, Hidalgo.

1.2. Justificación.

Considerando que el servicio de enfermería sea de calidad, la enfermera debe tener en cuenta su preparación, sus conocimientos, no solamente desde el punto de vista científico sino también desde las dimensiones del hombre, sus costumbres, cultura, creencias religiosas, las cuales en un momento determinado enmarcarán el cuidado que éste requiera. Por esta razón el estudio y la investigación que deben acompañar no solo a la enfermera, sino a todo el personal que conforma su equipo de trabajo, proporcionan herramientas que la conducen al conocimiento científico, moral y humano para ofrecer un cuidado dirigido no solo al aspecto físico, sino también a otras dimensiones, las cuales tratadas en conjunto conducen al cuidado de la dignidad humana.

El cuidado de enfermería debe girar alrededor de virtudes como la honestidad,

la alegría, la sinceridad, la paciencia, basadas en un gran espíritu de servicio y amor, no solo a la profesión sino al hecho de brindar un cuidado de calidad, dando lo necesario en el momento oportuno para así asegurar su bienestar.

Esto es percibido por el paciente a través de la confianza, la esperanza, el coraje, la experiencia de vida y la relación que se logre establecer con la enfermera que lo atiende, de la misma forma el paciente es capaz de valorar y reconocer el servicio que está recibiendo.

Desde este enfoque la percepción que el paciente tenga sobre el cuidado que recibe, de enfermería es importante para retroalimentar no solamente la profesión sino también el servicio que cada una de las instituciones de salud ofrece a las personas; y ella está relacionada con el grado de satisfacción que el paciente tenga.[27]

Desde esta perspectiva esta investigación es importante desde el punto de vista teórico porque se revisara la teoría y conceptos del cuidado humano y cuidado trans personal relacionadas con la satisfacción de las necesidades básicas del adulto mayor y de esa forma se actualizan sus conocimientos el personal de enfermería que atiene al adulto mayor.

Esta investigación es importante para la práctica de enfermería porque permitirá a través de los resultados y de las acciones que se implementan a partir de estos mejorar el cuidado humano ofrecido al adulto mayor, en la satisfacción de sus necesidades básicas a fin de alcanzar su nivel funcional óptimo.

Igualmente en el contexto metodológico se justifica porque se utilizaran técnicas y métodos de investigación para la elaboración, que permite la recolección de la información relacionada con el problema planteado y también se espera que este estudio sirva de guía a otros investigadores interesados en el tema.[28]

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Determinar el grado de Satisfacción del adulto mayor hospitalizado con la atención del personal de enfermería en el Hospital General ISSSTE Pachuca; Hidalgo.

1.3.3. Objetivos específicos

- Describir las características socio demográficas del adulto mayor hospitalizado.
- Valorar la satisfacción del adulto mayor hospitalizado con la atención del personal de enfermería, en la dimensión de relación interpersonal.
- Identificar la satisfacción del adulto mayor hospitalizado con la atención del personal de enfermería, en la dimensión de educación.
- Analizar la satisfacción del adulto mayor hospitalizado con la atención del personal de enfermería en la dimensión el cuidado técnico

1.4 Hipótesis

Hipótesis de trabajo (Ht). Existe Satisfacción del adulto mayor hospitalizado con la atención del personal de enfermería.

Hipótesis nula (Ho). No existe Satisfacción del adulto mayor hospitalizado con la atención del personal de enfermería.

II REVISIÓN DE LITERATURA

2.1. Antecedentes históricos del adulto mayor

A lo largo de su vida, el viejo ha sido testigo de una serie de modificaciones que tiene que afrontar y a las que debe adaptarse; la familia en la que creció y se

desarrolló como individuo no tiene nada que ver con el medio familiar en que vive, cuando ya está en una edad avanzada. La vejez ha sido considerada a lo largo de la historia y en la actualidad como uno de los problemas que más han preocupado y preocupan a la sociedad[29]

En las sociedades primitivas, partiendo de la premisa que la vejez era un estado o situación con un marcado carácter excepcional, al ser escaso el número de individuos que alcanzaban el grado de viejos, la comunidad adoptaba frente a este fenómeno anormal e inusual de la vejez, una actitud que se movía entre la eliminación o el abandono y el respeto o la consideración hacia los ancianos.[29]

El abandono o la eliminación de los ancianos estaba además claramente condicionada, no tanto por la edad del individuo, sino por su condición en cuanto al mantenimiento de los vicios achacosos, que suponían tenia carga que en ocasiones era insostenible para estas sociedades, especialmente para las nómadas, las cuales moverse con facilidad.[29]

Algunas tribus consideraban a los ancianos una carga de la que había que desprenderse; como los indios Pina de California que los adoraban, los Horaques, los Chuchees y los Bosquimanos mataban a los viejos estrangulándolos en un rito ceremonial. Los Yacutos los abandonaban en los montes del Norte de Siberiana un banco de hielo, en climas menos gélidos; los Ojivas del norte cuidaban bien a sus ancianos hasta cierta edad, pero en la vejez extrema cuando eran inválidos, los abandonaban o los mataban. En Japón sacrificaban a los muy viejos en la montaña de la muerte; mientras que en Bali, algunas tribus antropofágicas además de sacrificarlos se los comía.[29]

Sociedades antiguas

En la Grecia arcaica, se vinculaba la idea de honor con la de vejez. En cambio, en la literatura griega son numerosas las burlas y sátiras que tienen como protagonista al anciano. A pasar de qué participaban en los órganos del poder, los ancianos eran respetados pero no queridos.[30]

La escuela hipocrática afirma que el proceso de envejecimiento se iniciaba a partir de los 50 años. Se producía a causa de un desequilibrio de los humores, diferenciados del desequilibrio que provocan y facilitan las enfermedades. Aristóteles mantenía que la vida se pierde poco a poco en la vejez por la pérdida de calor interno, o sea la senescencia es un enfrentamiento progresivo de la fuerza vital acumulada en el desarrollo[30]

Algunas ciudades griegas tenían instituciones encargadas del cuidado de los ancianos abandonados, sin familia y con escasos recursos, en Atenas se repartía comida gratuita a los viejos necesitados que podían recibirla hasta el fin de sus días, era de las ciudades que más cuidaba a sus viejos, Gerusia era un consejo de 30 ancianos que dirigían y controlaban la política de la República, estos vocablos dieron origen a la palabra Gerontología Cristianismo: Marca el final del mundo antiguo. Esta religión se impuso en el seno del imperio romano, se difundió entre los bárbaros y se convirtió en la ideología de occidente, pero no consiguió mejorar la suerte de los ancianos. La aportación de la iglesia fue positiva, ya que se crearon a partir siglo IV, hospitales y hospicios.[31]

La edad media, fue un periodo de destrucción, confusión y de gran retroceso en la evolución de la humanidad. Durante esta época los ancianos estuvieron casi excluidos de la vida pública, siendo los jóvenes quienes dirigían el mando. El hombre de experiencia en esta sociedad tenía escaso valor. Era una sociedad dividida en tres órdenes: los que rezaban, los que peleaban y los que trabajaban.[31]

Durante el siglo XV, el desprecio a la vejez se manifiesta en las artes y en las letras. Los pintores italianos ignoran la vejez, los flamencos y alemanes se ensañan con ella, especialmente con la mujer vieja, a la que representa arrugada y decrepita asimilándola a la imagen de la bruja con la que tanto se ensaño la inquisición. En esta época se rechaza a los viejos que quisieron suprimir.[31]

En la revolución industrial, se produce un aumento de la población europea a causa de una mejora de la higiene y otros factores favorecedores. Esto resulta en un aumento de la longevidad. Pero de todas formas se repite el esquema de otras épocas; el anciano es respetado pero no amado. Las transformaciones causadas por la revolución industrial, fueron nefastas para los ancianos, cuando los menos favorecidos consiguen alcanzar una edad más longeva, la vejez los condena a la indigencia. El viejo que no podía ser mantenido por su familia solo podía contar con los auxilios que le dispensaba la iglesia. O eran abandonados en los hospicios por los hijos que estaban en la más absoluta miseria. Era una situación similar a la de la época de la edad media.[32]

Por lo tanto, se puede decir que el anciano pierde en la estructura del mundo urbano, los dos pilares del poder o los poderes primordiales del rol social, que son: el dinero y el conocimiento. Aquí la expresión del rol sin rol toma cuerpo, ya que los ancianos pasan a pertenecer a un grupo social que no posee obligaciones, porque en una edad más joven estás vienen dadas por el rol laboral activo, con el consecuente status económico y social. Así también tienen una especial repercusión en el ámbito sanitario por las características de la patología de este grupo de edad.[28]

En el México prehispánico en el código Mendocino y los escritos de Fray Bernardino de Sahagún), hay algunos testimonios acerca de las situación y el papal social que desempeñaban los ancianos, así como las consideraciones y el respeto al que era merecedores.

Para los mexicas, la ansiedad llegaba a los 52 años y los ancianos eran venerados, honorados por la familia, y si se habían dedicado a la política, disfrutaban en sus últimos años de una vida pasible llena de honores.

Los viejos que conservaban sus facultades eran el vínculo personal con los dioses, era un privilegio llegar a viejo, pero este don debía sustentarse en sabiduría y prudencia para que el anciano fuera respetado y apreciado. De acuerdo a su

cosmovisión, los antiguos mexicanos concebían a la tierra como lugar de sufrimiento, sin embargo, la vejez era estimada como un gran don de dios.

A la llegada de los españoles a Tenochtitlán, se resaltaba el valor de los viejos, estos eran respetados por todos, el anciano daba consejos, amonestaba y advertía que la risa, el sueño y los alimentos eran para el hombre, fuerza y robustez y que con el acto sexual, se hacía cimbra de gente, además estaba con los méritos para ser denominada Ciudad Saludable, debido a sus costumbres sanitarias, valores en el aseo personal, vivienda, vestido, estilo de vida, artes y entretenimientos.

El siglo XX se caracterizó por un acelerado ritmo en el progreso tanto científico como tecnológico, que unidos a la disminución en las tasas de fecundidad acompañada de una serie de repercusiones de carácter ético, social y económico.[33]

En la sociedad, la vejez es una etapa de vida que está teniendo una creciente importancia por el aumento del número de integrantes, en una sociedad evolucionada, la tradición es menos importante que la flexibilidad y el progreso de los conocimientos en cuanto a los aspectos sociales que están vinculados con las personas mayores y con el entorno en que viven, ya que el valor de las personas de edad se encuentra disminuido y en cambio aumenta en proporción el de los jóvenes.[33]

Por lo tanto, puede decir que el anciano pierde estructura del mundo urbano, los dos pilares del poder o de los poderes primordiales del rol social, son: el dinero y el conocimiento. Aquí la expresión del rol toma cuerpo, ya que los ancianos pasan a pertenecer a un grupo social que o posee obligaciones, porque en la sociedad están bien dadas por el rol laboral activo, con el consecuente status económico y social. Así también tienen una especial repercusión en el ámbito sanitario por las características de las patologías que se pueden presentar en este grupo edad.[33]

Con lo anterior se puede explicar que en el contexto cultural de cada época, se han producido posiciones diferentes para el anciano, algunas veces ha sido respetado y otras discriminado y excluido. Por ello señalan que si se compara un hombres de

clase media y uno que no vive en extrema pobreza de la misma edad, se encontrara que el que tiene condiciones precarias aparenta mayor edad, en al primero, porque el concepto de tiempo es abstracto, y se objetivista cuando se realizan tareas y actividades dentro de ciertos marcos sociales. El hombre vive sus etapas dentro de límites biológicos, psíquicos y socioeconómicos que se objetivan en el ritmo de desgaste y deterioro de salud.[33]

Se clasifica al anciano por la edad y por el grado de desarrollo del país; es así como se propone, para los países desarrollados un límite de 65 años o más y para los países en desarrollo, 60 años o más.[33]

Debido a los avances tecnológicos, médicos y en atención a la salud, la esperanza de vida ha ido en aumento, por lo que hoy en día para la población general es de 75.4 años; para los hombres es de 73.0 años de edad y para las mujeres es de 77.9 años de edad. De tal forma, en la actualidad la pirámide poblacional se ha invertido y a nivel mundial, existen 606,4 millones de adultos mayores aproximadamente.[33]

2.2. Adulto mayor

Se ha conceptualizado como una serie de términos que se utilizan para la designación de la etapa: entre los cuales se encuentran: tercera edad, vejez, senectud, ancianidad o adulto mayor. Entre todas estas conceptualizaciones existe un punto común y es que se toma como referencia para establecer la vejez, el momento en que se producen las transiciones del papel que desempeña la persona en la sociedad, a partir del establecimiento del nuevo status asumido por este grupo social, con sus normas, expectativas y cambios de roles, esencialmente se toma como indicador de tiempo la etapa de jubilación. También se define como adulto mayor la etapa de la vida que comienza alrededor de los 60 años hasta la muerte[34] mientras Llanes lo definen como el período entre los 60 y 80 años, refiriéndose además que a partir de los 80 años se habla hoy en día de una cuarta edad, período que también es definido como “longevidad”.[35] 35 Por su parte Espinosa define el proceso de envejecimiento como. Un proceso dinámico, progresivo e irreversible en

el que intervienen múltiples factores biológicos, psíquicos y sociales interrelacionados entre ellos. Son cambios estructurales y funcionales que ocurren después de alcanzar la madurez reproductiva, que implica una disminución de la capacidad de adaptación ante factores nocivos y tiene como consecuencia un aumento de las probabilidades de muerte en el tiempo.[36]

Fernández Guerra considera que es importante definir al adulto mayor en su situación social de desarrollo, y percibirlo como un ser activo que asume un importante rol en su familia y como ser social.[37]

En sentido general, es necesario señalar que los rasgos de la personalidad del adulto mayor se caracterizan por una tendencia disminuida de la autoestima, las capacidades físicas, mentales, estéticas y de rol social. No obstante estas características pasan por el prisma individual de cada sujeto, la misma puede asumir un tono lógico que tiene que ver con la historia personal de vida de cada sujeto y la calidad con que se ha vivido las etapas anteriores de la vida.[37]

2.2.1. Aspectos fisiológicos del envejecimiento

El envejecimiento es un fenómeno universal, donde ocurren modificaciones biológicas, psicológicas y sociales, consecuencia de los de los cambios celulares, tisulares, orgánicos y funcionales; es una programación genética inflada tanto por factores ambientales como por la capacidad de adaptación del individuo[38]

El proceso del envejecimiento se inicia entre 20 a 30 años de edad, cundo el organismo alcanza su grado total de madurez y la acción del tiempo comienza a producir modificaciones morfológicas y fisiológicas en el individuo que se manifiesta con el deterioro progresivo e irreversible del organismo hasta hacerlo incapaz de enfrentar las circunstancias y condiciones del entorno, pero estos cambios no deben considerarse problemas de salud, sino variantes anatómicos fisiológicos normales.[38]
Los cambios del adulto mayor como persona son los siguientes[38]
Biológicos: Se consideran los cambios de fisiológicos a nivel celular

Durante la vejez acontecen una serie de factores interrelacionados que tienen una importante incidencia en los cambios psicológicos durante el envejecimiento:

- Modificaciones anatómicas y funcionales en el sistema nervioso y órganos de los sentidos.
- Modificaciones en las funciones cognitivas.
- Modificaciones en la afectividad: pérdidas, motivaciones, personalidad.[38]

Psicológicos: pueden estar sujetos a percepciones subjetivas tanto de la persona que los manifiesta como de la persona que puede evaluarlos. Hay personas que viven con seria preocupación el declive de algunas funciones y otras que no lo valoran adecuadamente. En general con el envejecimiento existe un declive y un enlentecimiento de las capacidades cognitivas, aunque existe una enorme variabilidad y depende de numerosos factores (nivel educativo, dedicación laboral, actividad física, etc)

Si evaluaan las capacidades cognitivas por separado en el envejecimiento puede encontrar encontrar[38]

1) Procesado de la información. Existe un enlentecimiento en general que puede ocasionar un enlentecimiento también en la emisión de respuestas. Hay una serie de factores que pueden afectar negativamente al procesamiento de la información: estados de ánimo negativos, ansiedad, preocupación ante las pérdidas que se detectan lo que incrementa la ansiedad.

