



UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE MORELOS

FACULTAD DE ENFERMERIA

MAESTRIA EN ENFERMERÍA.

**GRADO DE DEPENDENCIA DEL PACIENTE ADULTO MAYOR HOSPITALIZADO
Y SATISFACCIÓN CON LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.**

TESIS

PARA OBTENER EL GRADO DE

MAESTRA EN ENFERMERÍA

PRESENTA

L.E.O ADRIANA NANCO MOJICA

DIRECTORA: M. en C. PAOLA ADANARI ORTEGA CEBALLOS

CUERNAVACA MOR; DICIEMBRE 2018.

DEDICATORIA

Quiero compartir este éxito con las personas más importantes de mi vida, A mis padres por su amor, esfuerzo y dedicación en mi formación profesional, pero sobre todo por su consejo para ser de mí siempre una mejor persona.

A mi esposo por su amor, comprensión, respeto pero sobre todo por demostrarme ese apoyo incondicional para conseguir mis deseos de superación profesional.

A mi hijo por su amor, paciencia y admiración que me inspira a ser mejor cada día siendo un ejemplo de superación.

A mis maestros y compañeros por compartir este camino de nuevos conocimientos y experiencias académicas que sin duda me ha dado grandes satisfacciones.

Por ser parte fundamental de este logro profesional mil gracias.

ÍNDICE

CONTENIDO

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	5
JUSTIFICACIÓN.....	6
OBJETIVO GENERAL.....	7
OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	7
ANTECEDENTES	8

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO.....	16
MARCO COCEPTUAL.....	25
MARCO LEGAL.....	26

CAPITULO III

METODOS.....	31
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	35
ANEXOS.....	42

GRADO DE DEPENDENCIA DEL PACIENTE ADULTO MAYOR HOSPITALIZADO Y SATISFACCIÓN CON LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: En México y el mundo existe un crecimiento del envejecimiento poblacional; los adultos mayores (AM) representan un grupo de edad vulnerable debido a sus cambios biológicos, físicos y socioeconómicos; los avances biotecnológicos incrementan la esperanza de vida; como consecuencia existe una demanda mayor en los servicios de salud en hospitales donde los profesionales de enfermería se interrelacionan continuamente con pacientes adultos mayores siendo indispensable contar con suficientes conocimientos y habilidades en procedimientos técnicos para alcanzar la satisfacción del adulto mayor en la atención de enfermería.

OBJETIVO: Analizar el grado de dependencia del paciente adulto mayor hospitalizado y el nivel de satisfacción con la atención de enfermería.

MÉTODOS: Se realizará un estudio cuantitativo, transversal, analítico con muestreo por conveniencia en 105 usuarios adultos mayores de 60 a 75 años de edad que reciben atención de enfermería en el servicio de hospitalización. Para el levantamiento de la información se utilizará un instrumento validado con tres apartados: el primero con datos sociodemográficos que incluye 12 preguntas; el segundo apartado es para determinar la satisfacción del adulto mayor, comprende 30 preguntas en escala de Likert. La información analizada en programa stata v.14. En el tercer apartado se aplicara el instrumento índice de Barthel validado será utilizado para valorar el grado dependencia del adulto mayor por medio de la observación evaluar 10 actividades básicas de la vida diaria y del autocuidado. Su puntuación oscila entre 0 (completamente dependiente) y 100 (completamente independiente)

RESULTADOS ESPERADOS: Se ha observado que el grado de dependencia total a severa de los adultos mayores en hospitalización es de un 40 a un 50 %; por consiguiente se espera un nivel de satisfacción de los adultos mayores respecto a la atención que brinda la enfermera en el servicio de hospitalización de un 70 a 80%.

PALABRAS CLAVES: satisfacción, adulto mayor, atención de enfermería, grado de dependencia.

DEGREE OF DEPENDENCE OF THE HOSPITALIZED ADULT MAJOR PATIENT AND SATISFACTION WITH NURSING CARE.

ABSTRACT

INTRODUCTION: In Mexico and the world there is a growing population aging this group is vulnerable due to its biological, physical and socioeconomic changes; biotechnological advances increase life expectancy; as a consequence, a greater demand in the health services in hospitals where nursing professionals are continuously interrelated with elderly patients is essential to have sufficient knowledge and skills in technical procedures to achieve the satisfaction of the elderly in nursing care.

OBJECTIVE: To analyze the degree of dependency of the elderly hospitalized patient and the level of satisfaction with nursing care.

METHODS: A quantitative, cross-sectional, analytical study will be conducted with convenience sampling in 105 adult users aged 60 to 75 years who receive nursing care in the hospitalization service. For the collection of information, a validated instrument will be used with three sections: the first one with sociodemographic data that includes 12 questions; the second section is to determine the satisfaction of the older adult, comprising 30 questions on the Likert scale. The information analyzed in program stata v.14. In the third section, the validated Barthel index instrument will be used to assess the degree of dependence of the older adult through observation, assessing 10 basic activities of daily life and self-care. Your score ranges from 0 (completely dependent) to 100 (completely independent)

EXPECTED RESULTS: It has been observed that the degree of total to severe dependence of the elderly in hospitalization is from 40 to 50%; therefore, a level of satisfaction of the elderly is expected with respect to the care provided by the nurse in the hospitalization service of 70 to 80%.

KEYWORDS: satisfaction, older adult, nursing care, degree of dependency.

INTRODUCCIÓN. La población mundial está envejeciendo aceleradamente según datos de la organización mundial de la salud (O.M.S) En los años 2000 y 2050 la cantidad de personas de 80 años o más aumentará casi cuatro veces hasta alcanzar los 395 millones.¹ Las mujeres viven en promedio entre 6 y 8 años más que los hombres. En México existen 12 973 411 personas de 60 y más años, de los cuales 53.9% son mujeres y 46.1% son hombres., de acuerdo a las estadísticas podemos observar que México es uno de los países en plena transición demográfica, experimenta un intenso y acelerado proceso de envejecimiento poblacional. De acuerdo con las proyecciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO), en 2015, de cada diez mexicanos, tres son menores de 15 años (27.6%) y solo uno tiene 60 años o más (10%), sin embargo, para el año 2050 esta composición se verá profundamente alterada, ya que se prevé que únicamente dos de cada diez mexicanos tendrán menos de 15 años (20.7%), En 2030, el Distrito Federal será la entidad más envejecida, con una proporción de adultos mayores equivalente a 20.5 por ciento, seguida por Veracruz (16.5), Sinaloa (15.9), Morelos (15.7) y Nuevo León (15.5).CONAPO(2015).²

Este envejecimiento poblacional es en sí mismo un fenómeno multidimensional con consecuencias económicas, sociales, políticas y del sector salud, representando uno de los mayores desafíos para el mundo actual. A pesar de que la esperanza de vida del ser humano es un logro de la ciencia médica con ello aparecen problemáticas de salud nunca antes vistas, tales como el incremento de las enfermedades crónico-degenerativas; por consiguiente el incremento de la demanda de los adultos mayores de los servicios de salud.

Entre los nuevos problemas a enfrentar en el ámbito de la salud se encuentra la saturación de hospitales sobre todo por el grupo de la tercera edad la cual demanda mayor atención en los servicios de salud. La atención a los adultos mayores consume alrededor del 30 por ciento del presupuesto de salud, y personas de este grupo de edad ocupan hasta el 60% de las camas de hospital; la principal causa de hospitalización es la descompensación y complicaciones de enfermedades crónico-degenerativas. CONAPO (2015).² según datos del instituto mexicano del seguro social IMSS (2013) los adultos mayores que son ingresados a áreas de hospitalización, hasta el 33% presentan deterioro funcional en al menos una de las actividades de la vida diaria y se incrementa a cerca del 50% cuando superan los 80 años de edad. La recuperación de estos pacientes es lenta y en el mejor de los casos, sólo la mitad de ellos retornan a su situación

funcional previa a la hospitalización en los siguientes 3 meses. Así, se estima una pérdida funcional al egreso entre el 35 y 73% durante la estancia hospitalaria.³

En las instituciones de salud la atención es facilitada por un equipo multidisciplinario de salud; el personal de enfermería es el capital humano de vital importancia pues mantiene una interrelación continua e identifica las necesidades de atención del adulto mayor, es por ello que las intervenciones que realiza la enfermera son de carácter prioritario demandando una atención con la mejor calidad posible enfocada a mejorar el estado de salud de la población de los adultos mayores; sin embargo en la práctica observamos algunas limitaciones operacionales y administrativas en las instituciones de salud, por mencionar uno el personal de enfermería es distribuido de manera tradicional de acuerdo con el número de camas y pacientes, lo cual ocasiona un trato despersonalizado; pues el profesional centra sus cuidados a los pacientes adultos mayores que demandan mayor atención derivando en un déficit de la atención del resto de los pacientes asignados. En la presente investigación las acciones del profesional de enfermería son dirigidas a la asistencia del paciente adulto mayor hospitalizado; dicha atención es integral y los cuidados de enfermería son facilitados en base a las necesidades del mismo; sin embargo la atención de un adulto mayor a otro es variable debido al grado de dependencia total, severa o moderado según las limitaciones físicas y cognitivas propias del envejecimiento presentes; la atención de enfermería en el pacientes adultos mayor en hospitalización es afectada por el crecimiento poblacional con un impacto en la demanda en los servicios de salud, insuficiencia de recursos materiales y personal de enfermería insuficiente para la atención de los pacientes.

Por lo expuesto anteriormente y siendo los adultos mayores un grupo vulnerable: es vital que el profesional de enfermería asista al adulto mayor hospitalizado con alto sentido humano atendiendo sus necesidades de forma oportuna y continua; por consiguiente, surge la necesidad de evaluar el grado de dependencia del adulto mayor hospitalizado y el nivel de satisfacción con la atención del profesional de enfermería; con la finalidad de conseguir analizar los puntos críticos que en opinión del paciente se requieren mejorar en la asistencia de enfermería para obtener una mejor nivel de satisfacción del adulto mayor en el servicio de hospitalización.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El envejecimiento del ser humano es un proceso natural, universal, progresivo, irreversible y continúa durante todo el ciclo de vida. En México conforme a las proyecciones que estima el Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2017), residen en el país 12 973 411 personas de 60 y más años, de los cuales 53.9% son mujeres y 46.1% son hombres. Si se considera que la población tiene una mayor esperanza de vida (75.3 años para 2017) y la fecundidad es cada vez menor (2.21 hijos por mujer), entonces la reducción de la fertilidad y el incremento de la longevidad son, por tanto, factores clave del envejecimiento mundial de la población de acuerdo con la Organización de las Naciones Unidas (ONU), su tendencia esperada en los próximos años la colocan como una de las transformaciones sociales de mayor trascendencia del siglo XXI.²

En México se registraron 656 mil muertes registradas en 2015, de acuerdo con las Estadísticas de mortalidad 2015 (INEGI), 64.7% correspondieron a personas de 60 y más años. Dentro de las principales causas de muerte en población de 60 años y más son por enfermedades del sistema circulatorio, sobresalen las isquémicas del corazón (53.2%) y las cerebrovasculares (20.4 %). En las endocrinas, nutricionales y metabólicas sobresale que 86.2% son defunciones por diabetes mellitus. En los tumores, las principales causas de fallecimiento son: por tumor maligno de la tráquea, de los bronquios y del pulmón (9.8%); tumor maligno del hígado y de las vías biliares intra-hepáticas (8.9%), y por tumor maligno del estómago (7.3%). En tanto que en los grupos del sistema respiratorio y del sistema digestivo las principales causas de muerte son los fallecimientos por enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (53.2%) y las del hígado (47.5%), respectivamente. (INEGI, 2015).⁴

La esperanza de vida de la población mexicana se duplicó entre 1930 y 2014 con una ganancia de 43 años en las mujeres y 39 en los hombres, lo cual significa grandes desafíos para los sistemas de pensión, jubilación y salud, principalmente.⁴

La Organización Mundial de la Salud establece que en América Latina y el Caribe las deficiencias del sistema de atención para los adultos mayores (AM) incluidas la falta de capacitación del personal, la sobrecarga de trabajo, la mala atención y el deterioro de las instalaciones, hacen difícil la interacción entre el personal y los AM, lo cual origina déficit en el cuidado del paciente adulto mayor.⁵

En toda la historia de América Latina y el Caribe, la expansión de la cobertura de los servicios de salud ha sido el objetivo principal para varios países. Sin embargo, los datos indican que la calidad de la atención es también un elemento fundamental para mantener y mejorar la salud individual y de la población (OPS, 2014).⁶

El envejecimiento de la población puede considerarse un éxito de las políticas de salud pública y el desarrollo socioeconómico, pero también constituye un reto para la sociedad, que debe adaptarse a ello para mejorar al máximo la salud y la capacidad funcional de las personas mayores, así como su participación social y su seguridad (OMS, 2014).⁵

Es frecuente la asistencia de adultos mayores en instituciones de salud, pues el aumento de esperanza de vida y la morbilidad ha generado un incremento en los servicios de salud. Los AM viven con padecimientos crónicos, degenerativos, neoplásicos, mentales o infecciosos”. Las necesidades de salud del adulto mayor son diferentes al de las otras etapas de la vida, por ser un grupo poblacional vulnerable, debido a la pérdida progresiva de las capacidades físicas y cognitivas que se han deteriorado con los años y repercute en la independencia funcional del adulto mayor, originando dependencia de la familia y de los profesionales de enfermería para su cuidado.

En los servicios de hospitalización de segundo y tercer nivel de atención, la demanda de atención se incrementa considerablemente debido al envejecimiento poblacional y desarrollo de enfermedades crónico-degenerativas y sus complicaciones en el adulto mayor dando como resultado un mayor grado de dependencia, aumentando el tiempo de espera del AM para ser atendido, así mismo los recursos materiales de curación, medicamentos resultan insuficientes por consiguiente repercute en la atención de enfermería e impacta en la satisfacción del paciente AM; los profesionales de la salud mantienen una labor continua para cubrir sus necesidades fisiológicas durante la estancia hospitalaria principalmente por el profesional de enfermería, que mantiene una interrelación continua con el paciente adulto mayor las 24 horas atendiendo de forma integral para responder a las necesidades básicas de asistencia, relación interpersonal y de confort.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Por qué el grado de dependencia del paciente adulto mayor hospitalizado se relaciona con la satisfacción en la atención de enfermería?

JUSTIFICACIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define calidad como “el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima; se deberá tener en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio médico para lograr un resultado con el mínimo riesgo de efectos y la máxima satisfacción del paciente”.⁴

En México la actual administración, respecto a la política pública en salud, establece en el Programa Sectorial de Salud 2013-2018, tiene como estrategia promover el envejecimiento activo, saludable, con dignidad y la mejora en la calidad de vida de las personas adultas mayores. en la actualidad el avance tecnológico, científico y el aumento de la esperanza de vida son factores que contribuyen significativamente a una evolución de la atención sanitaria; los adultos mayores son un grupo social que incrementa considerablemente y que demanda servicios de salud que controlen sus padecimientos crónicos por consiguiente en la actualidad la atención del personal de enfermería debe estar dirigida a alcanzar la satisfacción del paciente adulto mayor desde un enfoque holístico; principalmente a través de un trato humano, utilizando el conocimiento y las habilidades técnicas en los procedimientos cubriendo las necesidades básicas de asistencia; relación interpersonal y de confort. El adulto mayor hospitalizado necesita cuidados de enfermería según el grado de dependencia como consecuencia de sus limitaciones físicas y cognitivas que disminuyen su independencia funcional y está relacionado con el autocuidado; Las teorías y modelos conceptuales no son nuevos para la enfermería, existen desde que Florence Nightingale expresó su ideas acerca de la enfermería en 1859, en la actualidad cada profesional de la enfermería requiere la adopción de una filosofía, modelo o teoría como método sistemático para fundamentar el conocimiento y la práctica de enfermería. En la presente investigación se adopta la teoría del déficit del auto-cuidado de Orem para otorgar la atención de enfermería. Orem propone un sistema de Enfermería para compensar las necesidades del paciente el cual puede ser totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio}, considerando los motivos de limitación o incapacidad, por tanto el paciente y la enfermera interactúan para satisfacer las necesidades de autocuidado en dependencia del estado del paciente, limitaciones psicológicas y físicas; en el sistema de apoyo educativo el profesional de enfermería orientación y enseñanza al paciente para llevar a cabo el autocuidado.⁷ Orem “expresa que a mayor necesidad en las sociedades del cuidado dependiente indica la importancia para los profesionales de enfermería de la comprensión del cuidado dependiente y de su relación

con los agentes del cuidado utilizan para guiar y facilitar la práctica de los enfermeros dependiente”⁷

Avedis Donabedian (1966), Para este autor, la satisfacción del paciente en relación con los servicios de salud es un punto clave para determinar la calidad de la atención médica que se presta. Donabedian entiende la satisfacción del paciente, “como una medida de eficacia e incluso de control objetivo de la calidad de los servicios de salud”. Donabedian tienen en cuenta tres pilares fundamentales: la atención técnica, el manejo de la relación interpersonal, y el ambiente en el que se lleva a cabo el proceso de atención, la evaluación de cada uno de estos aspectos permite estimar la calidad de la atención “considera la efectividad del cuidado como cimiento de la calidad, de la cual depende la satisfacción del paciente, que varía según la etapa de vida y el estado de salud en que se encuentre este.” Por tanto es importante conocer la satisfacción del adulto mayor con respecto al cuidado que recibe de la enfermera pues permite realizar una evaluación para mejorar el servicio y el funcionamiento de las instituciones de salud por tal motivo esta investigación será basada en la opinión de adultos mayores que son usuarios del servicio hospitalización.⁸

OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación entre el grado de dependencia del paciente adulto mayor hospitalizado con la satisfacción en la atención de enfermería.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

-) Identificar el grado de dependencia de los adultos mayores del servicio de hospitalización.
-) Analizar el nivel de satisfacción del paciente adulto mayor según la atención que brinda la enfermera en la dimensión de necesidades básicas de asistencia en la relación técnica interpersonal y de confort en el servicio de hospitalización.

ANTECEDENTES

Pat-Pech M E, Soto M E. (2017),determinaron la satisfacción del paciente adulto hospitalizado con el trato interpersonal del personal de enfermería en un Hospital General Regional público de

Mérida, Yucatán, México., realizaron un estudio observacional, transversal, descriptivo. La muestra estuvo constituida por 155 pacientes por turno, de los servicios de Medicina interna y Cirugía general, con estancia mayor a 24 horas, a quienes se les aplicó el instrumento de medición del indicador trato digno diseñado con 11 preguntas dicotómicas. Obteniendo los siguientes resultados: la media de edad fue de 58 años \pm 1, el 57% correspondía al género masculino y el 43% al femenino, con una estancia hospitalaria promedio de 8.4 días. El estándar para determinar trato digno no se alcanza en 3 preguntas: a) ¿Se presenta la enfermera(o) con usted?: (93%), b) ¿La enfermera(o) le explica sobre los cuidados o actividades que le va a realizar?: (92%), c) ¿La enfermera(o) le enseña a usted a su familiar los cuidados que debe tener respecto a su padecimiento?: (87%).el 95% de los pacientes ingresados están satisfechos con el trato de enfermería (Chi cuadrada = 124.6, $p > 0.05$), el valor es mayor al valor crítico (93.9) por lo que se rechaza la hipótesis nula.⁹

Puch-Ku G F, et al. (2016), determinó la relación entre las dimensiones del cuidado de enfermería con el nivel de satisfacción de los pacientes adultos hospitalizados de una institución de segundo nivel de atención de Mérida, Yucatán México. Con un estudio descriptivo correlacional, en una muestra de 296 pacientes Se utilizó el instrumento satisfacción del paciente con el cuidado de enfermería. El resultado del nivel de satisfacción general de los pacientes respecto de los cuidados de enfermería fue de 70.1; la dimensión de cuidado fue evaluada con un promedio de 59.6 y la dimensión de educación fue evaluada con un promedio de 90.3.¹⁰

Guerrero C, et al. (2016), evaluó la satisfacción del cuidado de enfermería en el adulto mayor en un hospital de Tamaulipas, México; por medio de un estudio descriptivo y transversal; con una muestra por conveniencia 80 AM hospitalizados utilizaron el Instrumento de cuestionario para medir la satisfacción del Paciente con el Cuidado de Enfermería validación con Alpha de Cronbach de .93, los datos fueron procesados Programa SPSS, V.21. el resultado fue de una satisfacción global 97.5%. por dimensiones siendo la categoría más alta, completamente de acuerdo: Cuidado Técnico Profesional 54.6%. Confianza 56.9% y Educación al Paciente 63.5%.¹¹

Loredo F, et al. (2016), determino la relación entre calidad de vida del adulto mayor y su nivel de dependencia en el Hospital General del Estado, Querétaro, México. por medio de un estudio transversal, descriptivo y correlacional utilizando un cuestionario dirigido a 116 adultos mayores

que acudieron a consulta en una unidad de salud. Las variables estudiadas fueron: dependencia, autocuidado y calidad de vida. Se utilizaron la Escala de Barthel, la escala de capacidades de autocuidado y el Cuestionario SF-36 de calidad de vida. Se realizó un análisis descriptivo de las variables y correlación de Pearson y Spearman. reportando los siguientes resultados el 54.3% de los participantes fueron mujeres, el 80.2% de los adultos mayores encuestados presentaron independencia para realizar las actividades de la vida diaria y el 19.8% presentaron dependencia leve. En la calificación global de las actividades de autocuidado el 22.4% tuvieron buena capacidad y el 76.6%, muy buena capacidad. En la percepción de calidad de vida en la dimensión física, el 24% de los entrevistados consideran que su salud es buena y el 56%, regular. En las pruebas de correlación se encontró mínima relación entre las variables de autocuidado y dependencia; escasa entre autocuidado y grado de escolaridad; correlación positiva entre la dependencia y la calidad de vida, así como la calidad de vida y la edad, aunque el valor de todas las correlaciones fue bajo.¹²

Prado L, (2015), evaluó el nivel de satisfacción del adulto mayor hospitalizado con la atención del personal de enfermería en el Hospital General del estado de Hidalgo, México; por medio de un estudio descriptivo, transversal y de correlación, con una muestra poblacional de 97 adultos mayores como participantes, el cuestionario fue el instrumento utilizado para medir la satisfacción, Obteniendo los siguientes 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.¹³

Ruíz M P Y, et al. (2015),analizo el nivel de satisfacción del adulto mayor hospitalizado con el cuidado que brinda el personal de enfermería en un Hospital General de Zona en la Ciudad Juárez, Chihuahua; llevó a cabo un estudio transversal analítico que incluyó a 191 adultos mayores con estancia hospitalaria mayor a 48 horas. Se utilizó el instrumento CARE-Q, constituido por seis dimensiones. La satisfacción se clasificó como alta con 184 a 139 puntos, media con 138 a 93 y baja con 92 o menos. Se utilizó estadística descriptiva y coeficiente de correlación de Spearman. obteniendo los siguientes resultados: el 37.7 % de los entrevistados tuvieron una edad entre 60 y 65 años, 61.8 % fue del sexo masculino, 83.2 % había estado hospitalizado por dos a ocho días, 25.1 % ingresó con diagnóstico de enfermedad cardiovascular y 50 % era atendido por medicina interna; Respecto a la accesibilidad del personal de enfermería se obtuvo satisfacción alta (77.5 %); en explicación y facilitación, media (47.6 %); en capacidad para confortar, alta (61.8 %); en anticipación, media (75.4 %); en relación de confianza, alta (73.8 %); en monitoreo y seguimiento, alta (81.2%).la satisfacción global fue de 61.8% de los entrevistados.¹⁴