2) Inteligencia. Se mantiene estable durante la etapa de la vejez aunque suele aparecer un enlentecimiento y un aumento del tiempo de respuesta frente a un problema. Este enlentecimiento puede manifestarse como fatiga intelectual, pérdida de interés, dificultades en la concentración. No obstante los cambios significativos en la inteligencia se apreciarían a partir de los 70 años. Existen dos tipos de inteligencia: la fluida y la cristalizada.

- *Inteligencia cristalizada*. Esta no se modifica con el paso de los años. Está relacionada con los conocimientos adquiridos previamente.

- *Inteligencia fluida*. Se ocupa de procesar la nueva información y adquirir nuevos conocimientos. Puede verse disminuida sobre todo en tareas que impliquen concentración, rapidez, atención y pensamiento inductivo

3) Memoria. La memoria inmediata se mantiene relativamente bien preservada. La memoria a largo plazo se mantiene conservada. Es la memoria reciente la que empieza mostrar déficits, con dificultad de la persona para recordar hechos muy recientes. Estos pequeños olvidos cotidianos suelen ser el signo más característico de los cambios psíquicos en el mayor.

4) Lenguaje. La capacidad de lenguaje se mantiene. La forma (sintaxis) no se altera y el proceso comunicativo se mantiene razonablemente bien, aunque puede estar enlentecido.

5) Afectividad emocional. La vejez está marcada por las pérdidas (familiares, laborales, sociales, físicas, etc). La afectividad depende de la personalidad del propio individuo y de su capacidad para enfrentarse a los cambios y pérdidas.

Cambios sociológicos: afectan a toda el área social de la persona: su entorno cercano, su familia, su comunidad y la sociedad en general. Hay cambios en el rol individual como individuo y como integrante y de una familia, y hay cambios en el rol social (laborales y dentro de una comunidad)[39]

1) Cambios en el rol individual. Dependerá de la capacidad y de la personalidad del individuo para afrontar los cambios de rol que le tocará vivir (como abuela, al perder a su pareja, al tener que abandonar su hogar, etc). Por otro lado con el avance de los años surgen problemas de fragilidad, dependencia y enfermedad que condicionan a la familia y al adulto mayor en el cambio de roles de cuidado.

2) Cambios en el rol social. La jubilación que se verá más adelante es un cambio importante por todas las repercusiones que tiene. Por otro lado las redes sociales y las relaciones pueden verse mermadas, aumenta la distancia inter generacional. En este caso también aparecen los prejuicios y mitos relacionados con la vejez que cada sociedad pudiera tener.

Jubilación: es la situación laboral por la cual una persona tiene derecho a una remuneración tras alcanzar una edad reglamentaria para dejar de trabajar. En Europa se estableció en 1984 la edad de 65 años, pero actualmente en cada país esta edad se ha retrasado, como en España que ha sido fijada a los 67 años.[39]

Las principales consecuencias que tiene la jubilación son: pasar de un estado de actividad laboral a un estado de inactividad, pérdida de capacidad adquisitiva en muchos casos, pérdida de contactos sociales y aumento del tiempo libre.[39]

Las repercusiones que puede tener sobre la salud serían las siguientes: estados de ansiedad, estados de depresión, labilidad emocional, trastornos del sueño, dificultad para relacionarse, etc. Numerosos estudios han demostrado que la pérdida de actividad de la jubilación sino es reemplazad puede dar lugar a un declive en las funciones cognitivas.[39]

Se han puesto en marcha desde hace años iniciativas dirigidas a prevenir las consecuencias negativas de la jubilación y a plantear programas preventivos para desarrollar cuando llegue el momento de jubilarse. Todos ellos van dirigidos a mantener activa y estimulada a la persona, a saber gestionar el tiempo libre y a adaptarse a los cambios que inevitablemente acompañan a la jubilación.[40]

2.2.2. Vejez satisfactoria

La vejes satisfactoria es un término que se ha acuñado para hacer referencia a las personas mayores que envejecen de forma sana, saludable y satisfactoria.[41]

El "envejecimiento satisfactorio” se definen con 3 criterio:[41]

Personas mayores sin enfermedades graves ni probabilidad de padecerlas en ese momento, ni discapacidades que les impida mantener una salud física adecuada a su edad, capacidad física y cognitiva funcional que les permite mantener las actividades diarias relacionadas con el auto cuidado personal , autonomía y vida activa social y personal[41]

En general los criterios que se utilizan para considerar una vejez y envejecimiento satisfactorio son: Ausencia de patología, especialmente

grave, Ausencia o muy poca dependencia de otros. Lo que permite que las personas mayores que cumplen estos criterios puedan desenvolverse de forma satisfactoria tanto a nivel físico como psicológico y mantienen un nivel aceptable de vida social y de relaciones sociales. Por lo tanto el envejecimiento patológico es el que reúne estas dos características o por lo menos una de ellas, son personas mayores que precisan de otras para satisfacer los requisitos mínimos para vivir[41]

Mientras el envejecimiento satisfactorio contradice los estereotipos tradicionales asociados a las personas mayores y a la vejez. Su estudio no solamente prueba la presencia de modos sanos de envejecer al alcance de una mayoría de personas, sino también nos puede permitir cuáles son los factores que determinan este éxito y que evita que las personas se deslicen prematuramente a un envejecimiento patológico". Los criterios concretos que se utilizan para valorar el envejecimiento sano o satisfactorio son: Medidas objetivas como salud física, estado cognitivo normativo, adecuado sano y capacidad para realizar actividades normales que le permiten mantener un nivel de autonomía personal normal, sin dependencia, en cuanto a las medidas subjetivas como la percepción personal de la propia persona en cuanto a sus capacidades y habilidades, los estados emocionales que vivencia y el control que percibe que tiene sobre sí mismo y la satisfacción personal que percibe sobre su vida en general[42]

2.2.3. Fragilidad en el adulto mayor:

El envejecimiento humano es un proceso que se caracteriza por la pérdida progresiva de las capacidades físicas y cognoscitivas, y el mantener la independencia funcional hasta el final de la vida ha sido la meta más ambiciosa de la geriatría. La fragilidad es un concepto relativamente nuevo, el cual describe a un síndrome, producto de la disminución en la reserva homeostática y de la resistencia el individuo frente al estrés (como una enfermedad aguda, una cirugía o la administración de quimioterapia). La fragilidad incrementa la vulnerabilidad de los individuos para muchos efectos deletéreos tales como el riesgo del miedo a caerse, de inmovilidad, de fractura de cadera y de muerte. Además las personas frágiles les utilizan con más frecuencia todos los servicios de salud. Es continuo asociado a la

edad avanzada y que actúa, sobre el plano biológico, en la deficiencia de diversos sistemas: endocrino, cardiovascular, músculo-esquelético, inmunológico y nervioso.

El proceso de envejecimiento no sólo vuelve vulnerable al organismo, sino que aumenta el riesgo de la aparición de deficiencias y discapacidades. Para la Organización Mundial de la Salud la discapacidad corresponde a una reducción, parcial o total, de la capacidad de llevar a cabo una actividad de la forma o en los límites considerados como normales para el ser humano.

Los problemas que llevan a la discapacidad son múltiples tales como el deterioro cognitivo, la depresión, la comorbilidad, o el aislamiento social o las actividades. Sin embargo, la interrelación entre estos y otros factores y su impacto en las capacidades físicas de los adultos mayores no han sido del todo estudiadas. Es muy probablemente, el modelo explicativo de la generación de la fragilidad sea uno de los progreso en la integración de esos estados.[42]

2.2.4. Síndrome geriátrico

El Síndrome puede definirse como el conjunto de signos y síntomas que caracterizan una enfermedad. Sin embargo, esta definición no se aplica al síndrome geriátrico, término utilizado para el sin toma o conjunto de síntomas complejos con alta prevalencia en los adultos mayores resultantes de múltiples enfermedades y factores de riesgo. Se esquematiza cómo múltiples enfermedades cada una de ellas por diferentes mecanismos patogénicos–, asociados a los cambios en la reserva funcional, se manifiestan por un mismo síntoma. Esto puede ser explicado por la teoría concéntrica interactiva de la enfermedad en intervenciones dirigidas al punto donde convergen diferentes factores de riesgo, para evitar la aparición de la enfermedad.

Este proceso se diferencia de las teorías lineal y concéntrica de enfermedad. En la primera, un factor de riesgo condiciona una enfermedad específica, como los

síndromes de Down, que presenta un cuadro clínico en la fase temprano y tardío de la enfermedad.

La segunda se produce por distintos factores de riesgo que, sin tener efectos de riesgo que, sin tener efecto sinérgico entre ellos, convergen en el proceso fisiopatológicos para producir una enfermedad un ejemplo seria la diabetes mellitus.

Existen distintos factores de riesgo para un adulto presenta un síndrome geriátrico. A una revisión sistemática se identificó que la edad avanzada, la presencia de deterioro cognitivo y funcional crónico, así como evidencia de alteraciones en la movilidad[43]

2.3 Profesional de Enfermería

La enfermera Benner estudió el ejercicio clínico de la enfermería con el propósito de descubrir y describir el conocimiento que conlleva la práctica profesional, es decir, el conocimiento que se acuerda a lo largo del tiempo en una disciplina práctica y de descubrir la diferencia que existe entre conocimiento y práctica y teórico. Benner afirma que el desarrollo del conocimiento de una disciplina práctica consiste en extender el conocimiento práctico mediante investigación científicas basadas en la teoría y mediante la documentación (saber cómo); ha desarrollado a través de la experiencia clínica en el ejercicio de esa profesión.[44]

Considera que los profesionales de enfermería no se han esforzado en documentar su aprendizaje clínico y ésta ausencia de observación de nuestras actividades y observaciones clínicas priva a la teoría de enfermería del carácter único y de la riqueza del conocimiento que conlleva al ejercicio clínico experto.[44]

Los científicos han distinguido perfectamente las relaciones causales interactivas, el *“saber qué"*, del *"saber cómo”*, citando a los filósofos de la ciencia Kuhn, Polannyi y Banner subraya la diferencia del *"saber cómo”*, dado como un conocimiento práctico que puede eludir formulaciones, del *"saber qué",* es la forma de conocimiento que se basa en establecer relaciones causales entre los hechos. El

"saber cómo" es la adquisición de una habilidad que puede oponerse al "saber qué", es decir que puede conocer el cómo antes del desarrollo de una explicación teórica.[44]

Lo antes expuesto implica que el personal de enfermería debe desarrollar la base de conocimientos científicos de su ejercicio profesional y a través de la investigación científica y de la observación, comenzar a recopilar y desarrollar las habilidades clínicas.[44]

Se trata de una situación que puede realizarse con la adquisición y desarrollo de habilidades: principiantes, avanzado, competente, habilidoso y experto.[45]

El profesional de enfermería no sólo está obligado a realizar los actos que le son, sino que tiene el deber de salvaguardar los principios éticos mediante una práctica profesional basada en la excelencia. Al ser la enfermería una ciencia fundamentalmente humana, y teniendo en cuenta que las últimas décadas se han caracterizados por grandes cambios tecnológicos y sociales, la enfermera debe tener un profundo conocimiento de la ciencia ética para llevarla a la práctica en su quehacer profesional cotidiano.

De igual modo, ésta se encuentra constantemente ante dilemas éticos de difícil solución de forma individual. Debemos tener en cuenta que el paciente quiere ser cada vez más partícipe en su propio proceso y en las decisiones que lo van a afectar. La relación enfermera-paciente es cada vez más amplia, ya que en ellos se involucran factores ajenos a ambos, como son los avances técnicos. Esta circunstancia va exigir la participación activa de un equipo compuesto por diferentes profesionales, para la resolución de los problemas que se plantean. Este equipo multidisciplinar sería el Comité de Ética.[46]

Ya que el profesional de enfermería tiene sus fundamentos en derechos y deberes y a través de la deontología se busca el respeto de los derechos humanos, el valor a la vida y el no daño al próximo de manera deliberada. En México, existen pocos fundamentos deontológicos, [28] entre los más relevantes se encuentra el juramento de enfermería, el decálogo de la enfermera y actualmente el código de ética

para enfermeras.[46] El papel que juega la enfermería dentro del Sector Salud es de suma importancia, ya que está en contacto directo con el usuario sano o enfermo, en los casos de hospitalización las 24 horas del día, están bajo su custodia y su responsabilidad, por lo que es necesario que el personal esté actualizado en cuanto a los conocimientos técnicos y científicos, pero además debe conocer las implicaciones legales en las que puede incurrir al ejecutar su trabajo.[29]

Rosemary Perse define la enfermería como una ciencia humana, que como una ciencia basada en las ciencias naturales, la enfermería basada en la ciencia humana destaca el cuidado y la salud más que la enfermedad. Parse en (1987), presentó dos visiones del mundo de la enfermería: el paradigma de la totalidad y el paradigma de la simultaneidad.