Bejines S V, et al. (2015), evaluó la capacidad funcional del adulto mayor residente de casa hogar en el estado de Colima, México; llevó a cabo un estudio transversal descriptivo prospectivo en adultos mayores, en quienes se aplicó la Escala de Barthel para evaluar su capacidad para realizar 10 actividades básicas de la vida diaria. La muestra conformada por 111 adultos mayores, fue no aleatoria por conveniencia. Las diferencias se consideraron estadísticamente significativas con una $p < 0.05$. Obtuvo los siguientes resultados: la muestra estuvo conformada por 111 adultos mayores. con un promedio de edad fue de 81 años, 27.9 % mostró independencia total, 28.8 % dependencia leve, 14.4 % moderada, 18 % severa y 10.8 % total. Estadísticamente no hubo diferencia significativa según el sexo ($p = 0.36$). Las actividades básicas con mayor número de sujetos independientes totales fueron comer, arreglarse, vestirse, control en la micción y evacuación, trasladarse y deambulación; subir y bajar escaleras y lavarse fueron actividades en las que más sujetos mostraron dependencia total. 72.1 % de los adultos mayores presentó algún grado de dependencia funcional, lo que representa una oportunidad para el cuidado de enfermería.¹⁵

Morales M S L B, Díaz A A Q. (2014), identificaron el nivel de satisfacción del usuario hospitalizado con el cuidado de enfermería en el servicio de medicina interna en un hospital

regional en el estado de Veracruz, México; por medio de un estudio cuantitativo, descriptivo y transversal; con una muestra de la población de 21 usuarios hospitalizados, de ambos sexos, con más de 72 horas de estancia. Se aplicó el instrumento denominado “Patient Satisfaction Instrument (PSI). Evaluaron 3 dimensiones: cuidado técnico profesional, confianza y educación al paciente. El procesamiento y análisis estadístico se llevó a cabo en el programa SPSS. Obteniendo los siguientes resultados: 21 usuarios encuestados, edades entre 18 y 68 años. La dimensión mejor evaluada fue la de Confianza (162 puntos) y la más baja Educación al paciente (73 puntos). El índice general de satisfacción reportó que los pacientes hospitalizados se encuentran Satisfechos (71.4%) con el cuidado de enfermería.¹⁶

Arteaga H G M, et al. (2014), identifico la relación entre la capacidad funcional en las actividades de la vida diaria y las necesidades humanas de los adultos mayores que egresan de los servicios de medicina interna y cirugía de un hospital público en san Luis Potosí, México. Con una muestra poblacional de 185 adultos mayores por medio de un estudio de corte transversal con enfoque cuantitativo; utilizaron como instrumento para la recolección de los datos la Escala de Barthel, el instrumento de valoración de Virginia Henderson y el Short Portable Mental Status Questionnaire de Pfeiffer. Obteniendo los siguientes resultados con 185 cuestionarios aplicados a la población de adultos mayores con una media de 72 años; encontraron diferencias significativas entre edad y dependencia, ya que a mayor edad existió mayor dependencia; además, las mujeres fueron quienes presentaron la mayor proporción de dependencia.¹⁷

De la Rosa A E, et al. (2012), determino el grado de satisfacción de los pacientes con la atención de enfermería de acuerdo al género y su asociación con los datos sociodemográfico en el Instituto Nacional de Cardiología «Ignacio Chávez» en el estado de México, México; Realizaron un estudio comparativo, correlacional, prospectivo y transversal. Muestra (n = 286) aleatoria simple tomada del censo diario de los servicios de hospitalización; incluyó pacientes adultos, todos alerta en sus tres esferas y que desearon participar voluntariamente en el estudio. Se utilizó el cuestionario SERVQUAL con una escala de respuesta tipo Likert, dando un valor mínimo de 1 y máximo de 7. Para determinar el grado de satisfacción se utilizó una puntuación: 1-66 = totalmente insatisfecho, 67-88 = parcialmente insatisfecho, 89-110 = regularmente satisfecho, 111-132 = parcialmente satisfecho y 133-154 = totalmente satisfecho. Datos analizados con el programa SPSS v17 mediante frecuencias, porcentajes, media, prueba de Pearson, Spearman, t de Student y ANOVA; se consideró estadísticamente significativo $p < 0.05$.obteniendo los siguientes

resultados: El 54.5% eran hombres; la media de edad fue de 49.9 + 17 años. El 57% opino estar totalmente satisfecho y el 20.6% está parcialmente satisfecho con la atención de enfermería; se asocia más con la fiabilidad ($r = 0.941$, $p = 0.000$). Los hombres están más satisfechos que las mujeres ($t = -1.04$, $gl = 284$, $p = 0.295$); los pacientes con educación superior están más satisfechos. ($F = 0.580$, $gl = 284$, $p = 0.629$).¹⁸

Torres C C, et al. (2016), evaluó la calidad de cuidados de enfermería en pacientes hospitalizados en una institución privada de tercer nivel de atención en la ciudad de Bucaramanga; Colombia. realizó un estudio cuantitativo, observacional analítico y transversal con una muestra poblacional de 205 pacientes, utilizando como instrumento un cuestionario, basado en sus dos dimensiones: experiencias y satisfacción con el cuidado de enfermería. Tipo de muestreo probabilístico aleatorio simple. Obteniendo los siguientes resultados: participación de 106 mujeres (51,7%) y 99 hombres (48,3%), principalmente del servicio de medicina interna (59.1%), pues es el servicio que cuenta con mayor cantidad de pacientes. En cuanto a la reproducibilidad del instrumento, en la dimensión de experiencia con los cuidados la mayoría de los ítems se encuentran con coeficientes de correlación intraclase por debajo de 0.7, con una media de 0.623; en la dimensión de satisfacción de los cuidados, la mayoría de los ítems están por encima de 0.7 con una media de 0.873. La confiabilidad del instrumento medida a través del Alfa de Cronbach fue 0.930, en la dimensión de experiencia 0.904 y 0.980 en la dimensión de satisfacción.¹⁹

Pio C, (2015), determino el nivel de satisfacción del adulto mayor respecto a los cuidados que recibe del personal de salud por medio de un estudio de tipo observacional, prospectivo, transversal, analítico y correlacional. La muestra estuvo conformada por 60 pacientes adulto mayor hospitalizados en el servicio de medicina del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano Perú 2015. Para la recolección de datos fue aplicada una guía de entrevista, encuesta y observación. Para el análisis estadístico se utilizó la prueba Chi Cuadrado. Obteniendo los siguientes resultados: [73,3%(44)] de pacientes hospitalizados en el servicio de medicina presentan un nivel de Satisfacción alta y el [26,7%(16)] nivel de Satisfacción baja; con un nivel de cuidado adecuado [86,7%(52)] y observaron cuidados inadecuados el [13,6%(8)].²⁰

Perdomo RCA, et al. (2015), analizó la calidad del cuidado enfermera-paciente calculando el recurso humano de enfermería necesario para satisfacer necesidades de cuidado según el grado de dependencia de los pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna

del Hospital Universitario Hernando Colombia; por medio de un estudio cuantitativo, descriptivo y transversal. La muestra fue de 98 pacientes, seleccionados a través del muestreo no probabilístico por conveniencia, la información fue recabada y capturada durante dos meses, mediante el instrumento “Test Delta” que determinó el grado de dependencia. el análisis se utilizó el paquete estadístico SPSS V20.00. Obteniendo como resultados cuatro categorías de dependencia: 22,4% válidos, 28,6% asistido leve, 22,4% asistido moderado y 26,5% asistido severo. Una vez categorizados, se calculó el recurso humano de enfermería, se estimó una dotación de trece profesionales para satisfacer las demandas de cuidado, los datos reportados muestran que la mayor parte del personal debe ser asignado a los pacientes en la categoría asistidos severos.²¹

Donayre T R, (2014), evaluó la satisfacción del paciente hospitalizado en el servicio de Medicina interna del hospital regional de Perú con respecto a la atención recibida del personal de enfermería. Por medio de un estudio descriptivo, observacional y trasversal, con una muestra poblacional de 180 adultos mayores obteniendo los siguientes resultados el 40% de los pacientes catalogaron como regular, y 43.3% como bueno la calidad de la atención del servicio de enfermería, el 42.2% de los pacientes catalogaron como regular, y 40.0% como bueno el profesionalismo del personal de enfermería. La comunicación en la atención durante su hospitalización fue percibida como regular por el 40.6% de pacientes y el 25.0% como bueno. El 48.9% de pacientes catalogaron como regular, y 26.1% como bueno, las comodidades que le brinda el hospital y el personal encargado de la limpieza y confort de los ambientes. El 42.9% catalogaron como regular, y 33.6% como bueno la atención en forma global en el servicio.²²

Perea S J E, (2013), evaluó el nivel de satisfacción del adulto mayor en un centro gerontológico del Cantón Quevedo Ecuador. Por medio de un estudio observacional, descriptivo estudio transversal, utilizo como muestra una población de 34 adultos mayores, 25 hombres, 9 mujeres y 6 personas que sirven en el servicio de geriatría, para determinar el grado de satisfacción del adulto, para determinar la percepción que presentan los adultos mayores que viven en el Centro de Gerontología. Utilizo el instrumento de entrevista para determinar el nivel de satisfacción de los adultos mayores, por los servicios que reciben. la información fue capturada en el programa Excel y procesó la información con el programa JMP Starter 5.1 Professional y el programa Statistical Discovery Software, 2003. Obtuvo como resultado el nivel de satisfacción de los

adultos mayores donde el 65% no está satisfecho con los servicios que brinda el centro gerontológico, el 29 % considera que los servicios recibidos satisfacen regularmente las expectativas del mismo, y solo un 6% considera que los servicios prestados por el centro geriátrico si satisface sus necesidades.²³

Díaz, G R, (2013), Identifico el nivel de satisfacción del adulto mayor respecto a los cuidados que brinda el profesional de enfermería en el Hospital General de Jaén, Perú 2013, realizó un estudio descriptivo simple de corte transversal de enfoque cuantitativo, transversal. La muestra estuvo conformada por 81 adultos mayores que se encontraban hospitalizados en el Hospital General de Jaén; utilizándose como instrumento un cuestionario, elaborado y validado por: Gloria Isabel Zavala Lizaraso, mostrando una confiabilidad de 0.861 y una validez de 4.847. Los resultados obtenidos fueron: el 74.1% (60) tienen un nivel de satisfacción medio y el 25.9% (21) tienen un nivel de satisfacción alto, de acuerdo a los cuidados que reciben del personal de enfermería, respecto a la dimensión de estimulación se muestra que el 100% (81) de las personas adultas mayores presentan un nivel de satisfacción alto; en la dimensión de confirmación se evidencia que el 65.4% (53) presentan un nivel de satisfacción medio; en la dimensión consecución y continuidad el 87.7% (71) presentan un nivel de satisfacción medio; en la dimensión de compensación el 76.5% (62) tienen un nivel de satisfacción medio.²⁴

Rodríguez G M D, et al. (2012), determino la satisfacción con el cuidado enfermero nocturno en pacientes y enfermeros en Medellín (Colombia) 2012. Realizo un estudio descriptivo de corte transversal con una muestra de 194 pacientes hospitalizados en una institución de salud y de 34 enfermeros que tenían turnos nocturnos en el mismo hospital. Se utilizó un cuestionario de 11 ítems, que evalúa en enfermeros y pacientes la satisfacción con los cuidados nocturnos de enfermería La confiabilidad del instrumento fue de 0,91 en enfermeros y 0,88 en pacientes. El resultado indica que 95,6 % de los pacientes y el 55,9 % de los enfermeros están satisfechos con el cuidado nocturno, diferencia que es estadísticamente significativa.²⁵

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

DOROTHEA E. OREM (1914-2007).

TEORÍA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO.

Dorothea Elizabeth Orem, una de las enfermeras americanas más destacadas, nació en Baltimore, Maryland, en 1914. Inició su carrera enfermera en la Providence Hospital School of Nursing en Washington, DC, donde recibió un diploma en enfermería a principios de la década de 1930. Orem recibió un Bachelor of Sciences en Nursing Education de la Catholic University of America (CUA) en 1939 y en 1946, obtuvo un Master of Sciences in Nurse Education de la misma universidad. La teoría del déficit de autocuidado es una teoría general compuesta por las siguientes cuatro teorías relacionadas:

1. La teoría de autocuidado, que describe el porqué y el cómo las personas cuidan de sí mismas.
2. La teoría del cuidado dependiente, que explica de qué modo los miembros de la familia y/o los amigos proporcionan cuidados dependientes para una persona que es socialmente dependiente.
3. La teoría del déficit de autocuidado, que describe y explica cómo la enfermería puede ayudar a las personas.
- 4, La teoría de sistemas enfermeros, que describe y explica las relaciones que hay que mantener para que se produzca el cuidado enfermero.⁷

Definición de enfermería: El arte de la enfermería es actuar por la persona incapacitada, ayudarla a actuar por sí misma y/o ayudarla a aprender a actuar por sí misma.

Orem(2001),afirmó: “La enfermería es una misión práctica, pero una misión práctica realizada por personas con un conocimiento especializado de enfermería teórica, con capacidades desarrolladas para aplicar este conocimiento a situaciones concretas de la práctica de enfermería”.⁷

PRINCIPALES CONCEPTOS

Autocuidado: El autocuidado consiste en la práctica de las actividades que las personas maduras, o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados períodos, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, y continuar con el desarrollo

personal y el bienestar mediante la satisfacción de requisitos para las regulaciones funcional y del desarrollo Orem (2001).

Cuidado dependiente: Cuidado dependiente se refiere al cuidado que se ofrece a una persona que, debido a la edad o a factores relacionados, no puede realizar el autocuidado necesario para mantener la vida, un funcionamiento saludable, un desarrollo personal continuado y el bienestar.⁷

Requisitos de autocuidado: Un requisito de autocuidado es un consejo formulado y expresado sobre las acciones que se deben llevar a cabo porque se sabe o se supone que son necesarias para la regulación de los aspectos del funcionamiento y desarrollo humano, ya sea de manera continua o bajo unas circunstancias y condiciones específicas. Un requisito de autocuidado formulado comprende dos elementos:

Necesidades de autocuidado terapéutico: Las necesidades de autocuidado terapéutico están constituidas por el conjunto de medidas de cuidado necesarias en ciertos momentos o durante un cierto tiempo para cubrir todas las necesidades conocidas de autocuidado de una persona. Según las condiciones existentes y las circunstancias, se utilizarán métodos adecuados para: controlar o dirigir factores identificados en las necesidades, cuyos valores son reguladores del funcionamiento humano (suficiente aire, agua y comida). Cubrir el elemento de actividad de la necesidad (mantenimiento, promoción, prevención y provisión) Orem (2001).

Demanda de cuidado dependiente: Suma de las medidas de cuidados en un momento específico o en un plazo de tiempo para cubrir la demanda de autocuidado terapéutico del dependiente cuando su habilitación de autocuidado no es adecuada u operativa. (Taylor, Renpenning, Geden, et al., 2001).

Actividad de autocuidado: Se define como la compleja habilidad adquirida por las personas maduras, o que están madurando, que les permite conocer y cubrir sus necesidades continuas con acciones deliberadas, intencionadas, para regular su propio funcionamiento y desarrollo humano Orem (2001).

Actividad de cuidado dependiente: Actividad de cuidado dependiente se refiere a la capacidad adquirida de una persona para conocer y satisfacer la demanda de autocuidado terapéutico de la persona dependiente y/o regular el desarrollo y el ejercicio de la actividad de autocuidado dependiente.

Déficit de autocuidado: El déficit de autocuidado es una relación entre las propiedades humanas de necesidad terapéutica de autocuidado y la actividad de autocuidado, en la que las capacidades

de autocuidado constituyentes y desarrolladas de la actividad de autocuidado no son operativas o adecuadas para conocer y cubrir algunos o todos los componentes de la necesidad terapéutica de autocuidado existente o proyectada Orem (2001).

Déficit de cuidado dependiente: El déficit de cuidado dependiente es una relación que existe cuando el proveedor de cuidados dependiente no es adecuado para satisfacer la demanda de autocuidado terapéutico de la persona que recibe el cuidado dependiente.⁷

Actividad enfermera: es la capacidad desarrollada por las personas formadas como enfermeras que les da poder para ser representadas como enfermeras y, dentro del marco de una relación interpersonal legítima, para actuar, saber y ayudar a las personas implicadas en esas relaciones a cubrir sus necesidades terapéuticas de autocuidado y a regular el desarrollo.⁷

Diseño enfermero: Se trata de una actividad profesional desarrollada tanto antes como después del diagnóstico y la prescripción enfermera, a partir de los juicios prácticos de reflexión sobre las condiciones existentes, para sintetizar los elementos de una situación concreta de relaciones ordenadas a unidades operativas de estructura. El objetivo del diseño enfermero es ofrecer guías para alcanzar los resultados necesarios y previstos en la producción de la enfermería hacia el logro de las metas enfermeras; estas unidades conjuntas constituyen la pauta que guía la producción de la enfermería Orem (2001).⁷

Sistemas enfermeros: Son las series y las secuencias de las acciones prácticas deliberadas de las enfermeras que actúan a veces de acuerdo con las acciones de las necesidades terapéuticas de autocuidado de sus pacientes, y para proteger y regular el ejercicio o desarrollo de la actividad de autocuidado de los pacientes Orem (2001).

Métodos de ayuda: Un método de ayuda, desde una perspectiva enfermera, es una serie secuencial de acciones que, si se lleva a cabo, resolverá o compensará las limitaciones asociadas a la salud de las personas que se comprometen a realizar acciones para regular su propio funcionamiento y desarrollo, o el de sus dependientes. Las enfermeras utilizan todos los métodos, los seleccionan y los combinan en relación con las necesidades de acción de las personas que reciben tratamiento enfermero y en relación con las limitaciones de acción asociadas con su estado de salud Orem (2001).

Principales premisas: Los supuestos básicos de la teoría general se formalizaron a principios de la década de 1970 y se presentaron por primera vez en la escuela de enfermería de la Marquette

University en 1973. Orem, identifica las cinco premisas subyacentes en la teoría general de la enfermería:

1. Los seres humanos requieren estímulos continuos, deliberados, de ellos y de su entorno para sobrevivir y funcionar de acuerdo con las leyes de la naturaleza.
2. La actividad humana, el poder de actuar de manera deliberada, se ejercita en forma de cuidado por uno mismo y por otros para identificar las necesidades y realizar los estímulos necesarios.
3. Los seres humanos maduros experimentan privaciones en forma de limitaciones de la acción en el cuidado de uno mismo y los demás, haciendo de la sostenibilidad de vida los estímulos reguladores de las funciones.
4. La actividad humana se ejercita descubriendo, desarrollando y transmitiendo maneras y medios para identificar las necesidades y crear estímulos tanto para uno mismo como para otros.

La principal fuente de ideas sobre enfermería para Orem fueron sus experiencias en enfermería. A través de la reflexión sobre situaciones de la práctica enfermera, pudo identificar el objeto o foco real de la enfermería. La pregunta que guio el pensamiento de Orem (2001) fue: « ¿En qué estado está una persona cuando se decide que una enfermera o enfermeras intervengan en la situación El estado que indica la necesidad de asistencia enfermera es «la incapacidad de las personas de proporcionarse por sí mismas Autocuidado = necesidad humana; continuamente el autocuidado de calidad y cantidad necesario según las situaciones de la salud personal» Orem(2001).⁷

AVEDIS DONABEDIAN (1919-2000).

Avedis Donabedian Nació el 7 de junio de 1919 en Beirut, Líbano Donabedian fue médico y fundador del estudio de la calidad en la atención de la salud y la investigación de los resultados médicos, más conocido como creador del modelo de atención; a través de ocho libros publicados, más de 50 artículos y numerosas cátedras, Donabedian transformó el pensamiento sobre los sistemas de salud. Gracias al conocimiento que generó, ahora entendemos que la respuesta social a los problemas de salud no es un conjunto de eventos sin relación, sino más bien un proceso complejo guiado por principios generales. Como resultado de los trabajos de Donabedian, los sistemas de salud se han convertido en un campo para la investigación y en una excitante arena para la acción. Como parte de sus contribuciones al conocimiento general sobre sistemas de salud, Donabedian (1988) publicó una de sus mayores obras “calidad asistencial” hizo énfasis en el tema específico de la calidad de la atención a la salud, en su artículo

fundamental de 1966, introdujo los conceptos de estructura, proceso y resultado, que constituyen hoy día el paradigma dominante de evaluación de la calidad de la atención a la salud. El punto culminante del admirable trabajo de Donabedian es la serie de tres volúmenes sobre exploraciones en la evaluación de la calidad, que constituyen la sistematización definitiva de conceptos, métodos y evidencia de su influencia global ha sido facilitada por la traducción de varios de sus libros y artículos a diversos idiomas, entre ellos el español, francés, italiano y armenio. Un testimonio de esta influencia es la existencia de la Fundación Avedis Donabedian para el Mejoramiento de la Atención a la Salud, en Barcelona, España, y de varios premios que ostentan su nombre²⁶

Avedis Donabedian (1966).entiende la satisfacción del paciente, “como una medida de eficacia e incluso de control objetivo de la calidad de los servicios de salud”. Aunque han transcurrido más de 50 años desde que por primera vez Donabedian hablara de la satisfacción de los pacientes, este concepto sigue vigente. Hoy en día se sigue entendiendo la satisfacción del paciente como medida de garantía de calidad tanto como resultado de la asistencia puntual que prestan la enfermera y el médico, principalmente. Sin embargo, desde nuestra óptica, más que un aspecto objetivo de esa calidad, cabría mejor hablar de “calidad sentida por los pacientes”, o, en otros términos, de los aspectos subjetivos de la calidad de la atención.²⁶ El modelo citado en la literatura científica para los servicios de salud es la propuesta del médico Avedis Donabedian, (1966)⁸ establece las dimensiones de estructura, proceso y resultado y sus indicadores para evaluarla. Para esta época, la relación entre métodos de proceso y resultado, así como la sistematización de los criterios, genera reflexiones importantes sobre la responsabilidad en la mejora de la calidad en dicho servicio. Sus tres principales componentes son: 1.Indicadores de estructura. Son todos los atributos materiales y organizacionales relativamente estables, así como los recursos humanos y financieros disponibles en los sitios en los que se proporciona atención.2.indicadores de proceso. Se refieren a lo que los médicos y proveedores son capaces de hacer por los pacientes, la interrelación con las actividades de apoyo diagnosticadas además de las actitudes, habilidades, destreza y técnicas. 3. los indicadores de resultado. Referidos a la variación de los niveles de salud y a la satisfacción del paciente por la atención recibida, la cual le otorga una importancia mayor por la necesidad de satisfacer las expectativas del usuario mediante un servicio de mayor calidad.⁸Avedis Donabedian, se tienen en cuenta tres pilares fundamentales: la atención técnica, el manejo de la relación interpersonal, y el ambiente en el que se lleva a cabo

el proceso de atención. La evaluación de cada uno de estos aspectos permite estimar la calidad de la atención brindada, Cabe mencionar que la satisfacción del paciente es un indicador consistente y suficiente para la evaluación de la calidad de los servicios de salud, que aportará información valiosa acerca de cómo es vivido por el paciente la atención por profesionales de salud en los diferentes servicios que conforman la diferentes instituciones de salud. Donabedian (1984) define calidad como los logros de los mayores beneficios posibles de la atención médica, con los menores riesgos para el paciente. Señala que ésta puede interpretarse en dos dimensiones interrelacionadas e interdependientes: la técnica y la interpersonal. La atención técnica se refiere a la aplicación de la ciencia y la tecnología médicas de una manera que rinda un máximo de beneficio para la salud, sin aumentar con ello sus riesgos. La atención interpersonal mide el grado de apego a valores, normas, expectativas y aspiraciones de los pacientes.⁸