El paradigma de la totalidad contempla al hombre como una combinación de factores biológicos, psicológicos, sociológicos y espirituales. El paradigma de la simultaneidad, contempla al hombre como un ser humano unitario en interacción continua y mutua con el entorno. E identifica a Enfermería como una ciencia humana y arte que utiliza un cuerpo abstracto de conocimientos para servir a las personas. Es responsable de orientar a los individuos y las familias en las posibles elecciones para modificar el proceso de salud, se centra en la calidad de vida del cliente desde su propia perspectiva.[47]

Con relación la Satisfacción del Paciente, Risser (1975) fue una de las primeras que definió la satisfacción del paciente con el cuidado de enfermería y lo conceptualizó como el grado de congruencia entre las expectativas del paciente de la atención ideal de enfermería y su percepción del cuidado real que recibe, utilizó tres áreas de satisfacción del paciente: a)área técnico profesional, que se refiere a las funciones de cuidado de enfermería instrumental, por ejemplo, conocimiento de enfermería, cuidado físico al paciente, habilidad y capacidad de implementar el cuidado médico, b) área de relación educativa, que se refiere al intercambio de información entre el paciente y la enfermera, incluyendo actividades tales como, respuesta a preguntas, explicación y demostración y c) relación de confianza donde

se incluyen las medidas de comunicación verbal y no verbal, por ejemplo interés en el paciente, sensibilidad hacia la gente y sus sentimientos y el escuchar los problemas del paciente.[7]

2.4. Satisfacción

La psicología es una de las ciencias que más se ha dedicado al problema de la satisfacción. Múltiples teorías, representaciones empíricas y aproximaciones metodológicas han confirmado, desde final del siglo XIX e inicio del XX, la importancia de la dialéctica satisfacción-insatisfacción en la comprensión del comportamiento humano. Esta dialéctica se ha convertido en el núcleo central de todas las comprensiones psicológicas de la dinámica del comportamiento. Si alguna duda se albergara sobre este hecho, para disiparla bastaría con recordar los nombres de Freud, James y Winsbaguer, luego de Rogers y Maslow y, más recientemente, la teoría de las emociones intelectuales, o de la programación neurolingüística.[48]

El porqué de la importancia de la satisfacción en los sistemas de regulación del comportamiento humano es una pregunta compleja. Al respecto cabe decir que si bien, tradicionalmente, la psicología vinculó la satisfacción con una definición restringida del comportamiento, los más recientes estudios usan definiciones de mayor alcance.[48]

La definición de satisfacción es la acción de satisfacer. Gusto, placer. Realización del deseo o gusto. Razón o acción con que se responde enteramente a una queja. También significa pagar enteramente lo que se debe, aquietar, saciar, dar solución, cumplir, llenar. Gustar, agradar a una persona algo o alguien. Aquietarse o persuadirse con una razón eficaz. Estar conforme uno con algo o alguien”[49] Es evidente que a partir de estas definiciones resulta difícil determinar qué es satisfacer y sentirse satisfecho, pero en esencia el fenómeno muestra tres aspectos esenciales, los cuales son destacados por Zas[50]. La satisfacción es siempre respecto de algo (o alguien); tiene que ver con algo que se quiere (se espera, se desea, etc.), y con lo que se entra en relación a la espera de un cierto efecto.[49]

Siguiendo a Zas se puede decir que la satisfacción es la resultante de un proceso que se inicia en el sujeto concreto y real, culmina en el mismo, y en tal sentido es un fenómeno esencialmente subjetivo, desde su naturaleza hasta la propia medición e interpretación de su presencia o no[51]. Sin embargo, para que exista satisfacción o insatisfacción, como algo sentido en un sujeto, muchas veces debe haber al menos una intención en otro de realizar una acción causante de un determinado resultado valorado como positivo o no, como “satisfactorio” o no.[51]

La satisfacción, entonces, no estaría dada sólo como una sensación o estado individual y único, aunque esa es su esencia, sino que sería esa sensación o estado único e irrepetible que se produce en cada sujeto, dado el desarrollo de todo un complejo proceso intra subjetivo e intersubjetivo. No es una evaluación apenas desde lo personal, sino también desde lo social, desde y con el otro, desde lo que como sujetos pertenecientes a grupos sociales determinados sienten de un modo o de otro.[51]

A su vez, hay dos perspectivas principales sobre la satisfacción como resultado o estado final. Una, la relaciona con un sentimiento de estar saciado, asociado a una baja activación, a una sensación de contento, de donde se asume que el producto posee un rendimiento continuo y satisfactorio.[50] La otra, y más reciente interpretación, incluye un rango de respuesta más amplio que la mera sensación de contento, pues en muchos casos la satisfacción supone una alta activación, por lo que se puede hablar de una satisfacción como sorpresa, positiva o negativa.

En la perspectiva asociada con la sensación de contento, la satisfacción corresponde a una visión utilitarista del comportamiento, la cual asume que la reacción del sujeto es el resultado del procesamiento de información y de la valoración del cumplimiento de las funciones que tiene asignadas un determinado producto. Como sorpresa, la satisfacción supone un ser humano que busca un placer hedonista, difícil de anticipar y valorar[52].

La satisfacción, que va más allá de sus elementos estructurales constituyentes: es su ámbito más general es un estado de la mente producido por una mayor o menor

optimización de la retroalimentación cerebral, en donde las diferentes regiones compensan su potencial energético, dando la sensación de plenitud e inapetencia extrema[51] y que la mayor o menor sensación de satisfacción, dependerá de la optimización del consumo energético que haga el cerebro.[52]

La perspectiva cognitivista se apoya en estudios experimentales previos, los cuales asumen que la satisfacción resulta de un procesamiento cognitivo de la información; además, suponen que este procesamiento actúa de manera independiente y puede dar cuenta de la satisfacción sin que medie la intervención de procesos afectivos. La satisfacción, entonces, es una evaluación emocional pos-compra o pos-uso que resulta de un procesamiento de la información relevante, el cual puede consistir en una comparación entre las expectativas del consumidor y el rendimiento percibido del producto, en la comparación social de costes y beneficios, así como en los procesos de atribución que realizan los consumidores. Esta perspectiva parece reflejar el dominio, desde finales de los años cincuenta, de la aproximación cognitiva en la investigación psicológica[52].

La perspectiva afectiva sostiene, que la satisfacción no se debe entender solo a partir del procesamiento de información, y considera fundamental la presencia del componente afectivo en el proceso de consumo o uso del producto. Supone, asimismo, que durante la experiencia de compra aparecen una serie de fenómenos mentales relacionados con sentimientos subjetivos, acompañados de emociones y estados de ánimo, y que estos elementos afectivos son distintos de la satisfacción y la anteceden[53].

2.4.1. Satisfacción del paciente adulto mayor respecto a los cuidados de la enfermera.

Este es un proceso de recolección de información relevante sobre la atención integral que recibe el adulto mayor y sirve como punto de partida para la implementación del cuidado de enfermería. Al decir integral, se entiende que debe obtenerse información sobre la satisfacción del cliente en la restauración de sus capacidades funcionales, el estilo de vida los valores y creencias respecto a la salud,

la familia y la comunidad, que por diferentes circunstancias estuvieron alteradas. Para tener éxito en la satisfacción del paciente es indicado e indispensable establecer una buena continuación, trato humanizado y calidad de los cuidados que depende de muchos factores, como la calidad del propio profesional de enfermería, el ambiente donde se desarrolla la actividad y la manera como el adulto mayor recibe los cuidados. Medir la satisfacción del cliente constituye un elemento importante, que permite evaluar el nivel de calidad y el actuar de la enfermera. A través de la identificación del cliente por su nombre, para fomentar un ambiente de confianza, de esta manera satisfacer las necesidades y expectativas que cada cliente tiene. Las necesidades correspondientes a aquellas que sin lugar a duda, el cliente espera ver satisfechas; es difícil que el cliente sienta la necesidad de algo que no entre de su marco de referencia; esta es la razón por la que el cliente siempre la formula en sus propios términos.[54]

Existen diferentes niveles de necesidades cuya satisfacción genera diferente impacto. La satisfacción de una necesidad considerada estratégica por el usuario indica mayor felicidad que si se trata de una necesidad operativa común. Las expectativas, son subjetivas y más cambiantes que las necesidades, aunque el cliente no las hace explicitas, su satisfacción determina en la gran medida la percepción por el cliente de la calidad en la atención. Es precisamente la existencia de expectativas, lo que hace que cada cliente sea distinto de los demás, hay que partir de la convicción de que el cliente, como ser humano que es, raramente está del todo satisfecho, lo cual ha de constituir un constante reto de superación permanente para el proveedor de la atención o cuidado. Es conveniente no olvidar que el producto o servicio que el cliente obtiene no suele ser más que un medio para satisfacer su auténtica necesidad. Las necesidades objetivas e implícitas se satisfacen con un desempeño profesional que frecuentemente no es presenciado por el cliente; en muchos casos no es capaz de juzgar esta" calidad interna, calidad del producto o del servicio" por lo limitado de sus conocimientos técnicos intervenidos entonces el nivel de instrucciones de cliente.[54]

Las expectativas requieren el concurso de habilidades eficaces y actitudes positivas por parte del personal en contacto con el usuario. El usuario se forma siempre de una

opinión sobre la atención que recibe, fundamentalmente se basa en formar una percepción global capaz de entender y percibir con claridad; esencialmente la forma de como se le presenta el servicio o se le entrega el producto, por lo cual es muy difícil alcanzar un nivel de servicio aceptable de calidad.[54]

2.5. Atención del paciente

La atención de enfermería abarca desde el nacimiento hasta la muerte, incluyendo los periodos de la enfermedad y la salud; esta actividad se basa en un compromiso moral entre la persona cuidada y quienes profesan el cuidado; para ello, la enfermera debe ser competente en el dominio del conocimiento científico, la aplicación de técnicas o conflictos biomédicos, caracterizándose por una actitud con alto valor moral para lograr el bienestar integral de las personas que cuida.[55]

La función de enfermería es conservar, promover, recuperar y rehabilitar el estado del paciente adulto mayor, así como apoyarlo a integrarse a una vida útil; este cuidado da una acción psico dinámica que se desarrolla en estudios de dependencia y que finaliza cuando el usuario goza de total independencia.[55]

La enfermera participa en el cuidado de las necesidades del adulto mayor, como lo definía F. Naghtingale en el siglo XIX. Esta ayuda influye el cuidado del entorno creando las condiciones para que el organismo reaccione positivamente ante los cuidados que son de carácter integral porque las necesidades humanas representan lo físico, psicológico y cultural, donde cada necesidad insatisfecha afecta al ser humano como un todo, así por ejemplo la falta de conocimiento, ignorancia sobre acontecimientos de su estado de salud, crea una incertidumbre, inseguridad y ansiedad, por tanto la enfermera de poseer habilidades y destrezas que permitan al adulto mayor verbalizar y fortalecer su personalidad, a través de una relación humana que genere confianza y empatía, permitiendo a la enfermera conocer al paciente adulto mayor a quien brinda su cuidado y esta persona acepta, participar del cuidado que recibe y se empodere del saber del cuidarse así mismo, siendo el cuidado de enfermería un proceso mental que se expresa a través de sus acciones, palabras, actitudes y aplicación de técnicas propias[55]

Se puede concluir que los cuidados de enfermería basados en la calidad y calidez son una herramienta vital que permitirá el desarrollo profesional en la sociedad.[55]

La atención en el cuidado de enfermería no solo se ocupa de los aspectos clínicos terapéuticos del paciente, sino que además encierra una relación psico-social entre la enfermera y el adulto mayor, para que esta relación se transforma en un auténtico quehacer geriátrico, es necesario dos fuentes como llamo Davis: "La predisposición por parte del paciente y la predisposición por parte de enfermería que lo acude, el objetivo de la intervención de la enfermera es mantener la integridad de su entorno, en una vida activa y gratificante, la primera acción debe ser el conocimiento por parte de la enfermera de las modificaciones en las dimensiones físicas, psicológicas y sociales a causa del envejecimiento de las personas, sus problemas derivadas y la patología que sufre con sus consecuencias funcionales". Este conocimiento orienta oriente a la enfermera a planificar el tipo de cuidado que necesita el paciente adulto mayor, tanto desde el punto de vista general como en términos de procedimientos concretos. El paciente adulto mayor debe participar en forma activa en su propio plan de asistencia y cuidado, esto le hará sentirse importante, reforzando así su nivel de autoestima. Las actividades de enfermería deben hacerse con la colaboración del paciente, con el objetivo de lograr que el paciente integre nuevas conductas y modificaciones en su estilo de vida, para favorecer el cambio de su capacidad funcional, que fue alterando por la enfermedad; porque los individuos responden favorable mente cuando se les hace participar en el tratamiento de sus problemas, reducir de esta manera de esta manera el paternalismo o materialismo, que no es más encargarse y tomar decisiones por el paciente, sin incluirles en el proceso de su decisión y actuación. Así mismo el plan de atención de enfermería deba estar englobado en los diferentes factores vinculados al proceso de involución, es decir la enfermera ha de verificar los procesos fisiológicos, psicológicos y sociales que afectan a la salud del adulto mayor, y que le permita a su vez planificar un cuidado integral. De este modo nuestras exigencias de la intervención de enfermería permitirán planear un correcto diagnóstico y buenas

asistencias donde se sumen el apoyo psicológico, que debe caracterizarse en la prescripción de determinadas actitudes empleados ante el contacto con el paciente adulto mayor.[55]

Para el cuidado del paciente adulto mayor es necesario que se ponga en práctica los conocimientos, habilidades, técnicas y generosas dosis de cariño, de compresión y paciencia. Por ello es importante insistir en el conocimiento de las actitudes y la conducta humana que conlleve a un grado relativo de congruencia en la actitud que asumimos durante el manejo del anciano y, no sea declarada, sino definida como actitud terapéutica que implica cordial indulgencia, amistad activa y banda, porque la enfermera es considerada como una persona que se acerca al paciente con el objeto de ayudarlo a enfrentar los efectos de sus problemas de salud, su potencial psicológico es múltiple. Es una persona de apoyo, es la mente del paciente, la intérprete de lo desconocido, una persona privilegiada, la poseedora de importantes secretos, es la compañera y que quizá lo más básico es que muestra respeto hacia la persona del paciente. Para que la enfermera adquiera un potencial vocacional en la atención de pacientes adultos mayores, es importante la auto-compresión, es decir el tomo de conciencia de la propia persona. Por lo a tanto la enfermera, evalúa cabalmente sus propias inclinaciones hacia la persona adulta mayor y hacia sus propios miembros de familia, podrá considerarse preparada para trabajar efectivamente con el paciente geriátrico. Por otro lado debido a la situación de salud especifica del anciano, determinado por la complejidad de su patología y las necesidades de atención derivados de ellos, necesita una gama de servicios que brindan a las diferentes unidades de atención de geriatría, es decir una atención compleja en sus necesidades de salud. Igual[5]

Desde este punto de vista la atención de enfermería varía de acuerdo a las patologías, pero sin descuidar la parte humana del paciente. Esta es la razón entre otras por la cual la enfermera en su deseo de brindar ayuda debe alcanza, aceptar y asumir la responsabilidad de su conducta, es decir actuar con una gerontología que permita conseguir una mejor calidad de vida humana en el anciano, sin olvidar además el rol de enfermería. [55]

2.5.1. Calidad de Atención

La calidad de atención técnica consiste en la aplicación de las ciencias y tecnologías médicas, en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos. El grado de calidad es, por consiguiente, la medida en que se espera la atención suministrada logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios.

La calidad de la atención es el encuentro paciente – proveedor, debe definirse como el grado en el que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras posibles en salud, juzgado por la expectativa de resultados que se podrían atribuir a la atención en se presente.