ADULTO MAYOR

El adulto mayor ha sido definido cronológica y funcionalmente en el año de 1984 la Organización Mundial de la Salud (OMS) acuñó el término “Adulto Mayor” para referir al segmento poblacional que incluye a las personas de edad avanzada .la Organización Panamericana de la Salud (OPS), establece la edad de 60 años para considerar que una persona es adulta mayor con una clasificación en tres niveles de acuerdo al grupo de edad: 60 a 70 años, considerado “adulto mayor joven” adulto mayor de 71 a 80 años, y por último tenemos al adulto mayor viejo que se encuentra en el rango de 81 años a más edad mientras que la Organización de Naciones Unidas (ONU), también denomina a este grupo humano como “Adultos mayores” La ONU establece el Plan de Acción Internacional sobre Envejecimiento en el año 1982, la aprobación de los Principios de las Naciones Unidas a favor de las personas mayores y la designación del 1º de octubre de cada año como “Día Internacional de los Adultos Mayores”; cuando se designó el año 1999 como “Año Internacional del Adulto Mayor”, en el Decreto 811 de la mencionada organización quedó establecida la sustitución de expresiones como: anciano, viejo, senil, por la de adulto mayor en la mayoría de los países del mundo.²⁷

GRADO DE DEPENDENCIA

Loredo F, et al. (2012), El Consejo de Europa define la dependencia como "un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, psíquica

e intelectual tienen necesidad de asistencia o ayudas importantes a fin de realizar los actos de la vida diaria". Uno de los instrumentos más ampliamente utilizados para la valoración de la función física es el Índice de Barthel (IB), también conocido como "Índice de Discapacidad de Maryland". Cartel la describe como "la incapacidad funcional en relación con las actividades de la vida diaria".¹² se considera una situación específica de discapacidad, observándose una limitación severa de la persona para realizar una determinada actividad y la necesidad de recibir ayuda personal o técnica para poder interactuar con el medio ambiente, por lo que la relación discapacidad y dependencia constituye una situación compleja de salud. la categorización de los pacientes nace como una propuesta con el fin de clasificarlos y a la vez utilizarla como herramienta para definir el grado de dependencia acorde a las necesidades reales de cada paciente.²⁸ El índice de Barthel es un instrumento ampliamente utilizado para este propósito y mide la capacidad de la persona para la realización de actividades básicas de la vida diaria; el IB es una medida simple en cuanto a su obtención e interpretación, fundamentada sobre bases empíricas. Se trata de asignar a cada paciente una puntuación en función de su grado de dependencia para realizar una serie de actividades básicas. Los valores (AVD) que se asignan a cada actividad dependen del tiempo empleado en su realización y de la necesidad de ayuda para llevarla a cabo. Las AVD incluidas en el índice original son diez: comer, trasladarse entre la silla y la cama, aseo personal, uso del retrete, bañarse/ ducharse, desplazarse (andar en superficie lisa o en silla de ruedas), subir/bajar escaleras, vestirse/desvestirse, control de heces y control de orina.²⁸ Las actividades se valoran de forma diferente, pudiéndose asignar 0, 5, 10 ó 15 puntos. El rango global puede variar entre 0 (completamente dependiente) y 100 puntos (completamente independiente) la valoración del grado de dependencia es indispensable para orientar el mejoramiento de la calidad del cuidado en los servicios hospitalarios. Otra versión, propuesta por Shah et al (1989), mantiene las 10 actividades originales, pero incrementa el número de niveles por cada actividad hasta 5. Esta modificación en los niveles pretende aumentar la sensibilidad de la medida sin añadir complicaciones adicionales en su administración. El rango de puntuación se mantiene entre 0 al 100.²⁹

SATISFACCIÓN

El concepto de satisfacción se basa en la diferencia entre las expectativas del paciente y la percepción de los servicios que ha recibido. De esta manera las percepciones subjetivas

acompañadas de las expectativas previas configuran la expresión de la calidad del servicio. Podemos afirmar que la visión que se tiene del concepto del paciente sobre los servicios médicos, y su empleo, ha sido estudiada por personas en diversos tipos de intereses. Se destacan los estudios realizados por médicos y administradores de salud. Donabedian (1984).²⁶ Haciendo un poco de historia, observamos cómo a mitad de la década de los 70 cobra vigor la preocupación por la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud en la Unión Americana; aspecto ligado al surgimiento de los movimientos de usuarios, lo que lleva a considerar la variable satisfacción del paciente como medida última de la calidad que ofrece una unidad de salud. La conceptualización predominante durante esta década fue la de E. Koos y Avedis Donabedian (1984), para quienes la satisfacción del paciente es ante todo, una medida del resultado de la interacción entre los profesionales de la salud y el paciente.³⁰

Según Avedis Donabedian medir la satisfacción del paciente con el cuidado de enfermería es un indicador de calidad. La percepción del usuario son conceptos y actitudes que construye de sus expectativas y de la satisfacción de sus necesidades. Efectivamente, la satisfacción del paciente ha sido considerada tradicionalmente como factor determinante de la futura utilización de los servicios de salud, o bien, consecuencia de la utilización de estos. Donabedian. A (1984)³⁰

Puch-Ku, M. (2016) la satisfacción del paciente es uno de los aspectos que en términos de evaluación de los servicios de salud y de la calidad en la atención, ha venido cobrando mayor importancia en salud pública, siendo considerada desde hace poco más de una década uno de los ejes de evaluación de los servicios de salud.¹⁰

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

La Organización Mundial de la Salud definió al proceso de atención de enfermería como componente de la profesión (el cuidado) y actualmente es una de las pocas técnicas establecidas a nivel mundial en el cuidado profesional. OMS, (1974).

Alfaro (2008); lo define como un método sistemático de brindar cuidados humanistas eficientes centrados en el logro de resultados esperados. Consta de una sucesión de etapas correlativas e interrelacionadas, de tal forma que cada una depende de la anterior y condiciona la siguiente: Valoración, (1) Diagnóstico, (2) Planificación, (3) Ejecución (4) Evaluación (5).

Lu Verne Wolf señala que la atención que brinda la enfermera se basa en una atención holística, es decir un sistema de atención total del paciente en donde se considera las necesidades biológicas, emocionales, espirituales y sociales, ya que se trata de una unidad equivalente a algo más que la mera suma de sus partes.

El proceso de atención de enfermería (PAE) es la articulación de todas las actividades enfermeras sobre la base del método científico de trabajo, instrumento interdisciplinar y universal, basado en la utilización sistemática de una secuencia ordenada, razonada, coherente y retroactiva de actividades (valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación) que incluyen en sí mismas, valores, actitudes, habilidades y conocimientos propios de los cuidados de enfermería.

la asistencia sanitaria a los AM constituye un campo especializado en el que los enfermeros necesitan un amplio conocimiento del cuerpo, grandes habilidades de relación, gran capacidad para el trabajo en equipo e intervención familiar, así como cualidades personales como la paciencia y el respeto.³¹

GRADO DE DEPENDENCIA RELACIONADO CON LA SATISFACCIÓN DE ENFERMERÍA.

EL grado de dependencia está determinado por la limitación de la funcionalidad del adulto mayor la cual puede ser física o cognitiva alude a las facultades para realizar las actividades de la vida cotidiana perdiendo independencia y autonomía. Su evaluación permite conocer el grado de dependencia. En otra vertiente más particular, Hazzard (2007), con una ideal igualmente holística, menciona la interacción de diferentes dimensiones para la evaluación geriátrica e identifica el estado funcional del anciano, no involucrando solo el aspecto médico, sino de forma más global involucrando los aspectos cognitivo, afectivo, factor medioambiental, soporte social, factor económico y espiritualidad.³² Medina y cols. (2007) definen la funcionalidad como “el grado de independencia o capacidad para valerse por sí mismo para la vida” La funcionalidad es fundamental dentro de la evaluación geriátrica pues permite definir el nivel de dependencia y plantear los objetivos de tratamiento y rehabilitación, así como instruir medidas de prevención para evitar mayor deterioro. Existen numerosas escalas que se utilizan para la cuantificación de la capacidad funcional; estas deben ser breves, sencillas y fáciles de aplicar para alcanzar los objetivos de ser un instrumento de aplicación rápida y que pueda ser utilizado por personal de

formación variada y cualquier unidad de Atención Primaria. Los instrumentos para valorar la funcionalidad que más se utilizan en el mundo y que han sido parte de múltiples estudios son: Katz (1963), Lawton-Brody (1969), Barthel (1950), siendo este último el instrumento de medición de las actividades básicas de la vida diaria más usado y recomendado por la Sociedad Británica de Gerontología. El índice de Barthel es una guía de evaluación de escala que consta de 10 preguntas en las que se incluye la valoración de las ABVD; identificando la independencia o dependencia del sujeto. La puntuación máxima de independencia es 100 y la de máxima dependencia es de 0. Therese (1998) propone tres teorías de enfermería que contribuyen a proporcionar una base a la práctica de enfermería: teoría de la asistencia individualizada de Orem, teorías de la adaptación de Roy, teoría de los sistemas de asistencia sanitaria de Neuman; estas teorías demuestran cómo pueden llevarse a efecto los modelos destinados a la práctica de la enfermería, donde los ancianos sean los principales destinatarios de este tipo de asistencia³² Por otra parte Stanley considera que la enfermería geriátrica debe basarse en la actuación de estándares de enfermería clínica y de estándares de eficacia de enfermería profesional, tal como lo establece la NANDA 2001, brindando una actuación independiente, en el grupo interdisciplinario de cuidados en colaboración con el grupo interdisciplinario de cuidados con la vertiente de influir en los resultados de salud, mejorando o conservando el estado de salud del adulto mayor al maximizar el estado funcional de bienestar y calidad de vida basados en planes de cuidados a partir de la valoración integral adecuada culturalmente.³² Torres-Egea (2006) refiere que el profesional de enfermería debe adoptar un modelo teórico del cuidado a partir de la concepción de ser humano que tenga, y las características de los usuarios que van a ser el blanco del cuidado. los diferentes modelos de cuidados para el personal de enfermería con el único fin de brindar una mejor atención del AM a partir de la valoración del mismo logrando la máxima satisfacción del mismo.³²

MARCO CONCEPTUAL

ADULTO MAYOR: Es toda persona varón o mujer de 60 años a más, que por situaciones de alteraciones, desequilibrio o pérdida de la salud, se hospitalizo.

GRADO DE DEPENDENCIA: es el nivel de limitación física, psíquica o intelectual, sensorial o mixta, funcional del adulto mayor como consecuencia existe una pérdida de autonomía para

poder llevar a cabo las actividades de la vida diaria y el cuidado personal, necesitando de asistencia importante para el cuidado.

SATISFACCIÓN: Es la percepción de bienestar que experimenta el paciente Adulto mayor, sobre los cuidados recibidos de la enfermera durante su hospitalización, que puede ser valorada a través de la observación o expresada por medio del lenguaje y que puede ser medido en diferentes niveles.

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA: Es el conjunto de acciones basados en conocimientos científicos y principios bioéticos que brinda la enfermera al paciente adulto mayor para satisfacer sus necesidades.

MARCO LEGAL

Los principios éticos aplicados a la práctica de la investigación científica en el ámbito de la salud se realizan a fin de obtener un conocimiento sólido sobre el manejo y la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud, en un marco irrestricto de respeto a la integridad y derechos del ente biológico que se estudia. Existen múltiples regulaciones y códigos de ética que, al paso del tiempo y teniendo su origen en Hipócrates y hasta Claude Bernard (1865/1966), han conformado códigos y acuerdos que se plasman en las leyes que están obligados a cumplir todos los profesionales que trabajan con el ser humano y con los animales de laboratorio. Al final, la forma en que el investigador los cumple depende, en última instancia, de su honradez y formación personal y profesional.³³

En 2002, la Organización Mundial de la Salud (OMS) dio a conocer el documento Envejecimiento activo: un marco político. En este marco se define el envejecimiento activo como “el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen”. Se hace hincapié en la necesidad de actuar en múltiples sectores, con el objetivo de asegurar que las personas mayores sigan siendo un recurso para sus familias, comunidades y economías. El marco político de la OMS reconoce seis tipos de determinantes clave del envejecimiento activo: Los económicos, los conductuales, los personales, los sociales, los relacionados con los sistemas sanitarios y sociales y los relacionados con el entorno físico.⁵ propone cuatro políticas fundamentales para la respuesta de los sistemas de salud: prevenir y reducir la carga del exceso de discapacidades, enfermedades crónicas y mortalidad prematura; reducir los factores de riesgo relacionados con las causas de

enfermedades importantes y aumentar los factores que protegen la salud durante el curso de la vida; desarrollar una continuidad de servicios sociales y de salud que sean asequibles, accesibles, de gran calidad y respetuosos con la edad, y que tengan en cuenta las necesidades y los derechos de las mujeres y los hombres a medida que envejecen y proporcionar formación y educación a los cuidadores.⁵

El profesional de enfermería ha centrado su interés en lograr la satisfacción del paciente hospitalizado por medio de una atención satisfactoria en instituciones de salud para llevarlo a cabo es necesario una serie de conocimientos y habilidad en procedimientos técnicos con estricto apego a los derechos de los enfermos, ética, humanización de la asistencia y cuidados paliativos.⁵

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD.