Según Donabedian la calidad de los servicios sanitarios tiene tres dimensiones fundamentales:

• Componente técnico: hace referencia al conjunto de elementos que forma parte del proceso de prestación de servicios de salud, como la expresión de la adecuación de la asistencia que se presta y los avances científicos y la capacidad de los profesionales; la estructura física, servicios; que implica la ejecución de todos los procedimientos a través de 6 aspectos fundamentales: Eficiencia, Competencia Profesional, Eficiencia, Continuidad, Accesibilidad y Seguridad.

• Componente interpersonal: se refiere a las relaciones que se muestra entre el profesional y el paciente, así como la circulación de la información de carácter logístico y sanitario. Es decir es el grato de interacción y comunicación que se da entre el paciente y el personal de salud, que involucra una adecuada relación interpersonal en el cual debe existir confianza y respeto, empatía, cordialidad, claridad en el lenguaje y veracidad en la información que brinde influyendo determinantemente en la satisfacción del paciente.[56]

• Componente del entorno (confort): está dado por las condiciones de comodidad que se ofrece en un establecimiento de salud, es el conjunto de cosas y circunstancias que permiten al paciente sentirse a gusto, como: el orden, la ventilación e iluminación, el suministro adecuado de alimentos, el cuidado de la privacidad, los servicios públicos adecuados (teléfono, señalización, limpieza y orden de los ambientes).[56]

Para el paciente, la atención de calidad debe satisfacer sus necesidades percibidas, debe prestarse de manera cortés y en el momento que lo necesiten. Para ello los aspectos de la calidad más importantes se centran en la eficacia, accesibilidad, continuidad, oportunidad de atención, relaciones interpersonales y comodidad.[56]

La calidad: Es un proceso sistémico, permite y de mejoramiento continuo, que involucra a toda la organización en la búsqueda y aplicación de formas de trabajo creativas e innovadoras, de alto valor agregado, que superan las necesidades y experiencias del cliente y la comunidad, en la cobertura, entrega e impacto de los servicios de salud, los cuales son expectativas. Es así que para DONABEDIAN: "Calidad es la obtención del máximo beneficio para el usuario mediante la aplicación del conocimiento y tecnología más avanzada tomando en cuenta los requerimientos del paciente así como las capacidades y limitaciones de recurso de la institución de acuerdo con los valores sociales imperantes.[57]Para diversos profesionales de la salud, la calidad de atención se fundamenta en la relación de un diagnóstico adecuado para cada paciente, en la administración de un tratamiento idóneo para establecer la salud. En tal sentido se considera que: "Calidad de atención se determina por la accesibilidad a los servicios, la continuidad y la satisfacción de los pacientes.[57]

2.5.2. Dimensiones de la calidad

Dimensión interpersonal: se refiere a la interacción entre el usuario y el prestador de servicios que involucran una actitud de atención e interés por servir al

paciente, que debe estar enmarcado en una relación de respecto y coordinación mutua. Algunos autores distinguen la responsabilidad, imparcialidad en las decisiones, veracidad de información, claridad de lenguaje y la discreción absoluta como factores que contribuyen a que dicha relación sea satisfactoria[58].

Dimensión Infraestructura: Involucra las características del lugar en que se proporciona el servicio incluye las condiciones físicas, de limpieza, iluminación y ventilación mínimas necesarias para que el usuario se sienta en un ambiente cómodo y privado.[58]

Dimensión técnica: Consiste en la aplicación de las ciencias y la tecnología de tal manera que rinda el máximo de beneficio para la salud del usuario, con un mínimo de riesgo. Es decir, que la enfermera cuente con los conocimientos y habilidades que le permitan brindar los cuidados, en forma oportuna, continúa y libre de riesgos de acuerdo a las necesidades del usuario:

- Oportuna: Cuando los cuidados son brindados cada vez que el paciente lo requiera y de acuerdo a sus necesidades, por ejemplo brindar el tratamiento establecido, realizar los procedimientos en la hora y fecha indicada, dar oportunidad de formular expresar sus necesidades, desarrollo de acciones educativas en prevención de riesgo en su salud del paciente, involucrando a su familia y medio social, también mantener los registros de la historia clínica completas, así como los exámenes solicitados.
-
- Continua: está dado por una atención sin interrupción y en forma permanente según las necesidades del paciente adulto mayo, con la ayuda del equipo de salud, donde se brindan educación al paciente sobre la naturales de su enfermedad y riego que presenta, así mismo la implicación de los tratamientos y procesamientos a los que será sometidos, explicar aspectos relacionados a la dieta, valorar el estado de dependencia funcional continuamente y preocupante por su mejoría

- Libre de riesgo: Está orientada a la atención sin riesgo para el paciente, por ejemplo, en relación con las dosis administradas en el tratamiento, las orientaciones al paciente respecto a sus medicamentos y procedimientos indicados, el hecho de evitar caídas, prevenir formación de ulceras por presión, la labor principal de la enfermera consiste en brindar educación y asegurar su comprensión, para prevenir riesgos después de haber sido dado de alta.[58]

2.6. Estudios relacionados

El estudio realizado por Caligiore. Muestra que el 82 % considera que el trato del personal de Enfermería es bueno y un 78 % opina que cuando requirieron la atención fueron atendidos satisfactoriamente. El 54 % respondió que fue atendido oportunamente, no así el 46 % por la alta demanda de usuarios. El 85 % de los usuario s expresan que el cuidado de Enfermería es bueno y que se les informaba sobre los medicamentos administrados. Se sugiere incentivar al personal de salud a continuar gestionando la calidad del servicio[21]

Asimismo, en dicho estudio se señalado por Pineda,calidad de la atención de enfermería al adulto mayor en el servicio de medicina interna Tampico, Tamaulipas, se encuesto a 30 adultos mayores entre 60 a 90 años, siendo los siguientes resultados: 50% hombres y 50% mujeres. La edad varió desde los 60 años hasta los 97 años con una media de 72.1 ± 9.6 y la mediana de días de hospitalización fue 5 (mínimo 1, máximo 63 días). Un poco más de la mitad de los pacientes estaba casado (53%), 49% viudo y solo un 3% soltero. Respecto a escolaridad lo más frecuente fue Primaria (53%), seguido de Profesional (27%), Sin escolaridad (17%) y Secundaria (3%). Solo un 25% de los pacientes trabaja; el nivel socioeconómico predominante fue el Medio (80%) seguido del Bajo (17%) y el Alto (3%), estado de salud, se encontró que el 67% tenía un estado de salud delicado y el 20% en condición grave, el nivel de satisfacción de la población fue bueno, con un promedio de 84, obteniéndose un Índice de satisfacción de 67% a 70% considerando la

mediana: respecto al rubro de la satisfacción que brindan en cuanto a su atención las enfermeras al adulto mayor tuvo un equivalente al 84% de índice de satisfacción.

En cuanto a las sub-escalas, el Área Técnico Profesional obtuvo un puntaje de 71% de índice de satisfacción, para el Área de Relación de Confianza el resultado fue de 64%, y para el Área de relación de educación un 70%. Encontrándose una variable significativa en esta área.[22]

Ponce. Realizo un en dos instituciones de segundo nivel de atención. 37.8%; en los servicio de cirugía 57% medicina interna, 42%. La media de edad fue de 71 años, con predominio del sexo masculino 53.3%. la media de escolaridad fue de 5.2 años. Menos de la mitad casados 44.4% y no trabajan 42.2%. En la mayoría de los participantes 62.2% la hospitalización fue subsecuente, con una media de estancia de hospitalaria de 4.2%, en la dimensión del cuidado técnico profesional, la satisfacción del adulto mayor con el cuidado de enfermería; los reactivos con predominio en completo acuerdo fueron. La enfermera le enseña a llevar a cabo indicaciones médicas 48.9%; se acerca a los pacientes para brindarles consejos 44.4%, conoce sobre el cuidado que le brinda 46.7% y muestra habilidad para realizar los procedimientos 44.4%. los predominios de total de acuerdo fueron: la enfermera es desordenada y se altera en su trabajo 40.% y no es precisa en su trabajo 40%.en la dimensión relación interpersonal enfermera paciente, el paciente se siente mejor en platicar con la enfermera 75.6%, la enfermera se muestra agradable cuando esta con el paciente62.2%, la enfermera debería ser más atenta de lo que es 60%y el paciente se siente con libertad para preguntarle a la enfermera cuestiones de salud 55.6%, le molesta cuando la enfermera le habla como se fuera niño 60%. En la dimensión educación para el paciente, la enfermera le explica con lenguaje sencillo 73.3%, quisiera que la enfermera le brindara información de los resultados de exámenes 68.9% y considera que la enfermera le da suficientes explicaciones sobre las rezones de los exámenes que se le solicitan64.4%. en general alta puntuación 85% en el cuidado de enfermería a mayor edad mayor satisfacción con el cuidado de enfermería.[23]

El estudio cuantitativo realizado *Balseiro.* Es un estudio acerca de la Satisfacción del usuario adulto mayor, con la calidad de la atención de enfermería en el Hospital regional D.F. se encuestaron a 58 adultos mayores. Los resultados evidencian por edades, el 26% 60 a 64 años, 41% entre 65 y 74 años, 33% tienen de 75 años en adelante, respecto al sexo, 52% sexo masculino, 48% sexo femenino.

En lo que se refiere al tiempo de hospitalización se contempla un 64% de los usuarios hospitalizados durante 2 días, un 31% hospitalizado 3 días y el 5% de 4 días. En cuanto la dimensión de calidez el 65% de los encuestados externan satisfacción alta, el 33% satisfacción media, y el 2% satisfacción baja.

Al valorar el nivel de satisfacción en la continuidad de los cuidados de enfermería, se encontró el 76% como mayor grado de satisfacción, el 21% para satisfacción media y 3% satisfacción baja.

En general el nivel de satisfacción que se obtuvo de las tres dimensiones fue el 58% para satisfacción alta, el 40% resultó medianamente satisfecho y el 2% mostró satisfacción baja.[25]

García es un estudio basado en el grado de satisfacción de los usuarios. Se estudiaron a 445 pacientes, los resultados en edad predominaron los mayores de 51 años de edad. En escolaridad 50% secundaria y el 35.86% preparatoria. Predominó la religión católica con un 89%. En cuanto al sexo de los usuarios se observó que hay similitud en cuanto al número de personas de uno y otro sexo que reciben atención de salud. En lo que respecta al trato que proporciona el personal de Enfermería a los usuarios el 80.81% era un trato cálido y el 80.32% dicen que son amables. También manifestaron que el personal de Enfermería desarrolla de manera excelente sus procedimientos porque saben hacer su trabajo. Así mismo, manifestaron en un 85.37% que la relación Enfermera-paciente que se da en el hospital va desde “excelente a buena”. Existe mucha comunicación y confianza. En lo que respecta al apoyo emocional brindado por el personal de Enfermería para los usuarios, se encontró que hasta un 77.82% manifiesta haber recibido apoyo emocional. Además se

pudo observar que el 56.05% de los usuarios se sienten cómodos. De igual forma, para el 77.28% de los usuarios el personal de Enfermería es eficiente en todas las actividades que desarrollan. Calidad de Resultados: Al considerar si la atención brindada ha mejorado en sus días de estancia hospitalaria, el 72.73% de los usuarios piensan que si mejoró, sobre todo por parte del personal de Enfermería. Relativo a si piensan que se les informa como van evolucionando el 57.59% afirman que sí han mejorado. De los usuarios entrevistados hasta un 72.74% consideran estar satisfechos y agradecidos por la atención brindada por el personal de Enfermería. Por otro lado, en cuanto a la opinión de los usuarios en torno a si creen que el personal de Enfermería les proporciona iatrogenias, se observó que el 82.73% consideran que no comenten iatrogenias porque los conocimientos que poseen son suficientes y seguro.[24]

Rubio, **una investigación que se basa en el** apoyo al paciente y sus familiares como medio de satisfacción y calidad**.** Se encuestaron a 250 usuarios, siendo los siguientes resultados: la satisfacción o insatisfacción se identificó elementos como: la falta de información que requiere el usuario y sus familiares del 52.35% superior al de las inconformidades o quejas con un 32.84%, al tiempo de espera con un 12. 57% y otras actividades 2.23%, en edad son los de 26 a 35 años, de 36 a 45 y 46 a 55 y que corresponde a un 53.70%, para el caso de las mujeres, no es así para el caso de los hombres, donde rango de edades ve de 46 a 55 y de 56 a los 65 años, con un 23.41%. Otros entrevistados, el 52.56 % manifiestan que requieren de información (entendida esta como: la necesidad que tienen los pacientes y familiares de recibir una atención personalizada, con calidad humana y cuyo fin es gestionar sus demandas dentro de la institución). El servicio donde existe mayor incidencia en la falta de información, es urgencias (26.58%), seguido de la consulta de especialidades (6.02%), donde es insuficiente o no se les proporciona ésta por algún servidor público de la institución a los pacientes y/o sus familiares que requieren de algún servicio o atención, respecto al tiempo de espera es otro factor preponderante para los pacientes y sus familiares (12.67%).[26]

III METODOLOGÍA

A continuación se describe el procedimiento seguido en la investigación, desde la fase del diseño de estudio, la selección del instrumento, conteniendo el material utilizado para la concreción del estudio hasta llegar a los resultados.

3.1 Tipo y diseño de estudio

La investigación, se orientó a un estudio de tipo ***no experimental y transversal*** (con datos captados únicamente en el momento de la realización de la aplicación de la encuesta), con diseño **descriptivo** (de carácter demográfico y estadístico), donde se realizaron cálculos para obtener datos de las medidas de frecuencias que especifican las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno.[59] De correlación**.**

3.2 Universo y muestra

El universo fue 149 pacientes, adultos mayores, que ingresaron al servicio de hospitalización en el año 2013 en el Hospital General del Instituto de Seguridad y Servicio Social para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) de Pachuca de Soto, Hidalgo. Este universo se conforma de pacientes que han sido hospitalizados y el cálculo del tamaño de la muestra fue con la fórmula de poblaciones finitas conocidas, con un margen de error de 0.5% y 95% de confiabilidad

Los datos para establecer el universo de estudio se tomaron de los egresos que se registraron en dos meses de enero y febrero 2013 en el Sistema de estadística de medicina curativa y hospitalaria y preventiva, pacientes de ambos sexos, hombres y mujeres, particularmente que se encontraban en el servicio de hospitalización en hospital general ISSSTE Pachuca, con un promedio de estancia hospitalaria de cinco días, o más de acuerdo al diagnóstico que presentaban. Como se muestra en la Tabla No. 3.1.

Tabla 1 No 3.1 Universo de trabajo; Egresos hospitalarios por sexo.