Recientemente, el Plan de Acción sobre la Salud de las Personas Mayores incluido el Envejecimiento Activo y Saludable (CE144/9), adoptado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en la 144° reunión de su Comité Ejecutivo, “sostiene que los sistemas de salud deben afrontar el reto de la atención de un usuario con características y necesidades diferentes a las habituales. Para ello, los trabajadores del sector necesitan nuevas competencias que les permitan responder a las necesidades de atención de este grupo de población” por lo que es indispensable “definir las competencias y los contenidos mínimos en materia de geriatría y gerontología para los profesionales y trabajadores de salud acordes con las necesidades de cada país e incluir contenidos sobre envejecimiento en la formación de pregrado y posgrado de todos los profesionales de salud y ciencias afines y fomentar la formación especializada en geriatría y gerontología”. OPS (2014) ⁶

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS.

En México, en 2002 se establece la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, estableciendo en su artículo 3 que los AM son aquellas personas que cuentan con 60 años o más de edad. En su artículo 5, f. II. De la salud, la alimentación y la familia, se define el derecho a tener acceso preferente a los servicios de salud, de conformidad con el párrafo tercero del artículo 4 Constitucional.³⁴

REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE INVESTIGACION PARA LA SALUD

El Artículo 4o. Constitucional, publicado en el Diario oficial de la Federación de fecha 3 de febrero de 1983, se consagró como garantía social, el derecho a la protección de la salud; la ley general de salud ha establecido los lineamientos y principios generales a los cuales deberá someterse la investigación científica y tecnológica destinada a la salud, correspondiendo a la Secretaría de Salud orientar su desarrollo; establece que la investigación para la salud es un factor determinante para mejorar las acciones encaminadas a proteger, promover y restaurar la salud del individuo y de la sociedad en general con estricto apego ético.³⁵

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-167-SSA1-1997, PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS DE ASISTENCIA SOCIAL PARA MENORES Y ADULTOS MAYORES.

Que con fecha 4 de diciembre de 1998, en cumplimiento del acuerdo del Comité y de lo previsto en el artículo 47, fracción I, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización se publicó en el Diario Oficial de la Federación el proyecto de la presente Norma Oficial Mexicana, a efecto de que dentro de los siguientes sesenta días naturales posteriores a dicha publicación, los interesados presentaran sus comentarios a la Dirección General de Regulación de los Servicios de Salud. las respuestas a los comentarios recibidos por el mencionado Comité, fueron publicadas previamente a la expedición de esta Norma en el Diario Oficial de la Federación, en los términos del artículo 47, fracción III, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización. en atención a las anteriores consideraciones, contando con la aprobación del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Regulación y Fomento Sanitario, se expide la siguiente Norma Oficial Mexicana NOM-167-SSA1-1997, Para la prestación de servicios de asistencia social y de salud física y mental para menores y adultos mayores.³⁶

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-019-SSA3-2013, PARA LA PRACTICA DE ENFERMERÍA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

El 12 de octubre de 2012, fueron recibidos en la sede del mencionado Comité, comentarios respecto del proyecto de la presente norma, razón por la que con fecha previa fueron publicadas en el Diario Oficial de la Federación, la respuesta a los comentarios recibidos por este Comité, en los términos del artículo 47, fracción III, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización. Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud. La enfermería es una disciplina

fundamental en el equipo de salud, su creciente aportación en los procesos de mantenimiento o recuperación de la salud del individuo, familia o comunidad en las diferentes etapas de la vida, ha demostrado la importancia del papel que desempeña. La formación académica del personal de enfermería, evoluciona a la par del avance tecnológico de los servicios de salud del país y al orden internacional, con el objetivo de ofrecer servicios de salud de calidad, acorde a los diferentes roles que ejerce en su contribución a la solución de los problemas que afectan a la población.³⁷ Por esta razón, es de suma importancia situar de forma clara y organizada, el nivel de responsabilidad que el personal de enfermería tiene en el esquema estructural de los establecimientos para la atención médica en los sectores público, social y privado, así como los que prestan sus servicios en forma independiente. Ya que en la medida en que cada integrante cumpla su labor, acorde a su formación académica, la calidad en los servicios de salud se verá favorecida y el usuario obtendrán mayores beneficios. La expedición de esta norma tiene como finalidad precisar atributos y responsabilidades que deberá cumplir el personal de enfermería, conforme a las disposiciones jurídicas aplicables.³⁷

4. Definiciones Para efectos de esta norma se entenderá por:

4.1. **Cuidado:** A la acción encaminada a hacer por alguien lo que no puede hacer la persona por sí sola con respecto a sus necesidades básicas, incluye también la explicación para mejorar la salud a través de la enseñanza de lo desconocido, la facilitación de la expresión de sentimientos, la intención de mejorar la calidad de la vida del enfermo y su familia ante la nueva experiencia que debe afrontar.

4.7. **Enfermería:** A la ciencia y arte humanístico dedicada al mantenimiento y promoción del bienestar de la salud de las personas, ha desarrollado una visión integral de la persona, familia y comunidad y una serie de conocimientos, principios, fundamentos, habilidades y actitudes que le han permitido promover, prevenir, fomentar, educar e investigar acerca del cuidado de la salud a través de intervenciones dependientes, independientes o interdependientes.

5.8. El personal de enfermería está obligado a:

5.8.3. Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos, éticos y humanísticos de acuerdo a su ámbito de competencia³⁷

CODIGO DE CONDUCTA

Con fundamento en lo dispuesto por los artículos 39, de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 7 y 48, de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los

Servidores Públicos, así como 6 y 7, fracción XXVI, del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud; en relación con el numeral Tercero, párrafo segundo, inciso b), del Acuerdo que tiene por objeto emitir el Código de Ética de los servidores públicos del Gobierno Federal, las Reglas de Integridad para el ejercicio de la función pública, y los Lineamientos generales para propiciar la integridad de los servidores públicos y para implementar acciones permanentes que favorezcan su comportamiento ético, a través de los comité de ética y de prevención de conflictos de Interés, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 20 de agosto de 2015, los cambios que ha sufrido la sociedad mexicana han llevado a la ciudadanía a mantener, en todo tiempo y lugar, la justa exigencia a las instituciones públicas de conducirse con parámetros éticos que se traduzcan en beneficios Sociales tangibles. Es por ello que la Secretaría de Salud, ante esta realidad, y acorde a los cambios instaurados por el Gobierno Federal, ha desarrollado el presente Código de Conducta en estricto apego al Código de Ética de los servidores públicos del Gobierno Federal, las Reglas de Integridad para el ejercicio de la función pública, y los Lineamientos generales para propiciar la integridad delos servidores públicos y para implementar acciones permanentes que favorezcan su comportamiento ético, a través de los Comités de Ética y de Prevención de Conflictos de Interés, en un marco de protección de los derechos humanos. Apegados a los principales puntos de interés del código de conducta:

Preservar un ambiente de respeto, solidaridad, equidad, desarrollo y libre de cualquier forma de violencia y discriminación al interior y al exterior.

-) Promover y difundir una cultura laboral basada en el conocimiento y respeto a los derechos humanos.
-) Promover la calidad, como eje principal en la atención y prestación de los servicios.
-) Procurar un trato cálido y amable a todas las personas usuarias de la información, los servicios y los trámites de la Institución.
-) Utilizar de manera óptima el tiempo y los recursos disponibles.
-) Propiciar un ambiente de cordialidad y de sana convivencia entre todo el personal de la Secretaría de Salud, que fomente el trabajo en equipo de forma respetuosa, coordinada y eficiente.

HIPÓTESIS

A mayor grado de dependencia del paciente adulto mayor hospitalizado está relacionado con menor nivel de satisfacción de la atención de enfermería.

CAPITULO III

MÉTODOS

Tipo de investigación: cuantitativa

Diseño de la investigación: Observacional analítico transversal

Variable independiente: Grado de dependencia.

Variable dependiente: Satisfacción del adulto mayor.

Población: adultos mayores del servicio de hospitalización en segundo nivel de atención.

Muestra: Probabilística por conveniencia a 105 usuarios adultos mayores de 60 a 75 años de edad que reciben atención de enfermería en hospitalización en un segundo nivel.

Técnica de análisis de datos: Se utilizará un instrumento validado que comprende 3 apartados: datos sociodemográficos, grado de dependencia y satisfacción del adulto mayor.

Instrumentos de recolección de datos: se utilizará un instrumento validado con preguntas que evalúan el grado de dependencia y la satisfacción de la atención del servicio de enfermería según la experiencia de los pacientes adultos mayores; el instrumento de evaluación será con carácter confidencial y anónimo; que incluye la primera parte obteniendo datos sociodemográficos del encuestado por medio de 12 preguntas; la segunda parte incluyen con 30 preguntas dirigidas recoger la satisfacción de la atención prestada por la enfermera, preguntas cerradas en escala de Likert las posibles respuestas a cada pregunta serán 4 categorías: nada satisfecho (0), poco satisfecho (1), satisfecho (2) o muy satisfecho (3); a opinión del encuestado; a mayor puntaje mayor satisfacción manifestara el adulto mayor. La variable será categorizada en terciles para obtener niveles de satisfacción alto, medio y bajo. La tercera parte es el índice de Barthel (IB) que mide la capacidad de una persona para realizar diez actividades de la vida diaria (AVD), consideradas como básicas, obteniéndose una estimación cuantitativa de su grado dependencia.

Confiabilidad: Coeficiente Alfa de Cronbach para medir la confiabilidad del instrumento a utilizar para la evaluar la satisfacción de la atención prestada por la enfermera, con una

confiabilidad de 0.91; El método de consistencia interna basado en el alfa de Cronbach permite estimar la fiabilidad de un instrumento de medida a través de un conjunto de preguntas que se espera que midan el mismo constructo o dimensión teórica. La validez de un instrumento se refiere al grado en que el instrumento mide aquello que pretende medir y la fiabilidad de la consistencia interna del instrumento se puede estimar con el alfa de Cronbach. La medida de la fiabilidad mediante el alfa de Cronbach asume que los ítems (medidos en escala tipo Likert) miden un mismo constructo y que están altamente correlacionados (Welch y Comer, 1988).

Cuanto más cerca se encuentre el valor del alfa a 1 mayor es la consistencia interna de los ítems analizados. La fiabilidad de la escala debe obtenerse siempre con los datos de cada muestra para garantizar la medida fiable del constructo en la muestra concreta de investigación, criterio general, George y Mallery (2003), sugieren las recomendaciones siguientes para evaluar los coeficientes³⁸

Alfa de Cronbach:

-) Coeficiente alfa >.9 es excelente
-) Coeficiente alfa >.8 es bueno
-) Coeficiente alfa >.7 es aceptable
-) Coeficiente alfa >.6 es cuestionable
-) Coeficiente alfa >.5 es pobre
-) Coeficiente alfa <.5 es inaceptable

El instrumento índice de Barthel se utilizara para valorar el grado de dependencia del adulto mayor, La versión a utilizar es la de Shah (1989), et al mantienen las 10 actividades originales y 5 de niveles de puntuación pretende aumentar la sensibilidad de la medida.

La confiabilidad del instrumento; se obtuvo un alfa de Cronbach de 0.86-0.92 para la versión original y de 0.90-0.92.El IB puede usarse asignando puntuaciones con intervalos de 1 punto entre las categorías, resultando un rango global entre 0 y 20.