Por Grupo de edad	Femenino			Masculino			Total		
	Propio	Subrogado	Total	Propio	Subrogado	Total	Propio	Subrrogado	Total
DE 0 a27 Días	9	0	9	13	0	13	22	0	22
DE 28 a364 Días	3	0	3	5	0	5	8	0	8
DE 1 a 4 años	5	0	5	11	0	11	16	0	16
DE 5a 14 años	17	1	18	7	0	7	24	1	25
DE 15 a 18años	7	0	7	4	0	4	11	0	11
DE 19años	3	0	3	1	0	1	4	0	04
DE 20a 44 años	191	1	192	43	0	43	234	1	235
DE 45 a 64años	64	0	64	57	0	57	121	0	121
DE 65a más años	83	0	83	66	0	66	149	0	149
Total General	382	2	384	208	0	208	590	2	592

Fuente: Sistema de Estadística de Medicina curativa y Hospitalaria y Preventiva, 2012

La fórmula para identificar el tamaño de la muestra para población finita conocida es: n= $\frac{Nz^2\ pp}{e^2(N-1)+z^e\ *pp}$

Dónde:

1. n = Tamaño de muestra
2. N = Población total de pacientes
3. e^2 = coeficiente de confiabilidad x error estándar
4. Z: nivel de confianza.
5. P= Proporción del casos de la población que tiene las características que se desea estudiar.
6. q =1-p proporción de individuos de la población que no tiene las características de interés y por lo tanto representa la probabilidad de obtener al azar un individuo sin estas características.
7. e^2 = Error muestral.

Para identificar el tamaño de muestra para población finita conocida se elaboró una hoja de Excel donde se realizaron los cálculos pertinentes.[60] Dicho tamaño de muestra quedó en 107 pacientes.

Criterios de inclusión.

- Pacientes que recibieron los cuidados por el personal de enfermería por lo menos en una semana.
- Adultos mayores de 60 años y más.
- Ser hombre o mujer.
- Se puedan mover solos o con apoyo mínimo.
- Lúcidos, orientados en tiempo y espacio.
- Que no se encontraran en procedimientos o tratamientos complejos que impidiera expresarse verbalmente.
- Que voluntariamente aceptaran participar en la entrevista y firmar la carta de consentimiento informado.

Criterios de Exclusión

- Pacientes con daño neurológico o problemas cognoscitivos.
- Pacientes que hayan sido encuestados y reingresen al servicio.
- Que no supieran leer y escribir.

Criterios de eliminación

- Que aun habiendo firmado el consentimiento informado no aceptaran contestar la encuesta
- Pacientes que hablaran otro tipo de lengua o dialecto.
- Que no desearan participar en la investigación, es decir se maestrearan negativos a participar en la encuesta.[60]

3.3 Material y métodos

Para poder llevar a cabo este estudio, primeramente se obtuvo la autorización del Comité de Investigación del Posgrado de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Querétaro y de la Institución participante; se procedió a la aplicación de los instrumentos, acudiendo al servicio de hospitalización, con los adultos mayores, explicándoles los objetivos de la investigación y se solicitó su participación en el estudio mediante el consentimiento informado, explicándoles que su participación no implicaba ningún riesgo para ellos.

Posteriormente se solicitó permiso al Hospital General de Pachuca ISSSSTE para realizar la investigación con sus pacientes adultos mayores entregando el oficio HGP-CEI-014-12 como se muestra en el Apéndice No. 9 Autorización de permiso para la aplicación de encuestas.

Prueba piloto

Se aplicó el instrumento, en 20 adultos mayores, de la investigación: “Satisfacción del adulto mayor hospitalizado con la atención del personal de enfermería. En el Hospital General ISSSTE Pachuca, Hidalgo”. Con base en los resultados de esta prueba, se realizan modificaciones a la escala de respuesta de 5 a 3 puntos, para facilitarle al adulto mayor el llenado de las encuestas, siendo el patrón de respuesta el siguiente: 3 = De acuerdo, 2 =Moderado acuerdo, 1= desacuerdo.

A partir de esto, con el instrumento se realizó la aplicación de la encuesta a cada paciente que llegaba al hospital y esta actividad duro cerca de 6 meses. En primer lugar se aplicó la cédula de identificación y posteriormente el instrumento de Satisfacción del Paciente Adulto Mayor con el cuidado de enfermería

Instrumento de recolección de datos.

El título del instrumento, en inglés es el Patient Satisfacción Instrument (PSI), [7] cuya validación fue hecha por: Acevedo, Castañeda-Hidalgo, Garza, González, Meléndez, Patiño, Pineda, Rangel, Aguilera y Acevedo[8] mide la satisfacción con el cuidado de enfermería en usuarios de servicios hospitalarios. Contiene una ficha socio demográfico que incluye edad, sexo, estado civil, trabajo, días de hospitalización, nivel socioeconómico, nivel de escolaridad. Ver Apéndice No. 2

Particularmente, para este estudio, se tomaron los 23 reactivos; se identificaron como mínimo 23 puntos y un máximo de 69 puntos. Las dimensiones que lo conforman son las siguientes: cuidado técnico profesional (10,11,13,14,16,18,23), confianza (1,2,3,4,5,7,8,12,17,20,21) y educación al paciente (6,9,15,19,22). Ver Apéndice No 2. Tabla No. 3.2.

Tabla 2 No. 3.2. Escala por categoría de respuesta

Categoría de Respuesta	Clasificación
3. De acuerdo	47 a 69 pts
2. Moderado de acuerdo	24 a 46 pts
1. Desacuerdo	1 a 23 pts

3.4 Plan de análisis estadístico

El análisis estadístico fue de tipo descriptivo donde se realizó distribución de frecuencias, pruebas de corrida para demostrar la aleatoriedad de la muestra estadística, además de otras aplicaciones de la ji cuadrada de independencia para demostrar si la hipótesis nula de satisfacción en la calidad de atención brindada se rechazaba o se aceptaba, además de la correlación entre edad y atención, sexo y atención.[61] La identificación de las características de los participantes, se realizó mediante frecuencias, proporciones, medidas de tendencia central y de dispersión utilizando el paquete SPPS versión 21.

Para realizar comprobación de variables se realiza una correlación con Chi Cuadrada.

3.5 Ética del estudio

El presente estudio de investigación se apegó al Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud (Secretaría de Salud 1987) de acuerdo al Título segundo, capítulo I artículo 13, en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección a sus derechos y bienestar, por lo cual se solicitó a los adultos mayores hombres y mujeres su participación voluntaria.

Se consideraron las siguientes fracciones y artículos:

Fracción V contando con el consentimiento informado y por escrito de los participantes de investigación para lo cual se elabora el formato de consentimiento informado.

Fracción VII y VIII, se cuenta con el dictamen favorable de las comisiones de investigación y ética de la Facultad de Enfermería de la U. A. Q.; la recolección de los datos se realiza posterior a la autorización del titular de la institución donde se realizó el estudio.

Artículo16, en las investigaciones en seres humanos se debe proteger la privacidad del individuo sujeto de investigación. Los cuestionarios aplicados son anónimos, no se solicitó el nombre de los participantes.

De acuerdo al artículo 17, fracción I ésta investigación se considera sin riesgo, ya que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio.

El artículo 18, menciona el derecho a la libre participación y a retirarse en cualquier etapa de la investigación, lo cual fue informado a los participantes. A todos

los adultos mayores que decidieron participar en el estudio, se les solicitara el consentimiento informado por escrito, asegurándoles el trato confidencial de los datos proporcionados, así como el respetar la decisión de no contestar cualquier pregunta que no deseara.

Artículo 21 y 22, determinaran que para llevar a cabo el consentimiento informado, el sujeto de estudio debe recibir una explicación clara y completa sobre los objetivos y propósitos de la investigación, así como también los procedimientos y técnicas que serán utilizados, las molestias y beneficios esperados, garantizando la respuesta o explicación que el participante solicite en cualquiera, el sujeto de investigación tenía el derecho de retirarse de la investigación sí así lo decidiera. Apéndice No. 3.

IV RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Se muestran primeramente las características sociodemográficas de 107 adultos mayores en la tabla 4.1

Tabla 3 No. 4.1 Características sociodemográficas de la población sujeta de estudio.

VARIABLE	fx	%
Género		
Hombre	43	22.92
Mujer	53	44.79
Edad		
60-65		
66-70	22	22.92
71-75	21	21.88
76-80	19	19.79
81-85	13	13.54
86 o mas	10	10.42
	11	11.46
Estado civil		
Soltero(a)	07	
Casado(a)	34	7.29
Divorciado(a)	10	35.42
Unión libre	08	10.42
Viudo(a)	37	8.33
		38.54
Escolaridad		
Analfabeto(a)	15	15.63
Primaria concluida	14	14.58
Primaria trunca	15	15.63
Secundaria concluida	14	14.58
Secundaria trunca	04	4.17
Preparatoria o carrera técnica	36	27.08
Licenciatura		
	08	8.33
Ocupación		
Empleado	12	12.50
Obrero	05	5.21
Hogar	13	13.54
Trabajaba por su propia cuenta	12	12.50
Trabajador no remunerado	09	9.38
Jubilado o pensionado	23	23.96
No trabaja	22	22.92

Fuente: N= 96 Encuesta Satisfacción del adulto mayor hospitalizado con la atención del personal de enfermería. 2013

Tabla No. 4.2 muestra el tiempo de estancia del adulto mayor en el servicio de

hospitalización.

Tiempo de Hospitalización	Primera Vez	Subsecuente	Total
24 hrs a 9 días	18	15	33
10 a 14 días	12	20	32
15 a 19 días	3	5	8
20 a 24 días		8	8
25 a 29 días		9	9
30 o más días	1	5	6
Total	**34**	**62**	**96**

Fuente: N= 96 Encuesta Satisfacción del adulto mayor hospitalizado con la atención del personal de enfermería. 2013

Tabla No. 4.3. Satisfacción del adulto mayor hospitalizado con la atención del personal de enfermería en el cuidado técnico profesional.

Cuidado técnico profesional	3. De acuerdo		1. Desacuerdo	
	FO	%	FO	%
El personal de enfermería me explica cómo llevar a cabo las indicaciones del doctor.	27	28.13	19	19.79
El personal de enfermería es desordenado en su trabajo por lo que se altera	24	25.00	28	29.17
El personal de enfermería que me atiende me ha brindado un buen consejo.	33	34.38	22	22.92
El personal de enfermería que me atiende conoce de lo que habla en relación a mi cuidado.	39	40.63	13	13.54
El personal de enfermería es lento para atenderme	14	14.58	28	29.17
El personal de enfermería es indeciso al realizar su trabajo.	17	17.71	31	32.29
El personal de enfermería muestra habilidad al asistir al doctor en los procedimientos que se me han realizado.	32	33.33	6	6.25

Fuente: N= 96 Encuesta Satisfacción del adulto mayor hospitalizado con la atención del personal de enfermería. 2013

La tabla No 4.4. Señala el cuidado técnico profesional de los 96 usuarios, con respecto al sexo.

Tabla No. 4.4. Cuidado técnico profesional por sexo

Cuidado técnico profesional	Sexo		Total
El personal de enfermería que me atiende conoce de lo que habla en relación a mi cuidado.	Femenino	Masculino	
1. Desacuerdo	6	7	**13**
2. Moderado acuerdo	26	18	**44**
3. De acuerdo	21	18	**39**

Fuente: N= 96 Encuesta Satisfacción del adulto mayor hospitalizado con la atención del personal de enfermería. 2013

La tabla 4.5 muestra los resultados del cuidado técnico profesional en relación con la edad de los usuarios

Tabla No. 4.5. Cuidado técnico profesional por edad.

Cuidado técnico profesional	Edad						Total
El personal de enfermería que me atiende conoce de lo que habla en relación a mi cuidado.	60 a 65 Años	66 a 70 Años	71 a 75 Años	76 a 80 Años	81 a 85 Años	86 o más Años	
1. Desacuerdo	3	3	2	1	2	2	13
2. Moderado acuerdo	10	13	9	2	4	6	44
3. De acuerdo	9	5	8	10	4	3	39

Fuente: N= 96 Encuesta Satisfacción del adulto mayor hospitalizado con la atención del personal de enfermería. 2013

Los resultados de la tabla 4.3 se “cruzaron” con el sexo, encontrando que el sexo femenino expresó aspectos relevantes. Y edad se puede ver tabla 4.5

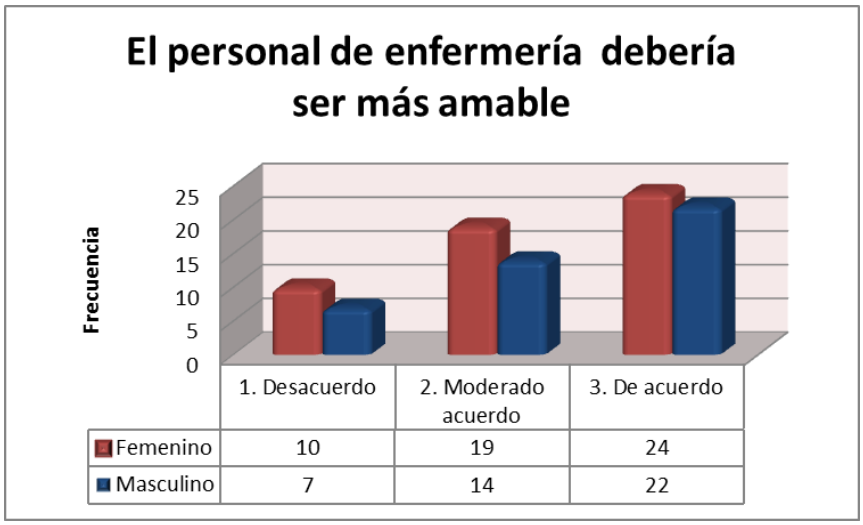
En el nivel de confianza, se identificó la satisfacción del adulto mayor hospitalizado con la atención del personal de enfermería, como lo muestra la tabla No. 4.6.

Tabla No 4.6 Satisfacción del adulto mayor hospitalizado con la atención del personal de enfermería en el nivel de confianza

Confianza en el personal de Enfermería	3. De acuerdo		2. Moderado acuerdo		1. Desacuerdo	
	FO	%	FO	%	FO	%
El personal de enfermería debería ser más amable	46	47.92	33	34.38	17	17.71
El personal de enfermería es agradable cuando me atiende.	36	37.50	42	43.75	18	18.75
Me siento con confianza para hacerle preguntas al el personal de enfermería.	37	38.54	49	51.04	10	10.42
El personal de enfermería debería ser más atenta de lo que es.	36	37.50	47	48.96	13	13.54
El personal de enfermería es capaz de comprender como me siento.	36	37.50	43	44.79	17	17.71
Cuando siento la necesidad de platicar mis problemas puedo acudir con el personal de enfermería.	28	29.17	50	52.08	18	18.75
El personal de enfermería esta tan ocupado en trabajo de escritorio que no tiene tiempo de platicar conmigo.	28	29.17	48	50.00	20	20.83
El personal de enfermería es comprensivo al escuchar mis problemas.	26	27.08	48	50.00	12	12.50
El personal de enfermería tiene paciencia para atender a los pacientes	31	32.29	53	**55.21**	12	12.50
El personal de enfermería me habla con menosprecio.	23	23.96	36	37.50	37	38.54
Hablar con el personal de enfermería me hace sentir mejor.	29	30.21	48	50.00	19	19.79

Fuente: N= 96 Encuesta Satisfacción del adulto mayor hospitalizado con la atención del personal de enfermería. 2013

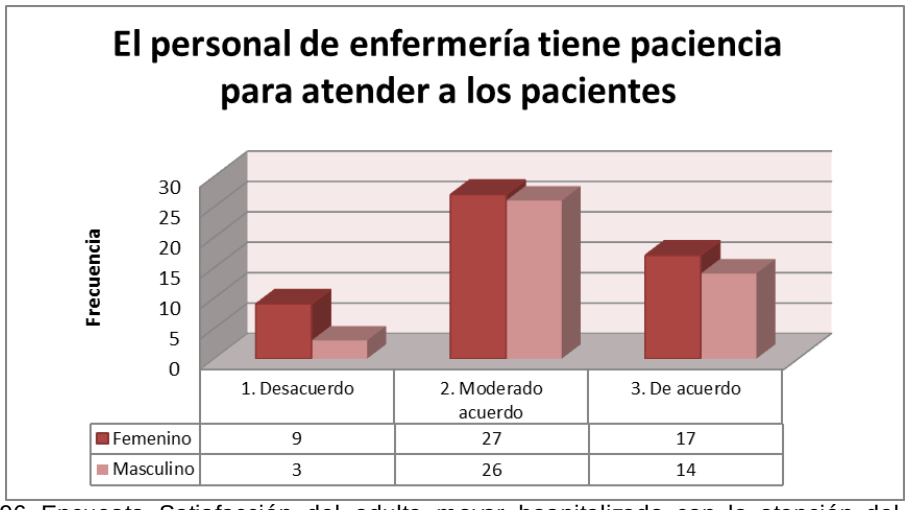
Gráfica No. 4.1 El personal de enfermería debería ser más amable.



Fuente: N= 96 Encuesta Satisfacción del adulto mayor hospitalizado con la atención del personal de enfermería. 2013

La gráfica 4.2 muestra los resultados del punto "El personal de enfermería tienen paciencia para atender a los pacientes", con respecto al sexo de los participantes.

Gráfica No. 4.2. El personal de enfermería tiene paciencia para atender a los pacientes



Fuente: N= 96 Encuesta Satisfacción del adulto mayor hospitalizado con la atención del personal de enfermería. 2013

.

La tabla 4.7 muestra los resultados sobre la paciencia del personal de enfermería para atender a los usuarios, con respecto a su edad.

Tabla No. 4.7.El personal de enfermería tiene paciencia para atender a los pacientes por edad.

Confianza en el personal de Enfermería	Edad						Total
El personal de enfermería tiene paciencia para atender a los pacientes	60 a 65 Años	66 a 70 Años	71 a 75 Años	76 a 80 Años	81 a 85 Años	86 o más Años	
1. Desacuerdo	5	1	4	1		1	12
2. Moderado acuerdo	12	17	8	5	5	6	53
3. De acuerdo	5	3	7	7	5	4	31

Fuente: N= 96 Encuesta Satisfacción del adulto mayor hospitalizado con la atención del personal de enfermería. 2013

Los resultados de la tabla 4.6 se “cruzaron” con el sexo, encontrando que el sexo femenino expresó aspectos relevantes. Esto puede apreciarse en la gráfica 4.1. Edad ver tabla 4.7

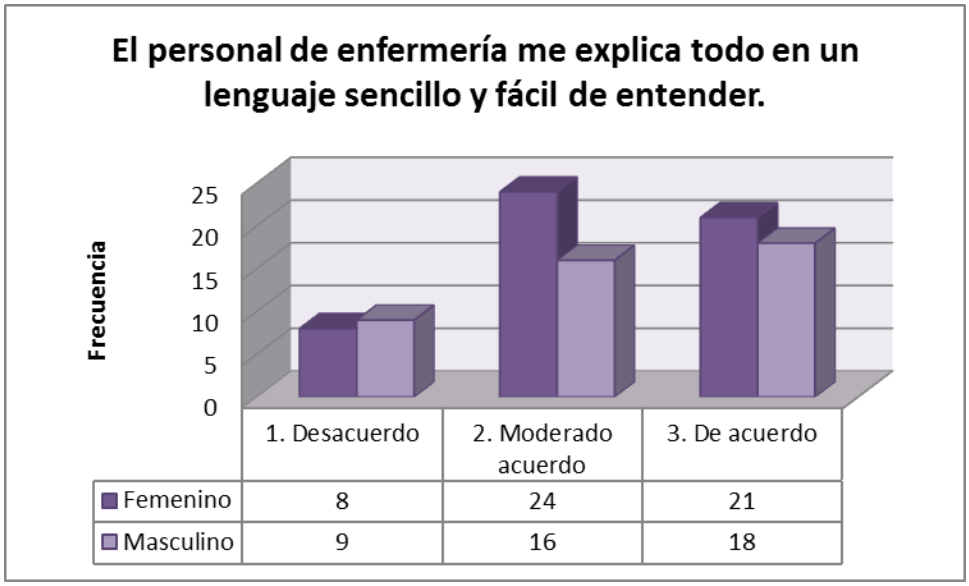
Con respecto a la educación del paciente, dada por enfermería, los resultados se muestran en la tabla 4.8.

Tabla No. 4.8. Satisfacción del adulto mayor hospitalizado con la atención del personal de enfermería en el nivel de educación del paciente

Educación al Paciente	3. De acuerdo		2. Moderado acuerdo		1. Desacuerdo	
	FO	%	FO	%	FO	%
El personal de enfermería me explica todo en un lenguaje sencillo y fácil de entender.	39	**40.63**	40	41.67	17	17.71
El personal de enfermería me explica acerca de los exámenes que se me van a realizar.	30	31.25	49	51.04	17	17.71
Es fácil entender lo que el personal de enfermería me habla.	31	32.29	52	**54.17**	15	15.63
El personal de enfermería da instrucciones con oportunidad.	30	31.25	52	**54.17**	14	14.58
El personal de enfermería me da explicaciones suficientes del por qué se me indican los exámenes.	27	28.13	54	56.25	15	15.63

Fuente: N= 96 Encuesta Satisfacción del adulto mayor hospitalizado con la atención del personal de enfermería. 2013

Gráfica No.4.3. El personal de enfermería me explica todo en un lenguaje sencillo y fácil de entender por sexo.



Fuente: N= 96 Encuesta Satisfacción del adulto mayor hospitalizado con la atención del personal de enfermería. 2013

Tabla No. 4.9. . El personal de enfermería me explica todo en un lenguaje sencillo y fácil de entender por grupo de edad

Educación al Paciente	Edad						Total
El personal de enfermería me explica todo en un lenguaje sencillo y fácil de entender.	60 a 65 Años	66 a 70 Años	71 a 75 Años	76 a 80 Años	81 a 85 Años	86 o más Años	
1. Desacuerdo	3	5	3	2	1	3	17
2. Moderado acuerdo	10	12	6	4	5	3	40
3. De acuerdo	9	4	10	7	4	5	39

Fuente: N= 96 Encuesta Satisfacción del adulto mayor hospitalizado con la atención del personal de enfermería. 2013

Los resultados de la tabla 4.8 se "cruzaron" con el sexo, encontrando que el sexo femenino expresó aspectos relevantes. Esto puede apreciarse en la gráfica 4.3.grupo de edad, ver tabla 4.9

Al aplicar la Chi cuadrada en el nivel de cuidado técnico profesional para identificar el grado de satisfacción del usuario, donde a sumar por cada pregunta el FE (Frecuencia Esperada) nos da el 100% y para este caso con un riesgo del 5% o de confianza 95%, donde alfa es igual a 0.05 y K es el grado de libertad; En acuerdo tenemos que Ji cuadrada es 0.006 < 1.63.

El grado de satisfacción del usuario y para este caso con un riesgo del 5% o un nivel de confianza del 95%, donde alfa es igual a 0.05 y K es el grado de libertad; en De acuerdo tenemos que Ji 602 < 3.94

El valor al aplicar la ji cuadrada para identificar el grado de satisfacción del usuario y para este caso con un riesgo del 5% o un nivel de educación del 95%, donde alfa es igual a 0.05 y K es el grado de libertad; en De acuerdo tenemos que Ji cuadrada es 0.453 < 0.711 valor que nos da la tabla de Ji Cuadrada y como se muestra en la siguiente tabla: Apéndice No. 4

1 Discusión.

En este estudio 55% encuestados fueron de sexo femenino; En el caso de grupo de edad de los encuestados, podemos ver que el grupo de 60 a 65 años es el intervalo que más se interna en el Hospital con un 22% y el menor grupo es de 81 a 85 años con un 6% del total encuestado; identificamos que 23 de 96 encuestados son jubilados o pensionados y eso representa el 24%; En la variable de ocupación

podemos identificar que los adultos mayores el 53% aún trabaja y el 47% ya no realiza ninguna actividad laboral; con respecto al tipo de ingreso al servicio de hospitalización se identifica que el 35% son de “primera vez” y el 65% es de “subsecuente” de acuerdo con la investigación de Pineda[22] · Analizo la variable de edad de 60 años hasta 97 años, con respecto al sexo mujeres 50% Hombres y 50%, García[25] y Ponce[23] es de 60 años hasta 75 años edad en sexo el 52% son masculino y el 48% femenino, Balseiro [24] es de 51 años a mas en cuanto a sexo hay similitud con Pineda[22] y Rubio[26] Respecto a satisfacción de pacientes, se observó mediano nivel de satisfacción de los pacientes con los cuidados de enfermería evaluados, evidenciados por el predominio de medianos en todos los dominios. Estos hallazgos corroboran los resultados encontrados en investigación sobre satisfacción de pacientes con los cuidados de enfermería en. Estudios desarrollados de Pineda[22] y Suhonen[21], se menciona que un poco menos de la mitad de los adultos mayores estuvieron de acuerdo que la enfermera conoce sobre el cuidado que le brinda y que muestra habilidad para realizar los procedimientos. Balseiro[24], García[25] y Rubio[26] encuentran que, en la opinión de los adultos mayores, las enfermeras desarrollan de manera excelente sus procedimientos y la investigación de Ponce[23] indica mediana satisfacción de los adultos mayores en el cuidado de enfermería. Estos resultados coinciden con esta investigación, Con relación a los resultados de satisfacción de los pacientes, en el cuidado técnico profesional observó mediano nivel de satisfacción en dos frases de dominio, la primera es el personal de enfermería explica cómo llevar a cabo las indicaciones del doctor, la segunda el personal de enfermería conoce de lo que habla en relación a su cuidado, *en cuanto al el nivel de confianza y educación es de moderada satisfacción la atención que reciben los adultos mayores ,de igual forma se puede identificar que el sexo femenino refiere mejor satisfacción en sus tres dimensiones y que* la calidad cuidados de enfermería y satisfacción del paciente adulto mayor en el análisis de correlación de las variables, mostraron correlación moderada en cada una de ellas.

V CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

Al evaluar la calidad de los cuidados de enfermería y la satisfacción de los pacientes permitió la identificación de potencialidades e insuficiencias en el estudio y así reorganizar las actividades asistenciales, generales y de enseñanza, respeto a la calidad del cuidado prestado por el personal de enfermería se puede apreciar satisfacción que los pacientes tienen en cuanto al cuidado que reciben. Esta satisfacción se obtiene con la medida en que los pacientes reciben la atención de calidad de enfermería y sienten que quedan satisfechos a sus necesidades.

Al realizar ejercicios con correlaciones y una de ellas fue con la Ji- cuadrada[61] la cual es adecuada para analizar datos estadísticos a través de una muestra que proviene de una población normal y puede usarse para probar la existencia de una diferencia significativa entre un número observado de objetos o respuesta de cada categoría y un número esperado, basado en la hipótesis de nulidad.

En ética investigación se comprueba la hipótesis de trabajo (Ht)" se puede concluir que el personal de enfermería es amable y capaz al hacer su trabajo con responsabilidad profesional y calidad de atención médica, en los tres niveles descritos en la encuesta de "satisfacción del adulto mayor hospitalizado con la atención del personal de enfermería".

.

Las sugerencias: del presente estudio son:

- Que el Departamento de Enfermería y/o el Servicio de hospitalización diseñe estrategias orientadas a reflexionar y/o capacitar al personal de enfermería, sobre el trato y/o satisfacción al usuario, para que pueda contribuir a mejorar la calidad de atención que brinda al usuario en el servicio
- Tomar como base la presente investigación para realizar otros estudios en busca herramientas que permitan mejorar la atención de enfermería y de esta forma contribuir al bien estar de los pacientes adultos mayores hospitalizados
- Fomentar en todo el personal de enfermería que labora en el servicio de hospitalización a ofrecer una atención oportuna, ágil y con calidad, teniendo

en cuenta las necesidades y expectativas del paciente adulto mayor y sus familias.

- Promover la comunicación entre el personal de enfermería y los adultos mayores comprendiendo que es la mejor herramienta para identificar e intervenir en las necesidades del paciente adulto mayor y de esta manera medir la satisfacción del mismo frente al cuidado brindado.
- El nivel de satisfacción con el cuidado de enfermería en los Adulto Mayor que se encuentra hospitalizado se puede evaluar mediante la encuesta.
- Los estudios realizados sobre el grado de satisfacción con el cuidado de enfermería permiten iniciar otros hacia la evaluación de la calidad del mismo enfocado al mejoramiento de la profesión
- Realizar estudios continuos a los Adultos Mayores que se encuentren hospitalizados, sobre la atención ofrecida por parte del personal de enfermería con el fin de evaluar su desempeño y mejorar la calidad en la atención
- Evaluar la satisfacción de los Adultos Mayores en cuanto a los cuidados recibidos y la educación continua del personal se convierta en estrategia válida para asegurar el cumplimiento de objetivo planeados.
- Realizar otros estudios para indagar y percibir la efectividad de la comunicación enfermero paciente con lo cual se mejoraría la misma

Referencias Bibliográfica

[1] Freixas, Anna, 2009. Envejecimiento y género: otras perspectivas necesarias.Anuario de psicología.

[2] Gómez, Elsa, 2010.Equidad, género y salud: mitos y realidades. Revista mujes salud.

[3] Butler RN. Age-ism.Another for of bigotry. Gerontology 2010 ;9:243-246

[4] Quevedo E. 2009. Envejecimiento de la población revista vol 7 no 1 Horizonte Sanitario.

[5] Salgado de Snyder, No hace viejos los años, sino los daños: envejecimiento y salud en varones rurales. Rev. De salud pública de México/ vol. 47. No 4. 2009.

[6] Revista enfermería Universitaria ENEO- vol -5. Nom 1 año 5 enero- marzo 2008.