La interpretación sugerida por Shah es:

-20: Dependencia total

21-60: Dependencia severa

61-90: Dependencia moderada

91 – 99: Dependencia escasa

100: Independencia

El IB es un instrumento de gran utilidad en la rehabilitación, por su validez y fiabilidad, es fácil de aplicar y de interpretar. Su aplicación es de bajo costo y es útil para dar seguimiento a la evolución de los pacientes. Las molestias son escasas, pues requiere que el paciente realice algunas actividades básicas o bien que se le observe en su quehacer cotidiano. Para los encargados las molestias son también escasas. Se realiza entre 2 y 5 minutos, mientras que la autovaloración, en 10 minutos. Para aplicarla consecutivamente el intervalo mínimo es de dos semanas. Shah S, et al. (1989).²⁹

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión:

- A. Usuarios adultos mayores de un hospital de segundo nivel, que aceptaran participar en el estudio.
- B. Pacientes que acepten participar del estudio previo consentimiento informado.
- C. Adultos mayores de 60 a 75 años
- D. Adultos mayores de ambos sexos

Criterios de exclusión:

- A) Adultos mayores con alteración cognitivas que les impida participar.
- B) Pacientes menores de 60 años o mayores de 75 años.
- C) Los adultos mayores que no acepten participar en el estudio.

Criterios de eliminación:

Los adultos mayores cuyo instrumento tenga menos del 80% de la información.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizará un análisis descriptivo de las variables de dependiente e independientes, obteniendo medidas de frecuencia, de tendencia central y dispersión.

Se realizará un análisis bivariado entre la satisfacción de la atención de enfermería y el grado de dependencia funcional del adulto mayor, así como el resto de las covariables. Posteriormente se realizará un análisis multivariado para identificar la asociación entre el grado de dependencia funcional del adulto mayor y la satisfacción de la atención de enfermería a través de la razón de

momios politómica con IC 95%. Se realizará una base de datos en Microsoft Excel, el análisis estadístico se efectuará mediante el paquete estadístico STATA v.14

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente estudio se realizará con apego a los lineamientos internacionales de la declaración de Helsinki y con apego a las establecidas en nuestro país la Ley General de Salud Mexicana en materia de investigación en seres los cuales, consideran que en toda investigación deberán prevalecer los criterios del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar, protección a su privacidad, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice; el estudio se considera sin riesgo alguno, dado que no se tendrá ninguna intervención de investigación experimental.

Se utilizará carta de consentimiento informado dirigida al adulto mayor o sus familiares en el servicio de hospitalización respetando la autonomía de los participantes y sólo ingresarán al estudio los que acepten participar voluntariamente, sin que esto afecte de forma alguna su atención en el servicio.³⁴

DECLARACIÓN DE HELSINKI

Adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio 1964 La asociación médica establece los principios éticos para las investigaciones médicas en seres para orientar a los médicos y a otras personas que realizan investigación médica en seres humanos. Revisada por última vez en la 59ª Asamblea General, Seúl, Corea, octubre 2008.³³

Aunque la Declaración está destinada principalmente a los médicos, insta a otros participantes en la investigación médica en seres humanos a adoptar estos principios. El deber del médico es promover y velar por la salud de los pacientes, incluidos los que participan en investigación médica. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber. El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones actuales deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.³² La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales. Algunas poblaciones sometidas a la investigación son particularmente vulnerables y necesitan protección especial. Éstas incluyen a los que no pueden

otorgar o rechazar el consentimiento por sí mismos y a los que pueden ser vulnerables a coerción o influencia indebida.³³

LIMITACIONES

El adulto mayor tiene disminución en sus sentidos auditivos y visuales por lo cual se recurra al apoyo de la técnica de entrevista para la realización del cuestionario, resultados solo se puedan generalizar a pacientes que se encuentran en el servicio de hospitalización por las características de la población.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Envejecimiento y ciclo de vida [en línea]. Organización Mundial de la Salud. 2018 [citado 20 de agosto 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/ageing/es/>
2. González KD. Envejecimiento demográfico en México. análisis comparativo entre las entidades federativas. en: Consejo Nacional de Población. La situación demográfica en México [revista en línea] 2015 México D.F., México: CONAPO; 2016 [citado el 22 de agosto 2018].Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134248X17300836>
3. Intervenciones de Rehabilitación Temprana en el Adulto Mayor Hospitalizado [en línea]. Instituto Mexicano del Seguro Social. 2013 [citado 23 de agosto 2018]. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/651GER.pdf>
4. Instituto Nacional de Estadística y Geografía - Temas estadísticos [en línea]. Www3.inegi.org.mx. 2018 [citado 24 de agosto 2018]. Disponible desde: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/temas/default.aspx?s=est&c=17484>
5. Informe Mundial de la OMS sobre Envejecimiento y Salud Ginebra [en línea]. OMS; 2015. [citado el 26 de agosto 2018].Disponible desde: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf

6. Plan estratégico de la Organización Panamericana de la Salud [en línea]. 2014-2019. [citado 28 Agosto 2018]. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/165204/OD345-s.pdf?sequence=1>
7. Alligood M, Tomey AM. Modelos y teorías en enfermería. [libro electrónico] Elsevier Health Sciences; 2015: 232-247. [citado: 1 de septiembre 2018]. Disponible en: <https://inspectioncopy.elsevier.com/6/es/book/details/9788490227275>
8. Donavedian A. La dimensión internacional de la evaluación y garantía de la calidad. [libro electrónico] Salud Pública de México; 1990: 113-117. [citado el 2 de septiembre 2018]. Disponible desde: <http://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5280/5424>.
9. Pat-Pech M. E, Soto M E. Satisfacción del paciente adulto hospitalizado con el trato interpersonal del personal de enfermería. [revista en línea] Rev enferm Inst Mex Seguro Soc 2017. [citado el 4 de septiembre 2018]. 25(2):119-123 Disponible desde: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2017/eim172g.pdf>
10. Puch-Ku G F, Uicab-Pool G D L A, Ruiz-Rodríguez M, Castañeda-Hidalgo H. Dimensiones del cuidado de enfermería y la satisfacción del paciente adulto hospitalizado. [revista en línea] Rev. enferm Inst Mex Seguro Soc 2016. [Citado el 6 de septiembre 2018].24(2):129-136. Disponible desde: http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_enfermeria/article/view/101
11. Guerrero C, Felix A A, Peralta C E G, Quevedo D E G Satisfacción del cuidado de enfermería en el adulto mayor hospitalizado. [revista en línea] Rev Paraninfo Digital 2016. [citado el 8 de septiembre 2018].5(1) Disponible en: <http://www.indexf.com/para/n25/pdf/009.pdf>
12. Loredó F M, Gallegos T R, Xequé M A, Palomé V G, Juárez-Lira A. Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor. [revista en línea]

- Rev.unam.mx 2015. [citado 12 septiembre 2018].13(3) Disponible desde <http://www.revistas.unam.mx/index.php/reu/article/view/56819>
13. Prado L. Satisfacción del adulto mayor hospitalizado con la atención del personal de enfermería [tesis doctoral]. 2015 [citado 15 de septiembre 2018]. Disponible desde: <http://ri.uaq.mx/handle/123456789/3017>
 14. Ruiz M P Y, Romero Q G, Trejo F J, Martínez O M, Cuevas C J J. Satisfacción del adulto mayor con el cuidado de enfermería en un hospital de segundo nivel. Prado L. Satisfacción del adulto mayor hospitalizado con la atención del personal de enfermería [revista en línea]. Rev enferm Inst Mex Seguro Soc 2015. [citado el 18 de septiembre 2018].23(1):37-42. Disponible desde: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriamss/eim-2015/eim151g.pdf>
 15. Bejines S V, Rodríguez R, García O L, Barajas M A, Aguilar N L M, Rodríguez M L. Valoración de la capacidad funcional del adulto mayor [revista en línea].Rev enferm Inst Mex Seguro Soc 2015. [citado 20 de septiembre 2018]. 23(1):9-15. Disponible desde: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriamss/eim-2015/eim151c.pdf>
 16. Morales M S L B, Díaz A A Q. Satisfacción de los usuarios hospitalizados en el servicio de medicina interna, con el cuidado de enfermería [revista en línea]. Rev méd de la univ ver 2014. [citado el 22 de septiembre 2018]. 14(1): 14-19. Disponible desde: https://www.uv.mx/rm/num_anteriores/revmedica_vol14_num1/articulos/satisfaccion.pdf
 17. Arteaga H M G, Segovia D L, Pérez R M, Cruz O. Capacidad funcional física y necesidades humanas del adulto mayor. [revista en línea] Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social 2014 [citado el 24 de septiembre 2018]. 23(1):17-26. Disponible desde: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriamss/eim-2015/eim151d.pdf>. 2018.
 18. De la Rosa A E, Ramírez C O, Cadena E J C, Arreola S S O. Satisfacción de los pacientes hospitalizados con la atención de enfermería [revista en línea]. Rev Enf Neurol

2012. [citado el 28 de septiembre 2018]. 11(2):68-72. Disponible desde: medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene122c.pdf
19. Torres C C, Páez E A N, Rincón S L, Rosas B D, Mendoza M E. Reproducibility of a questionnaire: quality of nursing care in hospitalized patients. [revista en línea] 2016 [citado el 30 de septiembre 2018]. 7(2):1338-1344. Disponible desde: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732016000200011
20. Pio C. Satisfacción del adulto mayor respecto a los cuidados que recibe del personal de salud en el servicio de medicina del hospital Hermilio Valdizan Medrano–Huánuco. [tesis en línea].2015. [citado el 1 de octubre 2018]. Disponible desde: http://repositorio.udh.edu.pe/bitstream/handle/123456789/214/T_047_46795243_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y
21. Perdomo RCA, Durán YA D A, Perdomo D. M, Romero K, Zúñiga L F. Recurso humano de enfermería según grado de dependencia de los pacientes. [revista en línea] 2015 [citado el 3 de octubre 2018]. 7(1):39-45. Disponible desde: <https://www.journalusco.edu.co/index.php/rfs/article/view/178>
22. Donayre T R. Nivel de satisfacción del paciente adulto mayor hospitalizado en el servicio de medicina interna del hospital regional de Perú respecto a la atención recibida por el personal de enfermería. [tesis en línea] 2014. [citado el 6 de octubre 2018]. Disponible desde: <http://repositorio.uap.edu.pe/handle/uap/1346>
23. Perea S J E. Evaluación del servicio gerontológico y su incidencia en la satisfacción del adulto mayor, del cantón Quevedo, provincia de Los Ríos. [tesis en línea]. Bachelor's Quevedo 2013 [citado el 9 de octubre 2018]. Disponible desde: <http://repositorio.uteg.edu.ec/handle/43000/1461>
24. Díaz G R. Nivel de satisfacción del adulto mayor respecto a los cuidados que brinda el profesional de Enfermería en el Hospital General de Jaén. [tesis en línea]. 2013 [citado el

- 12 de octubre 2018]. Disponible desde:
<http://repositorio.untrm.edu.pe/handle/UNTRM/1111>
25. Rodríguez G M D, Holguín E A, Pulgarín B L. Validación de una escala de satisfacción con el cuidado nocturno de enfermería. [revista en línea] Revista Cubana de Enfermería. 2012 [citado el 15 de octubre 2018]. 28(3):218-227. Disponible desde:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/revcubenf/cnf-2012/cnf123e.pdf>
26. Donabedian A. Monografía de Avedis Donabedian [revista en línea] Salud Pública de México 2000. [citado el 18 de octubre 2018] 42:556-557 Disponible en:
https://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003636342000000600015
27. Fernández A R, Manrique A F G. Rol de la enfermería en el apoyo social del adulto mayor. Enfermería global. [revista en línea] 2010 [citado el 20 de octubre 2018]; (19) 0-0. Disponible desde:
<http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n19/reflexion1.pdf>
28. Cid R J, Damián M J. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. [revista en línea] Rev Esp Salud Publica 1997 [citado 30 de octubre 2018]. 71(2):127-137. Disponible desde:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113557271997000200004&lng=es.
29. Shah S, Vanclay F, Cooper B. Journal of clinical epidemiology. [libro electrónico] 1989 42 (8):703-709,1989. [citado 2 noviembre 2018]. Disponible desde:
<http://jiansuo.njmu.edu.cn/images/upload/2013/03/05/102759.pdf>
30. Castillo R J L, Rojas A T. Algunas consideraciones en el análisis del concepto: satisfacción del paciente. Investigación y Educación en Enfermería. [revista en línea] Rev educ enferm 2004 [citado el 4 noviembre 2018].12(2):128-137 Disponible desde:
<http://ru.iiec.unam.mx/3254/1/025-Vera.pdf>