[7] Risser N. (1975) Development of an instrument to measure patient satisfaction whit nurses and nursing care in primary care settings. Nursing Research

[8] Instrumento de Satisfacción con el Cuidado de Enfermería (PSI) Validación hecha por: Acevedo, Castañeda-Hidalgo, Garza, González, Meléndez, Patiño, Pineda, Rangel, Aguilera y Acevedo (2005)

[9]J Francisco G, Armando P, Lorenzo G, Geriatría: México editorial Mc Gram-Hill Internacional S.A. de C.V.2009 pág. 24, 30.31.61, 164, 473, 476,526.

[10] Guzmán J, Huencuan S, Políticas hacia las familias con adultos mayores: desafío del derecho a la ciudanía en la edad avanzada. Organización de las naciones unidas, CEPAL). 2009

[11] Negrete M, Distrito Geográfico de la población mayor. DEMOD. 2009.

[12] Partida V y Tuiran, R, Situación demográfica en México: índice de desarrollo humano. Concejo nacional de población, México. 2010.

[13] Araceli Islas Fuentes, titular del Instituto para la Atención de los Adultos Mayores del Estado.

[14] Com/. Crece 22- población de adultos mayores en Estado de Hidalgo.
[15]Estado de Hidalgowww.coparmexorgmx

[16]Documento del de vigencia de derechos ISSSTE de la pirámide poblacional de derechohabientes por entidad Federal, clasificados por grupos de edad y sexo emisión- octubre 2011 entidad federativa. Hidalgo.

[17] CONAPO. Estadística apropósito del día internacional de las personas de edad. Proyecto de la población México 2005-2050. Consultado 10 octubre 2010) disponible en http:/www.gogle. com.mx=estadística+envejecimieto +en hidalgo.

[18] Ley de los derechos de los adultos mayores, decreto presidencial 2009
[19] Muñoz O, García C, Duran L. La salud del adulto mayor: temas y debates, IMSS; México 2009.

[20] Romero A. Temas para la asistencia Clínica al adulto mayor. Consideraciones Bioéticas en geriatría. Revista electrónica de las ciencias médicas. Cien fuegos Cuba. 2009.

[21] Caligiore I. y Díaz J A. *Satisfacción del usuario del área de hospitalización de un hospital de tercer nivel. Mérida, Venezuela.* Revista electrónica semestral de Enfermería. Enfermería Global 2003 Número 2,1.

[22] MCE. Ma. de las Mercedes Pineda Zúñiga. C*alidad de la atención de enfermería al adulto mayoren el servicio de medicina interna" Tampico, Tamaulipas.*2004-2006

[23] Ponce J, Reyes H, Ponce G. Satisfacción laboral y calidad de atención de Enfermería en una unidad médica de alta especialidad. Rev Enferm IMSS 2006, Vol 14,65-73

[24] *Balseiro L, Martínez P, Ángeles R, Cortés A, De la Rosa M, Flores A, Flores P P. La calidad de la atención de Enfermería a los pacientes de un hospital regional del*

ISSSTE, en México. D. F. Un estudio basado en el grado de satisfacción de los usuarios.

[25]García Dolores. Para obtener el grado de maestro en ciencias de salud pública con énfasis en administración en los servicios de salud. UJAT.

[26] Paula Virginia Rubio Carrillo, Alejandro Manuel Vargas García, Rubí Romero Ayala, Juan Homero Roldán Rojas**.** *Apoyo al paciente y sus familiares como medio de satisfacción y calidad en los servicios de salud del ISSSTE-Pachuca, México.*

[27] Quintana M, Enfermería geriátrica: cuidados integrales en el anciano, tomo 1. Instituto MONSA edición S: A: Barcelona. 2009.

[28] González J. Geriatría, educación. McGraw-Hill. Interamericano. Editores. S.A. C V 2009

[29] Aparicio T, Relación socio afectivo: importancia de la familia en la vejez. Puleva Salud.2009

[30] Millán J, Principios de geriatría y gerontología. McGraw- Hill. Interamericana. 2010

[31] Quintilla M, Enfermería geriátrica: cuidados integrales en el anciano, tomo 1. Instituto MONSA edición S: A: Barcelona. 2010.

[32] Hernández Z E, la participación del psicólogo en la atención a la salud del adulto mayor. Enseñanza e investigación en psicología, México 2009.

[33] Bruna M Reynoso Z, San Martin R. 2009. El abandono una problemática en el adulto mayor. Diplomado en salud pública y salud familiar. Universidad autónoma de Chihuahua UACH.2009

[34] Orosa Fraiz, Teresa (2003). *La tercera edad y la familia. Una mirada desde el adulto mayor.* La Habana. Ed. Félix Varela

[35] Llanes Betancourt, Caridad (2007) *Carácter social y ético de la atención integral al adulto mayor en Cuba*. Material digital

[36] Espinosa López, E. (2008). *Estrategia de promoción de salud para la atención al adulto mayor*. Tesis en opción al título de Máster en Ciencias de la actividad física en la comunidad. UCCFD

[37] Fernández Guerra, Natalia. (2000) *Ética de la inclusión geriátrica y envejecimiento poblacional cubano.* La Habana. Editorial Ciencias Médicas

[38]Anzola E, Galinsky D, Morales F, Salas A, Sanchez M. La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa. PAHO. Publication Scientific Nº 546,Washington.

[39]Marin P P, Valenzuela E, Reyes P et al. Evaluación geriátrica de adultos mayores en un Hospital Universitario. Rev Méd Chile 2010; 122: 1362-66.

[40]Jackson R, Strauss R, Howe N. El desafío del envejecimiento en América Latina: demografía y política previsionales en Brasil, Chile y México. Salud Uninorte Barranquilla. 2009.

[41] Rubenstein l Z, Wiedalnd d, Bernabei R. Geriatric Assessment Technology: the state of the art. Milán: Editrece Kurtis; 2009.

[42] Rodríguez R, Lazcano J, Encinas, Trujillo Z.Gariatria.McGraw- Hill, Internacional.

[43] Luengo M, Maicas, M, Navarro G, Romero R. Síndrome Geriátrico

[44] Benner, P., Tanner, C., Chesla, C. *Expertise in nursing practice: caring, clinical judgment, and ethics.* (*De principiante a Experta: excelencia y dominio de la práctica de enfermería*). Ed. Springer, 2ª edición. USA: 2009.

[45]Tamayo, M. *El proceso de la Investigación Científica.* Ed. Limusa, 3ª ed. México: 2008.

[46] Rodríguez-Ortega, N., Herrera-Rojas, J. *Iatrogenia relacionada con el acto de enfermería. Diagnostico en las unidades de cuidados intensivos adultos.* Rev. Enfermera actual. Colombia: 2009.

[47] Teoría del Desarrollo Humano, Rosemary Persse. Máster y Doctorado por la Universidad de Pittsburg (1987).

[48]Zas B. La satisfacción como indicador de excelencia en la calidad de los servicios de salud. Psicología- Científica.com. Agosto 26 de 2010.

[49]II Conferencia Nacional de Salud; Comisión de programa de calidad y satisfacción del usuario en el contexto de la reforma y modernización. Calidad y satisfacción del usuario en el contexto de la reforma y modernización de la gestión. Lima: Peru; 2009.

[50] Erak S, Sieunarine K, Goodman M, Lawrence-Brown M, Bell R, Chandraratna H, Prendergast F. Endoscopic thoracicsympathectomy for primary palmar

hyperhidrosis: intermediate term results. Aust N Z J Surg 2009 ;69:60-64.

[51] Sitzia J, Wood N. Patient satisfaction: a review of issues and concept. Soc Sci Med 2011; 45 (12).

[52] Feletti G, Firman D, Sanson-Fisher R. Patient satisfaction with primary-care consultations. J Behav Med 2010; 9: 389-399.

[53] Hall J, Dornan M. Meta-analysis of satisfaction with medical care: Description of research domain and analysis of overall satisfaction levels. Soc Scie Med 2011; 27: 637-644. 25Hall J, Dor

[54] Liliana Claudia Romero: Percepción del paciente acerca de la calidad de atención que brinda la enfermera en el servicio. En el hospital Nacional Daniel Carrión. Lima Perú 2008

[55] Anika Remusgo Artezano "tesis", Nivel de satisfacción del paciente adulto mayor, respecto a los cuidados de enfermería en el servicio de geriatría del hospital Nacional Guillermo Almenara.

[56] (Dr. Avenis Donabedian 1980).

[57] Rodrigo, Teresa; Fernández, Carmen y navarro, Victoria, de la teoría a la práctica: El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI quinta edición: Barcelona: Editorial Mas son, 2011.

[58] Pérez, Beatriz, grado de satisfacción de la población con los servicios de enfermería en el área de la salud en: Revista cubana de enfermería.

[59] Hernández- Sampieri, R., Fernández-Collado, C., Baptista-Lucio, P. *Metodología de la investigación.* Ed. McGraw-Hill Interamericana, 4ª ed. México: 2010

[60] Alvira-Martín, F. *Perspectiva cualitativa – perspectiva cuantitativa en la metodología sociológica.* Rev. Reis. Memorias de la Cátedra de Sociología. España: 2010.

[61] Bioestadística. Base para el análisis de las Ciencias de la Salud. Daniel Wayne. Ed. Lumisa Wiley Cuarta Edición.

Apéndice No 1 Glosario

Adulto mayor**:** es aquel individuo que se encuentra en la última etapa de la vida, la que sigue tras la adultez y que antecede al fallecimiento de la persona. Porque es precisamente durante esta fase que el cuerpo y las facultades cognitivas de las personas se van deteriorando.(Definición ABC: http://www.definicionabc.com/social/adulto-mayor.php#ixzz3JDxOlrwa

Atención medica: Es un conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de promover, proteger y restaurar su salud.
http://es.wikipedia.org/wiki/Atencion_medica

Autoestima: Es la valoración que cada uno de los seres humanos tenemos sobre nosotros mismos, lo que somos, en lo que nos convertimos, como consecuencia de una mezcla de factores físicos, emocionales y sentimentales a los que nos enfrentamos a lo largo de la vida y que fueron moldeando nuestra personalidad, esto, en cuanto a la definición más formal que podemos dar y desestructurándonos un poco podemos decir que autoestima es el amor que nos dispensamos a nosotros mismo(ABC: http://www.definicionabc.com/social/autoestima.php#ixzz3JE0WsMV)

Análisis: Distinción de las partes de un todo hasta llegar a conocer sus principios o elementos (Direcciona río enciclopédico Océano, 2001)

Bioética: Estudio sistemático de la conducta humana en el ámbito de la ciencia de la vida y de la salud, analizadas a la de los valores y principios morales (Instituto de mayores y servicios sociales de España, 2003)

Cultura: Se define como formas humanas de hacer las cosas. De manera más académica, se considera la cultura como el conjunto de creencias, comportamientos y obras de los miembros de un grupo social (Glosario básico de envejecimiento)

C*omunicación:* es el proceso mediante el cual el emisor y el receptor establecen una conexión en un momento y espacio determinados para transmitir, intercambiar o compartir ideas, información o significados que son comprensibles para ambos (Glosario básico de envejecimiento)

Conflicto: Colisión u oposición de intereses, derechos, pretensiones, etc angustia interior (Diccionario enciclopedia Océano, 2009)

Ciclo vital: Marco conceptual de la psicología del desarrollo, el cual relativiza la edad cronológica, destaca la importancia de influenza histórica, expectativas

Sociales y experiencias individuales únicas, como aspectos que conforman la vida de cada persona (glosario básico de envejecimiento)

Capacitación: Es un proceso educativo, aplicado de manera sistemática y organizada, mediante el cual, las personas aprenden conocimientos, actitudes y habilidades en función de objetivos definidos (Idalberto Chiavenato, 2006)

Control de salud del adulto mayor: Evaluación periódica para mantener o mejorar funcionalidad que se realizan a los mayores de 60 años (Programa del adulto mayor, Chile 2003)

CÓPANO: Consejo Nacional de Población

COESPO: Consejo Estatal de Población

Cuidado: Es un proceso interactivo por el que la enfermera y el cliente se ayudan mutuamente para el desarrollo de la persona, su transformación a través de la prevención, curación y rehabilitación hacia mejores niveles de bienestar (Programa del adulto mayor, Chile 2003)

Demografía: Estudio de la población (Portal de la psicología)

Envejecimiento: Cambios graduales irreversibles en la estructura y función de un organismo que ocurren como resultado del pasar del tiempo (glosario portal mayores, 2001)

Enfermedad: Alteración más o menos grave de la salud. Es un trastorno morboso definido que puede afectar, total o parcialmente al organismo (Diccionario enciclopedia Océano, 2009)

Enfermedad crónica: Enfermedad que dura toda la vida.

Esperanza de vida: Número de años, basados en proyecciones estadísticas conocidas que en conjunto de individuos con una determinada edad, pueden razonablemente llegar a vivir (Glosario básico de envejecimiento)

Entrevista: Encuentro convenido entre dos o más personas para tratar un asunto, informar al público etc (Diccionario enciclopedia Océano, 2009)

Estadística: Censo o recuento de la población, de los recursos naturales e industriales o de cualquier otra manifestación de un estado. Presentación ordenada de los resultados numéricos de un suceso, por medio de gráficos, tablas etc (Diccionario enciclopedia Océano, 2009)

Ética: Parte de la filosofía que trata de la moral. Estudia los actos morales, sus fundamentos y como se vinculan en la determinación de la conducta humana (Diccionario enciclopedia Océano, 2009)

Factores de riesgo: Son aquellos que son capaces de provocar enfermedades o disfunciones físicas o psíquicas en los seres humanos (http://deconceptos.com/general/factor)

Hospitalización: Ingreso en un hospital de una persona enferma o herida para sus examen, diagnóstico y tratamiento (The free Dictionary, 2007)

INEGI: Instituto Nacional de Estadística y Geografía

Insen: Instituto Nacional de la Senectud

ISSSTE : Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Jubilación: Proceso por el cual se pone fin a la vida laboral activa de una persona. Implica un cambio global de la situación vita (individual, social, económica y legal) de la personaque se retira de la vida laboral (Glosario básico de envejecimiento)

Mortalidad: Es la magnitud con la que presenta la muerte en una población en un momento determinado (Moreno A.2000)

Morbilidad: Es el número total de enfermedades/ problemas de salud o condición incapacitante que acontece durante un periodo de tiempo para una población o lugar determinado (Moreno A.2000)

Natalidad: Numero proporcional de nacimientos en un lugar y tiempo determinado (Definición ABC, 2009)

OMS: Organización Mundial de la Salud

Percepción: Función psíquica que permite al organismo, a través de los sentidos, recibir, elaborar e interpretar la información que proviene del entorno (Glosario básico de envejecimiento)

Pensionado: Persona que tiene o cobra una pensión (Wordreference.com)

Apéndice No. 2 Instrumento de recolección de datos

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERETARO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

Folio | | | |

Cuestionario de Satisfacción del adulto mayor hospitalizado con la atención del personal de enfermería.