31. Hernández M F, Gallego L R D, Alcaraz G S, González J M. La enfermería en la historia. Un análisis desde la perspectiva profesional; 1997 1:21-35.
32. Segovia D M G, Torres H E A. Funcionalidad del adulto mayor y el cuidado enfermero. [revista en línea] Rev Gerokomos, Barcelona 2011 Dic [citado 6 de noviembre 2018].22 (4):162-166. Disponible desde: <http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2011000400003>.
33. Declaración de Helsinski. [en línea].Conbioetica-mexico.salud.gob.mx. 2008 [citado el 8 noviembre 2018].Disponible desde: http://www.conbioeticamexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/Declaracion_Helsinki_Brasil.pdf
34. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos [en línea]. México: Cámara de diputados.2012 [citado el 10 noviembre 2018].Disponible desde: <https://www.gob.mx/inapam/documentos/ley-de-los-derechos-de-las-personas-adultas-mayores>
35. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. [en línea]. Diputados.gob.mx. 2018 [citado 12 noviembre 2018].Disponible desde: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
36. Norma oficial mexicana nom-167-ssa1-1997, para la prestación de servicios de asistencia social para menores y adultos mayores [en línea]. [citado el 16 noviembre 2018].Disponible desde: http://himfg.com.mx/descargas/documentos/transparencia/pot/fraccion_xiv/176norma32.pdf
37. Norma Oficial Mexicana nom-019-ssa3-2013, para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud 2013 [revista en línea]. Rev Conamed [citado el 19 noviembre 2018]. 18(4).Disponible desde: <http://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2013/cons131e.pdf>

38. Trigás F M, Ferreira G L, Meijide M H. Escalas de valoración funcional en el anciano 2011[revista en línea]. Rev Galicia Clin [citado 21 noviembre 2018]. 72 (1):11-16
Disponible desde: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4098178.pdf>.
39. Silva-F J, Ramón C S, Vergaray V S, Palacios F V, Partezani R R. Percepción del paciente hospitalizado respecto a la atención de enfermería en un hospital público [revista en línea] 2015. Rev unam mx. [citado el 22 de noviembre 2018]. 12(2) 80:87.
Disponible desde: <http://revistas.unam.mx/index.php/reu/article/view/51128>
40. Solís C L B, Arrijoa S G, Manzano A O. índice Barthel Un instrumento esencial para la evaluación funcional y la rehabilitación. [revista en línea] 2015. Rev Plast y rest neurol 2015. [citado 23 noviembre 2018]. 4(1-2):81-85. Disponible desde: http://www.medigraphic.com/pdfs/plasticidad/prn-2005/prn051_21.pdf.

ANEXOS

CUESTIONARIO

PRESENTACIÓN.

Estimado Sr., Sra., Srta.; buenos días/tardes, soy Estudiante de maestría en enfermería mi nombre es ADRIANA NANCO MOJICA estoy realizando un estudio de investigación sobre la **“GRADO DE DEPENDENCIA DEL PACIENTE ADULTO MAYOR HOSPITALIZADO Y SATISFACCIÓN CON LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.”**

Con el propósito de mejorar la calidad de atención que brinda e personal de Enfermería en el Servicio de hospitalización por lo cual solicito a usted su valiosa colaboración.

Registre con una x (o) con el número correspondiente a cada casilla la opción más acertada a su opinión en cada pregunta; sus respuestas son totalmente confidenciales y tiene fines estadísticos.

DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

- Edad.....años
- Sexo: Masculino ()
- Femenino ()

ESTADO CIVIL

- Casado ()
- Soltero ()
- Viudo ()
- Divorciado ()

NIVEL ACADÉMICO:

- Sabe leer si () no ()
- Escribir si () no ()
- Primaria ()
- Secundaria ()
- Técnica ()
- Preparatoria ()
- Maestría o doctorado ()

DATOS DE PROCEDIMIENTOS INVASIVOS DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

Fecha de ingreso al servicio: día__ m es__ año__

Días de hospitalización.

- 1 a 3 días () 4 a 7 días () 8 a 15 días ()

Número de procedimientos invasivos:

- () vía endovenosa () sonda nasogástrica () sonda vesical

Presenta úlceras por presión: si () no ()

- grado I () grado II () grado III ()

ASPECTOS A EVALUAR	NADA (0) SATISFECHO	POCO (1) SATISFECHO	(2) SATISFECHO	MUY (3) SATISFECHO
COMPONENTE TÉCNICO				
1. La enfermera presenta habilidad en realizar los procedimientos				
2. Observa que la enfermera emplea conocimientos durante los cuidados				
3. La enfermera le explicó los procedimientos y medicamentos que le fueron aplicados				
4. La enfermera le explica cómo mejorar su autocuidado				
5. La enfermera presenta organización durante el horario a cargo de su cuidado				
6. La enfermera realiza el lavado de manos antes de realizarle un procedimiento				
7. La enfermera le asistió varias veces durante el turno				
8. Observa seguridad en la enfermera al momento de brindarle el tratamiento indicado				
9. La enfermera le cambiaron de posición durante el turno				
COMPONENTE INTER-PERSONAL				
10. La enfermera(o) lo saluda al ingresar a su ambiente				
11. La enfermera(o) se identifica con su nombre				
12. La enfermera(o) lo llama por su nombre				
13. Piensa usted que la enfermera(o) se preocupa por brindarle el medicamento a la hora indicada				
14. La enfermera(o) se muestra amable al momento de atenderlo				
15. La enfermera(o) permite que exprese sus preocupaciones y temores				
16. La enfermera(o) lo orientó al ingreso de su hospitalización				
17. Acude de manera inmediata ante alguna necesidad para su cuidado				
18. Al momento de realizarle preguntas a la enfermera(o), le responde con términos sencillos y de fácil entendimiento				
19. Cuando la enfermera(o) se dirige a usted lo mira directamente y realiza gestos amables				
20. La enfermera(o) pregunta y observa las necesidades que presenta en forma periódica y regular				
21. Las enfermeras(os) solicitan su colaboración cuando van a realizarle un procedimiento				
22. Cuando presenta dolor y pide la atención de la enfermera(o), acude de manera inmediata				
COMPONENTE CONFORT				
23. La enfermera(o) le mostró el ambiente que iba a ocupar cuando ingreso a este servicio				
24. El ambiente donde está hospitalizado, lo observa limpio				
25. El ambiente donde se encuentra hospitalizado tiene buena iluminación				
26. El ambiente donde está hospitalizado cuenta con una buena ventilación				
27. Observa que el ambiente donde se encuentra hospitalizado es adecuado para mantener su privacidad				
28. Si hay mucho ruido en el ambiente, la enfermera(o) se preocupa por disminuir el ruido y facilitar su descanso				
29. La enfermera ha preservado su intimidad durante su aseo personal o durante curación o colocación de sondas				
30. Observa que la enfermera(o) se preocupa de que su velador y ropa de cama se mantengan organizados y limpios				
Fuente: instrumento aplicado por Silva-Fhon, J., et al (2014). Validado por la prueba de Cronbach; con una confiabilidad de 0.91 ³⁹				
GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN.				

ESCALA DE BARTHEL			
ESCALA DE BARTHEL MODIFICADA	PTS	ESCALA DE BARTHEL MODIFICADA	PTS
<p align="center">BAÑO</p> <p>5. Independiente 4. Supervisión 3. Ayuda ocasional (transferencias, lavado, secado, etc.) 1. Asistencia en todos los aspectos del baño 0. Dependencia total</p>		<p align="center">TRASLADO SILLÓN-CAMA</p> <p>15. Independiente 12. Supervisión 8. Ayuda ocasional de una persona 3. Ayuda continua (colabora algo) 0. Ayuda de dos personas (no colabora)</p>	
<p align="center">VESTIDO</p> <p>10. Independiente 8. Mínima ayuda 5. Ayuda para poner o quitar la ropa 2. Gran ayuda (colabora algo) 0. Dependencia total</p>		<p align="center">ESCALERAS</p> <p>10. Independiente (al menos sube un piso) 8. Supervisión ocasional 5. Supervisión continua o ayuda ocasional 2. Ayuda continua 0. Incapaz de subir escaleras</p>	
<p align="center">ASEO PERSONAL</p> <p>5. Independiente 4. Mínima ayuda 3. Moderada ayuda 1. Ayuda continua (colabora algo) 0. Dependencia total</p>		<p align="center">INCONTINENCIA URINARIA</p> <p>10. Continente e independiente 8. Incontinencia ocasional (menos de 1/día) 5. Incontinencia nocturna o ayuda con bolsa, pañal, etc. 2. Incontinente día y noche (algunas veces controla la micción) 0. Incontinente y dependiente (utiliza sonda vesical)</p>	
<p align="center">IR AL SANITARIO</p> <p>10. Independiente 8. Supervisión 5. Moderada ayuda 2. Continua ayuda 0. Dependencia total</p>		<p align="center">INCONTINENCIA FECAL</p> <p>10. Continente e independiente 8. Incontinencia ocasional (menos de 1/día) 5. Incontinencia frecuente (se limpia solo, pañal) 2. Incontinencia frecuente (algunas veces controla la evaluación) 0. Incontinencia y dependencia total</p>	
<p align="center">DEAMBULACIÓN</p> <p>15. Independiente 12. Supervisión continua o no camina más de 50 m 8. Ayuda de una persona (ocasional) 3. Ayuda continua de una o más personas 0. Dependiente</p>		<p align="center">ALIMENTACIÓN</p> <p>10. Independiente 8. Mínima ayuda, pero independiente si se sirve 5. Come solo con supervisión 2. Ayuda de otra persona (puede comer algo) 0. Dependiente</p>	
TOTAL		TOTAL	

Fuente: Shah S, et al. J Clin Epidemiol 1989.²⁹



Cuernavaca Mor, a 29 de Noviembre del 2018

DRA. CLARA IRENE HERNANDEZ MARQUEZ
JEFE DE POSGRADO
P R E S E N T E

Por este medio, me permito informar a usted el dictamen de los **votos aprobatorios** de la tesis titulada: **GRADO DE DEPENDENCIA DEL PACIENTE ADULTO MAYOR HOSPITALIZADO Y SATISFACCIÓN CON LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**, trabajo que presenta la C. **ADRIANA NANCO MOJICA**, quien cursó el **POSGRADO: MAESTRÍA EN ENFERMERÍA** en la Facultad de Enfermería de la UAEM.

Lo anterior con la finalidad de continuar con los trámites administrativos correspondientes para la presentación de su examen de grado.

A T E N T A M E N T E

VOTOS APROBATORIOS			
COMISIÓN REVISORA	APROBADO	CONDICIONADA A QUE SE MODIFIQUEN ALGUNOS ASPECTOS*	SE RECHAZA*
DRA. EDITH RUTH ARIZMENDI JAIME	<i>Edith Ruth Arizmendi</i>		
DRA. CLARA IRENE HERNANDEZ MARQUEZ	<i>Clara Irene Hernandez Marquez</i>		
M. EN C. PAOLA ADANARI ORTEGA CEBALLOS	<i>Paola Adanari Ortega Ceballos</i>		
DRA. ABIGAIL FERNÁNDEZ SANCHEZ	<i>Abigail Fernandez Sanchez</i>		
M.E. MA. DEL SOCORRO FAJARDO SANTANA	<i>Ma. del Socorro Fajardo Santana</i>		

*En caso contrario deberá justificar al alumno el plazo dentro del cual deberá presentar las modificaciones o la nueva investigación (no mayor a 30 días).