Estimado Sr, Sra; mi nombre es Paula Prado León en proceso de obtener el grado de Maestría en ciencias de la enfermería de la Universidad Autónoma de Querétaro, en esta oportunidad me es grato dirigirme a usted, para solicitarle su participación en la presente investigación cuyo objetivo es **determinar la satisfacción del adulto mayor hospitalizado con la atención del personal de enfermería** ,la entrevista , es de carácter anónimo y servirá para mejorar la calidad en los cuidados del personal de enfermería y los resultados que se obtengan serán de uso exclusivo para la investigación. Agradeciendo de antemano su colaboración.

Instrucciones de llenado: Marque con una X los espacios ( ) y en base a las siguientes preguntas elaboradas que tienen tres posibles respuestas de las cuales usted responda lo que crea conveniente sobre la de las alternativas que se mencionan.

I. Variables sociodemográficas
Edad: **A** 60- 65 ( ) **B** 66-70 ( ) **C** 71-75 ( ) **D** 76-80 ( ) **E** 81-85 ( ) **F** 86 ó más ( )
1.2 Sexo: **1** Femenino ( ) **2** Masculino ( )
1.3 Estado civil: **A** Soltero(a) ( ) **E** Casado(a) ( ) **I** Divorciado(a)( ) **O** Unión libre( ) **U** Viudo(a)( )
1.4 Escolaridad: **0** Analfabeto(a) ( ) **1** Primaria C ( ) **2** Primaria I ( ) **3** Secundaria C ( ) **4** Secundaria I ( ) **5** Prepa o carrera técnica ( ) **6** Licenciatura ( )
1.5 Ocupación: **1** Empleado(a) ( ) **2** Obrero ( ) **3** Hogar ( ) **4** Trabajador de su propia cuenta ( ) **5** Trabajador no renumerado ( ) **6** Jubilado o pensionado(a) ( ) **7** No trabaja( )
1.6 Hospitalización: **1** Primera vez ( ) **2** Subsecuente ( )
1.7 Tiempo de Hospitalización: **A** 24 horas-09 días ( ) **B** 10-14 días( ) **C** 15-19 días( ) **D** 20-24 días ( ) **E** 25-29 días ( ) F.30- mas ( )

II. Escala de satisfacción			
Reactivos	**De acuerdo**	**Moderado acuerdo**	**Desacuerdo**
	3	**2**	**1**
1.El personal de enfermería debería ser más amable			
2. El personal de enfermería es agradable cuando me atiende.			
3Me siento con confianza para hacerle preguntas al el personal de enfermería.			
4. El personal de enfermería debería ser más atenta de lo que es.			
5. El personal de enfermería es capaz de comprender como me siento.			
6 .El personal de enfermería me explica todo en un lenguaje sencillo y fácil de entender.			
7. Cuando siento la necesidad de platicar mis problemas puedo acudir con el personal de enfermería.			
8. El personal de enfermería esta tan ocupado en trabajo de escritorio que no tiene tiempo de platicar conmigo.			
9. El personal de enfermería me explica acerca de los exámenes que se me van a realizar.			
10. El personal de enfermería me explica cómo llevar a cabo las indicaciones del doctor.			
11El personal de enfermería es desordenado en su trabajo por lo que se altera			
12. El personal de enfermería es comprensivo al escuchar mis problemas.			
13. El personal de enfermería que me atiende me ha brindado un buen consejo.			
14. El personal de enfermería que me atiende conoce de lo que habla en relación a mi cuidado.			
15. Es fácil entender lo que el personal de enfermería me habla.			
16.El personal de enfermería es lento para atenderme			
17.El personal de enfermería tiene paciencia para atender a los pacientes			
18. El personal de enfermería es indeciso al realizar su trabajo.			
19. El personal de enfermería da instrucciones con oportunidad.			
20. El personal de enfermería me habla con menosprecio.			
21. Hablar con El personal de enfermería me hace sentir mejor.			
22. El personal de enfermería me da explicaciones suficientes del por qué se me indican los exámenes.			
23. El personal de enfermería muestra habilidad al asistir al doctor en los procedimientos que se me han realizado.			

Apéndice No. 3. Consentimiento Informado

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERETARO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

Yo_____, en pleno uso de mis facultades mentales declaro estar de acuerdo con mi participación en la investigación "Satisfacción adulto mayor hospitalizado con la atención del personal de enfermería", realizada por Lic en Enf. Paula Prado León en proceso de obtener el grado de maestría Ciencia de la Enfermería de la Universidad Autónoma de Querétaro, cuyo objetivo es determinar la satisfacción del paciente adulto mayor respecto a los cuidados del personal de enfermería. Para la realización de este estudio he sido informada (o), que no habrá daño a mi persona ni engaño, se respetara mi persona ,no tendrá costo alguno, asegurando el anonimato en todos los resultados que extraigan y su confidencialidad, la finalidad es que los resultados generados sirvan para mejorar la calidad en los cuidados del personal de enfermería y que los resultados que se obtengan serán de uso exclusivo para la investigación. Manifiesto haber recibido la información clara y pertinente, con respecto al proyecto de investigación a desarrollar donde mi participación consistirá en que se me entrevistara y contestare un cuestionario sobre aspectos socio demográfico así como la satisfacción de la calidad de atención recibida.

Entiendo que puedo retirarme del estudio en cualquier momento y que no estoy obligado (a) a continuarlo y que en caso de retirarme se destruirá la información que se ha recabado de mi persona.

Tomando todas estas consideraciones, deseo considere mi participación libremente para la realización de esta investigación.

Atentamente

_____ _____

Nombre y firma del participante Nombre y firma del investigador

Folio

Apéndice No. 4 Tabla de valor Chi Cuadrada

Como vamos a interpretar la tabla de Ji Cuadrada con un riesgo del 5% o un nivel de confianza del 95%, donde alfa es igual a 0.05 y V es el grado de libertad; ejemplo: ¿Cuál es el valor de Ji Cuadrada 0.95, 10? Se busca en la tabla la intersección y el resultado es 18.307 este resultado es el valor crítico para aceptar o rechazar la hipótesis alternativa.

V	0,005	0,01	0,025	0,05	0,95	0,975	0,99	0,995
1	0,00003935	0,000157	0,000982	0,00393	3,841	5,024	6,635	7,879
2	0,010	0,020	0,051	0,103	5,991	7,378	9,210	10,597
3	0,072	0,115	0,216	0,352	7,815	9,348	11,345	12,838
4	0,207	0,297	0,484	0,711	9,488	11,143	13,277	14,860
5	0,412	0,554	0,831	1,145	11,070	12,832	15,086	16,750
6	0,676	0,872	1,237	1,635	12,592	14,449	16,812	18,548
7	0,989	1,239	1,690	2,167	14,067	16,013	18,475	20,278
8	1,344	1,647	2,180	2,733	15,507	17,535	20,090	21,955
9	1,735	2,088	2,700	3,325	16,919	19,023	21,666	23,589
10	2,156	2,558	3,247	3,940	**18,307**	20,483	23,209	25,188
11	2,603	3,053	3,816	4,575	19,675	21,920	24,725	26,757
12	3,074	3,571	4,404	5,226	21,026	23,337	26,217	28,300
13	3,565	4,107	5,009	5,892	22,362	24,736	27,688	29,819
14	4,075	4,660	5,629	6,571	23,685	26,119	29,141	31,319
15	4,601	5,229	6,262	7,261	24,996	27,488	30,578	32,801
16	5,142	5,812	6,908	7,962	26,296	28,845	32,000	34,267
17	5,697	6,408	7,564	8,672	27,587	30,191	33,409	35,718
18	6,265	7,015	8,231	9,390	28,869	31,526	34,805	37,156
19	6,844	7,633	8,907	10,117	30,144	32,852	36,191	38,582
20	7,434	8,260	9,591	10,851	31,410	34,170	37,566	39,997
21	8,034	8,897	10,283	11,591	32,671	35,479	38,932	41,401
22	8,643	9,542	10,982	12,338	33,924	36,781	40,289	42,796
23	9,260	10,196	11,689	13,091	35,172	38,076	41,638	44,181
24	9,886	10,856	12,401	13,848	36,415	39,364	42,980	45,558
25	10,520	11,524	13,120	14,611	37,652	40,646	44,314	46,928
26	11,160	12,198	13,844	15,379	38,885	41,923	45,642	48,290
27	11,808	12,878	14,573	16,151	40,113	43,195	46,963	49,645
28	12,461	13,565	15,308	16,928	41,337	44,461	48,278	50,994
29	13,121	14,256	16,047	17,708	42,557	45,722	49,588	52,335
30	13,787	14,953	16,791	18,493	43,773	46,979	50,892	53,672

Apéndice No.5 Tabla de Operacionalización de variables, definición de variables y unidades de medida.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Escala	Indicador
Cuidado técnico profesional **Dependiente**	Satisfacción es la expresión de bienestar referido por el paciente adulto mayor respecto a la percepción de calidad en los cuidados de enfermería	Se utilizó una escala de Likert que corresponde De acuerdo, moderado acuerdo, desacuerdo. La escala está integrada por tres sub-escalas; área técnico profesional, que contiene 7 reactivos, (, 2, 3, 4, 5, 6)	Procedimientos Instrucciones del procedimiento Resolución de dudas Habilidad técnica	Ordinal	De acuerdo Moderado de acuerdo. Desacuerdo
Área de relación educativa **Dependiente**	La calidad de atención, consiste en la aplicación de las ciencias y tecnologías médicas, en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos. (Donabedian) (19929)	Área de relación educativa con 6 reactivos (8, 9, 10, 11, 12, 13,)	Información Demostración de técnicas y procedimientos	Ordinal	De acuerdo Moderado de acuerdo. Desacuerdo
Área de relación de confianza **Dependiente**	Enfermería es una ciencia humana y arte que utiliza un cuerpo abstracto de conocimiento para servir a las personas.	Área de relación de confianza con 10 reactivos (14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23).	Comunicación verbal y no verbal Escuchar comprender	Ordinal	De acuerdo Moderado de acuerdo. Desacuerdo

Tabla de Variables Complementarias.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala	Indicador
Edad **Complementaria**	Tiempo que ha vivido una persona	Número de años cumplido	Continua	60 a 65 Años 66 a 70 Años 71 a 75 Años 76 a 80 Años 81 a 85 Años 86 o más Años
Sexo **Complementaria**	Condición orgánica de género	Característica fenotípica del usuario	Nominal	1. Femenino 2. Masculino
Estado civil **Complementaria**	Situación conyugal del trabajador	El expresado por el entrevistado	Nominal	1. Soltero 2. Casado 3.Divorciado 4. Unión libre 5. Viudo (a)
Escolaridad **Complementaria**	Tiempo que estudio el usuario	El expresado por el usuario	Ordinal	0. Analfabeto (a) 1. Primaria C 2. Primeria I 3. Secundaría C 4. Secundaria I 5. Preparatoria o Carrera técnica. 6. Licenciatura
Ocupación **Complementaria**	Actividad a la que se dedica el usuario	El expresado por el usuario	Ordinal	Empleado. Obrero. Hogar. Trabajador de su propia cuenta. Trabajador no remunerado. Jubilado o pensionado. No trabaja.
Hospitalización **Complementaria**	Número de veces que ha estado internado	Tiempo expresado por el entrevistado	Ordinal	Primera vez Subsecuente
Tiempo de hospitalización **Complementaria**	Tiempo trascurrido desde su ingreso al hospital a la fecha	Tiempo expresado por el entrevistado, solicitando días	Continua	24horas-09 días 10-14días 15-19 días 20-24 días 25-29 días

Apéndice No.6 Registro de instrumento

INDAUTOR

CERTIFICADO

Registro Público del Derecho de Autor

SEP

Para los efectos de los artículos 13, 162, 163 fracción I, 164 fracción I, 168, 169, 209 fracción III y demás relativos de la Ley Federal del Derecho de Autor, se hace constar que la OBRA cuyas especificaciones aparecen a continuación, ha quedado inscrita en el Registro Público del Derecho de Autor, con los siguientes datos:

AUTORES:	ACEVEDO PORRA GLORIA ACEVEDO PORRAS GUADALUPE JUANA AGUILERA PEREZ ANGELICA ERNESTINA CASTAÑEDA HIDALGO MA. HORTENCIA GARZA HERNADEZ ROSALINDA GONZALEZ SALINAS JUANA FERNANDA MELENDEZ MELENDEZ MA. CONCEPCION PATIÑO MOCTEZUMA MA. LUISA PEINEDA ZUÑIGA MA. DE LAS MERCEDES RANGEL TORRES MA. DEL SOCORRO
TITULO:	ADAPTACION Y VALIDACION DE UN INSTRUMENTO PARA MEDIR LAS SATISFACCIONES DEL USUARIO DE SERVICIOS DE SALUD CON EL CUIDADO DE ENFERMERIA
RAMA:	LITERARIA
TITULAR:	UNIVERSIDAD AUTONOMA DE TAMAULIPAS (CON FUNDAMENTO EN EL ART. 83 LFDA)

L.F.D.A.- Artículo 168.- Las inscripciones en el registro establecen la presunción de ser ciertos los hechos y actos que en ellas consten, salvo prueba en contrario. Toda inscripción deja a salvo los derechos de terceros. Si surge controversia, los efectos de la inscripción quedarán suspendidos en tanto se pronuncie resolución firme por autoridad competente.

Número de Registro: **03-2009-031111285800-01**

México D.F., a 27 de mayo de 2009

EL JEFE DE DEPARTAMENTO DE INSCRIPCION DE OBRAS

FRANCISCO DE LOS SANTOS CORDERO

Apéndice No.7 Permiso de uso y modificación de instrumento original

Respuesta del Correo Electrónico, donde solicitó me autorice la Dra. Hortensia Castañeda el uso de su encuesta.

Castañeda Hidalgo Hortensia

Hola Paula: Lamento que me haya tomado tanto tiempo.
Estoy de acuerdo con la revisión y los comentarios y el porqué de los cambios.
Así que puede proceder.
Le deseo el mayor de los éxitos,

HORTENSIA CASTAÑEDA-HIDALGO, PhD

Apéndice No.8 Autorización de permiso para la aplicación de encuestas

ISSSTE

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO
DELEGACION HGO
P R E S E N T E

HOSPITAL GENERAL B PACHUCA
COORDINACION DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
OFICIO. HGP – CEI – 014-12.

L.E. PAULA PRADO LEON
ALUMNA DE LA MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERIA
FACULTAD DE LA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE QUERETARO
PRESENTE:

Pachuca Hidalgo 24 de mayo del 2012.

En atención a su solicitud de aplicar encuestas en el Hospital General "B" Pachuca ISSSTE PACHUCA, se le autoriza dicha aplicación, haciéndole de su conocimiento que deberá de darnos a conocer la investigación que se llevara a cabo, para la titulación de su maestría, al término de su tesis.

Lo antes descrito para su conocimiento y efectos. Reciba un caluroso saludo.

ATENTAMENTE

HOSPITAL GENERAL "B" ISSSTE
PACHUCA, HGO.
Coordinación de Enseñanza e Investigación

DR. SILVINO LOPEZ MARTINEZ
COORDINADOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION