



BIBLIOTECA CENTRAL
USO ÚNICAMENTE EN SALA

**UNIVERSIDAD POPULAR AUTÓNOMA
DEL ESTADO DE PUEBLA**

**ESCUELA DE ENFERMERÍA
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**ACTITUD DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA
EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE GERIÁTRICO
EN EL CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
DEL ISSSTE EN MÉXICO, D.F.**

T E S I S

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

P R E S E N T A N

**GUZMÁN MENESES MARÍA DEL CARMEN
ROBLES BARRERA CONSUELO**

A S E S O R A S

**METODOLÓGICA: LIC. EN ENFERMERÍA ESTHER AVENDAÑO CRUZ
TÉCNICA: DRA. GERIATRA ALEJANDRA PORRAS ÁLVAREZ**

TE 610.7365

#62303

GUZ 2000

PUEBLA, PUEBLA

GUZMAN MENESES, MARIA DEL CARMEN/ROBLES BARRERA, CONSUELO
ACTITUD DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN LA ATENCION DEL

2000





UPAEP – Secretaría General

Dirección General de Apoyos Académicos

Dirección del Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación.

Biblioteca Central - **Karol Wojtyła**

Tesis Digitales Restricciones de uso:

DERECHOS RESERVADOS ©

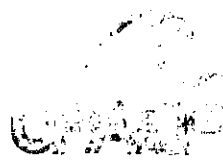
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de textos, imágenes, gráficas, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente de donde la obtuvo mencionando el autor o autores involucrados en el documento.

Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

H. Puebla de Z. 21 de Noviembre de 1997



BIBLIOTECA CENTRAL
USO ÚNICAMENTE EN SALA

ASUNTO: ACEPTACIÓN DE PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

La que suscribe **E.D.P. FLORENTINA SALAZAR MENDOZA**, Coordinadora de la Escuela de Enfermería de la Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla, establece la **A C E P T A C I Ó N** del Protocolo de Investigación titulado "Actitud del Personal de Enfermería en la Atención al Paciente Geriátrico en el CMN 20 de Noviembre del ISSSTE en México D.F." presentado por Guzmán Meneses María del Carmen y Robles Barrera Consuelo, alumnas de la Licenciatura en Enfermería, continuando así con su investigación para sustentar examen profesional como requisito de titulación que establece el Reglamento General de Titulación de la Universidad y la Escuela de Enfermería.

ATENTAMENTE
"LA CULTURA AL SERVICIO DEL PUEBLO"



E.E.D.P. FLORENTINA SALAZAR MENDOZA
COORDINADORA DEL LA ESCUELA DE ENFERMERÍA



62003

**E.D.P. FLORENTINA SALAZAR MENDOZA
COORDINADORA DE LA ESCUELA DE
ENFERMERÍA UPAEP AC**

PRESENTE:

La que suscribe **DRA. ALEJANDRA PORRAS ÁLVAREZ**, asesor de Tesis en la Licenciatura en Enfermería de la Escuela de Enfermería UPAEP, por medio de la presente hace constar que el trabajo de Investigación titulado "Actitud del personal de Enfermería en la Atención al Paciente Geriátrico en el CMN 20 de Noviembre del ISSSTE en México, D.F." presentado por las alumnas María del Carmen Guzmán Meneses y Robles Barrera Consuelo, ha sido concluido para su presentación para Examen Profesional en Presentación y Defensa de Tesis que establece la Escuela de Enfermería como única opción de Titulación.

Alejandra Porrás Álvarez
ATENTAMENTE

**DRA. ALEJANDRA PORRAS ÁLVAREZ
ASESOR DE TESIS PROFESIONAL**



**E.E.D.P. FLORENTINA SALAZAR MENDOZA
COORDINADORA DE LA ESCUELA DE
ENFERMERÍA UPAEP AC**

P R E S E N T E:

La que suscribe **LIC. ENF. ESTHER AVENDAÑO CRUZ**, asesor de Tesis Profesional de la Escuela de Enfermería UPAEP, por medio de la presente hace constar que el trabajo de Investigación titulado “Actitud del Personal de Enfermería en la Atención al Paciente Geriátrico en el CMN 20 de Noviembre del ISSSTE en México D.F.” presentado por las alumnas María del Carmen Guzmán Meneses y Robles Barrera Consuelo, ha sido concluido para su presentación para Examen Profesional como única opción de titulación.

**A T E N T A M E N T E
“LA CULTURA AL SERVICIO DEL PUEBLO”**



**LIC. ENF. ESTHER AVENDAÑO CRUZ
ASESOR DE TESIS PROFESIONAL**



**UPAEP
ESCUELA DE
ENFERMERIA**

DEDICATORIAS

*Dedico esta investigación con todo
Cariño a mi mamá e hijo
Como prueba de esfuerzo a
Mi deseo de superación*

Con cariño, a mis hermanas, a mi hermano y sobrinos

AGRADECIMIENTOS

*A las Profesoras por su asesoría
Para la realización de esta investigación,
Lic. En Enfermería Esther Avendaño Cruz y
Dra. Geriatra Alejandra Porras Álvarez*

*Al Personal de Enfermería del Centro
Médico Nacional "20 de Noviembre" y
A quienes con su ayuda en diversos
Aspectos contribuyeron a materializar
Esta investigación*

DEDICATORIAS

*A mis padres, Isidro⁺ y Macaria⁺ ,
A mi hermana Estela,
A mi esposo Miguel y
A mis hijos Miguel Angel,
Sergio y Luz Selene por
Todo el tiempo que les he
Restado de convivencia en
Beneficio de mi formación
Profesional.*

*A mis hermanas, Josefina⁺ y
Leonila, a mis hermanos
Ciro, Ubaldo y Eustolio⁺, así
Como a mis sobrinos.*

*A mis amigas en especial a
Anabel por creer en mi
Y a todas mis compañeras
Del área quirúrgica del
Instituto Nacional de Pediatría.*

*A mis amigas y compañeras
Del quirófano turno nocturno
Del Centro Médico Nacional
"20 de Noviembre" del ISSSTE*

AGRADECIMIENTOS

*A la Doctora Alejandra Porras nuestra
Asesora, con admiración y respeto, porque
Con sus conocimientos, colaboro con nosotras
En la elaboración de ésta tesis, agradecemos
Su paciencia, motivación y apoyo que en
Todo momento nos brindo.*

*A la maestra Esther Avendaño por
Transmitirnos los conocimientos,
Necesarios para la elaboración
De la presente tesis.*

*A la L.E.O. María Elena Méndez
Por su gran apoyo y motivación
Para terminar la tesis.*

*A la coordinación de enseñanza
De enfermería del Centro
Médico Nacional
"20 de Noviembre" del ISSSTE*

*A la Escuela de Enfermería de la
UPAEP, a sus excelentes maestros
Que han sido la base de nuestra
Formación académica, como
Licenciadas en los servicios
De enfermería y obstetricia*

*A las autoridades del Centro Médico
Nacional "20 de Noviembre" y en
Particular al personal de enfermería,
Por su colaboración en la información
Proporcionada para realizar la presente tesis.*

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
2.OBJETIVOS	
2.1 GENERAL.....	3
2.2 ESPECÍFICOS	3
3. JUSTIFICACIÓN.....	4
4. MARCO TEÓRICO	6
4.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS	6
4.2 ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS	11
4.3 ASPECTOS BIOLÓGICOS.....	17
4.4 ASPECTOS PSICOLÓGICOS.....	22
4.5 ASPECTOS SOCIALES	25
4.6 ASPECTOS ESPIRITUALES	28
4.7 ANTECEDENTES DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE” DEL ISSSTE	30
4.8 DATOS DEL ADULTO MAYOR.....	33
4.9 DATOS DE ENFERMERÍA	36
5. METODOLOGÍA	41
5.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	41
5.2 DEFINICIÓN DE LA UNIDAD DE LA POBLACIÓN	41
5.3 DEFINICIÓN DE LA MUESTRA.....	42
5.3.1 CRITERIOS DE LA SELECCIÓN	42
5.4 TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	42
5.5 DESCRIPCIÓN DE LA METODOLOGÍA.....	43
5.6 CAPACITACIÓN DE LA INFORMACIÓN	43
6. LOGÍSTICA.....	43
7. RESULTADOS	44
7.1 CUADROS Y GRÁFICAS.....	49
7.2 ANÁLISIS.....	100

8. CONCLUSIONES.....	102
9. SUGERENCIAS.....	103
10. BIBLIOGRAFÍA	104
11. ANEXOS	107
11.1 CUESTIONARIO.....	108
11.2 HOJA MATRIZ	110
11.3 CRONOGRAMA.....	111
11.4 GLOSARIO DE TÉRMINOS.....	112

INTRODUCCIÓN

El crecimiento de la población anciana en las últimas tres décadas en el mundo ha hecho que los participantes del equipo de salud; se encuentren preparando recursos físicos y humanos que cubran necesidades que se presentan en poco tiempo.¹

Las enfermeras como el personal más allegado al senecto durante su hospitalización y responsable del cuidado, recuperación y rehabilitación de su salud y de las actividades de la vida diaria que le permitan reincorporarse a la sociedad.

Ante esta situación inminente y que se incrementa día a día, es necesario que las enfermeras nos preparemos y evaluemos para enfrentar esta situación a la altura de la competitividad, excelencia y calidad, que requiere el ser humano, más aún, si su salud se encuentra quebrantada y es un adulto mayor.

En este estudio de investigación se trata esta problemática:

En primer lugar, **Antecedente Geronto-Geriátricos**, segundo; **Aspectos del Adulto Mayor** y, como último, **Antecedentes Particulares**, todo lo anterior nos permitirá evaluar la actitud de la enfermera en la atención al adulto mayor.

¹ Antología UPAEP; "El Envejecimiento. Una Nueva Dimensión de la Salud en México", Gerontología y Geriatria. Puebla, Mayo 1998, p. 409-413.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El avance de la tecnología y la cercanía del siglo XXI, así como la modificación de la pirámide poblacional al incrementarse la esperanza de vida y el aumento del número de adultos mayores, con la presencia de pluripatología, ha hecho que los hospitales se vean cada día con mayor requerimiento en la atención médica hospitalaria de este grupo etéreo.

La enfermera es la parte fundamental del equipo multidisciplinario, que brinda calidad de atención a todos los pacientes que se encuentran hospitalizados.

Los procedimientos de enfermería son considerados como un proceso individual relacionado con la atención de todas las necesidades del paciente y los procedimientos terapéuticos vienen a ser parte integral del total de cuidados.

La valoración de enfermería incluye el intento de determinar la calidad funcional, los recursos y las limitaciones del paciente, establecer diagnóstico o diagnósticos de enfermería, para que tenga una pronta recuperación y sea egresado en las mejores condiciones de salud.

El paciente anciano se vuelve dependiente del personal de enfermería, para el cuidado de la enfermedad y la recuperación de su salud, permanece a su lado durante toda su estancia hospitalaria, tratando de que la calidad y calidez de su atención sea la adecuada por lo que la presente investigación determinará: **¿Cuál es la actitud del personal de enfermería en la atención del paciente geriátrico en el Centro Médico Nacional “20 de Noviembre”?**

2. OBJETIVOS

2.1 GENERAL

Determinar la actitud del Personal de Enfermería en la atención del paciente geriátrico en el Centro Médico Nacional “20 de Noviembre”.

2.2 ESPECIFICOS

- Verificar si la enfermera atiende las necesidades del adulto mayor durante su estancia hospitalaria.

- Identificar la empatía del personal de enfermería en su trato con el Geronte.

- Difundir los resultados de la investigación al gremio de enfermería, para darle importancia a su desarrollo laboral.

3. JUSTIFICACIÓN

Se estima que para el año 2025 vivirán en el mundo 1.2 billones de ancianos, 71% de ellos en las regiones en desarrollo.²

El mejoramiento de las condiciones de salud, la reducción de la natalidad y el descenso en la mortalidad ha tenido como consecuencia, el aumento en la esperanza de vida poblacional, de tal manera que el número de personas que superan los 60 años será cada día mayor.

El proceso de envejecimiento es una serie de cambios físicos, biológicos, psicológicos, sociales y espirituales, que modifican la vida del adulto mayor, lo cual conducirá a mayor demanda de servicios de salud.

Se considera necesario que exista personal capacitado a nivel técnico y profesional en Geronto-Geriatria para poder brindar una atención especializada y calificada al adulto mayor que lo requiera y garantice de tal suerte que no sea una carga social sino una muestra de progreso y modernidad.

La preparación profesional de las enfermeras es una necesidad que ha sido retomada por algunas universidades en la búsqueda de mejorar la calidad de atención que brinda a los pacientes y se manifiesta en una actitud de sensibilidad y aceptación al senecto. Estos adultos mayores requieren a corto, mediano o largo plazo, el cuidado de la enfermera en estos centros

² Antología UPAEP. Op. cit. p. 1.

hospitalarios, ya que su salud se ve deteriorada en muchos casos con el paso de los años y el escaso cuidado de la salud, al no prever enfermedades.

Los hospitales del siglo XXI deben estar capacitados para recibir la demanda de este grupo etáreo y así del personal que lo atiende. Motivos que impulsan la investigación en este campo del saber, con el fin de conocer la actitud que prevalece en el personal de enfermería en la atención del paciente Geriátrico.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS

El Homo Sapiens es el producto de la evolución biológica y de la evolución cultural, social y psicológica.³

Se dice que si las leyes biológicas que regían la vida del Homo en el paleolítico inferior y medio no hubieran sido suplantadas por las leyes sociales, el Homo Sapiens no se habría desarrollado, permaneciendo sólo como un primate superior o como un homínido.

Porque lo genético y lo adquirido se desarrollaron en el Homo Sapiens conjuntamente sin interferencias morales, pero sí con errores, con contradicciones y con situaciones sociales adversas, como las que vivimos actualmente.

Una de las contradicciones es el hecho de la corta longevidad con relación a la “capacidad potencial vital” de la especie, hecho que ha preocupado al hombre desde hace muchos siglos.⁴

La mitología griega es rica en este tipo de preocupaciones: cuando Tithon de Troya, se casó con Eos, diosa del alba, ésta rogó a Zeus conceder a su esposo la vida eterna, olvidó pedirle la juventud eterna. Concedida la inmortalidad, el bello Tithon se vio obligado a vivir eternamente viejo.

³ San Martín H., Pastor V. “Epidemiología de la Vejez”, Edit. Interamericana McGraw-Hill, México 1990, p. 161

⁴ Ibid. p. 162.

Para castigar al hombre de haber aceptado el fuego de manos de Prometeo, Zeus creó una caja, la cual contenía, entre otras la vejez, las penas y la muerte.

Adán y Eva sufrieron un castigo similar, pero no de Zeus, sino del Dios de la Biblia; a ellos alguien les ha calculado más de 900 años de vida, casi tantos como Matusalén que dicen vivió 969 años.

Pero estos no son los únicos longevos bíblicos, hay otros como: Set, que vivió 912 años; Enos, 905; Noé, 950; Sem, 600; Lamek, 777; Eber, 464; Reu, 239; Abraham, 175; Isaac, 180; Jacob, 147; la escala de descenso de la longevidad es clara, si las edades son verdaderas.

Sin embargo, siempre hubo inmortales en los tiempos de los Romanos y de los Vedas, reapareció el mito de la “eterna juventud” y de la “inmortalidad”, en la India hablaban de una “fuente de la juventud eterna”. Los hebreos tenían en secreto un río que daba la inmortalidad y que atravesaba el país del Edén, los griegos también tuvieron su “Fontana Juventud” escondida.

En 1512 Ponce de León organizó una expedición a descubrir la “Fuente de la Juventud”, no la encontró.⁵

Las aguas termales han tenido y siguen teniendo un contenido no sólo mineral sino también místico. Desde la antigüedad fueron utilizadas por todos los pueblos como aguas terapéuticas y rejuvenecedoras.

⁵ San Martín. Op. cit. p. 163.

Las aguas termales de Bath, en Inglaterra, fueron usadas por los Celtas, Romanos y luego, en los últimos siglos, por la sociedad real inglesa, protegidas sus aguas por la diosa insular Sul.

Roger Bacon pensador franciscano, alquimista y científico, pensaba que el envejecimiento era el resultado de la pérdida del “calor innato”, su remedio eran los fármacos de la época y la alquimia con ésta, él se proponía que el hombre viviera al menos 200 años.

Del renacimiento italiano, el científico Luigi Cornaro, vivió preocupado por el problema de la longevidad formulando medios de vida y regímenes estrictos que lo llevarían a él mismo a vivir 103 años en una época en que la vida media no alcanzaba los 40 años.⁶

El astrónomo Edmundo Halley se preocupó por la longevidad humana y el primero que elaboró una curva de sobrevivencia humana.

Posteriormente, un médico alemán, Christopher Hufeland, en el siglo XVIII ya estaba preocupado de la “Macrobiótica” en su libro “El Arte de Prolongar la Vida Humana”.

En el siglo XIX y a principios del siglo XX, se inició como parte de la medicina, la gerontología, como simple recolección de datos sobre el proceso del envejecimiento y sobre la duración de la vida humana.

Estas preocupaciones condujeron a Charcot, en Francia a iniciar el desarrollo de la medicina geriátrica en el Hospital de la Salpetriere, en París. Su libro “Lecciones sobre las Enfermedades Seniles y Crónicas” publicado en 1867. Orientó sus estudios en dos direcciones:

⁶ San Martín. Op. cit. p. 165.

Investigar las causas del envejecimiento en el hombre.

Analizar la sintomatología del envejecimiento, externa e interna, y las asociaciones con factores externos, particularmente con las enfermedades más frecuentes en los viejos.

G. Nascher (1862-1944) quien en 1914 fue el primero que habló de “geriatria”. En realidad, es a quien se considera hoy como padre de la geriatria. Su última obra es “El Espíritu del Envejecimiento”. Tenía 81 años al morir, un longevo para su época.

Hacia 1889 E. Brown-Ségnard, investigador y profesor universitario en Harvard y Londres, a los 72 años dio a conocer sus experiencias en sí mismo inyectándose extractos líquidos de testículos de perro para recuperar sus energías juveniles.⁷

Elie Metchnikoff: Su tesis sobre el origen endotóxico del envejecimiento era bastante débil. Se trataba con búlgaro, sin embargo a pesar de esto no murió viejo.

Más recientemente vino la moda por el uso del KH₃ y del Gerovital H₃ de la doctora Aslan, en base a procaína; los antioxidantes tales como la vitamina E y C, al mismo tiempo que ciertos derivados de la hormona masculina y de la jalea real de abejas.

⁷ San Martín. Op. cit. p. 167.

Después de la década de los 60's y 70's ¿Qué ha quedado como verdad científica sobre la longevidad del Homo Sapiens y cómo prolongarla?

Ninguna fórmula mágica, píldoras y elixir rejuvenecedor, sólo contribuciones de la investigación científica representada particularmente por Raymond Pearl (factores que retardan el metabolismo). C.S. Minot (estudios sobre la diferenciación celular). Peter Medawor (la senescencia como subproducto de la evolución); Mac Farlane Burnet (el rol de las mutaciones en la senescencia); B. Strehler (mecanismos del desarrollo y del envejecimiento); R. Walford (métodos naturales para vivir una vida más larga); L. Hayflick (progreso en citogerontología); J. Miguel (una visión termodinámica del envejecimiento celular y del organismo); hasta la actualidad.⁸

En la ciencia y la observación del proceso del envejecimiento lo que dará la respuesta al problema. Por el momento sí hay genes que han vivido 120 a 130 años, todos podrían hacer lo mismo para ello se requiere valorar el modo de vida, hábitos, tradiciones, actitudes y comportamiento, antes de pensar en cambiar nuestros genes.

La geriatría moderna nace en Gran Bretaña en los años 1930-1935.⁹

Inglaterra es conocida hoy en día como la cuna de la medicina geriátrica. Sin embargo, en los últimos años de la segunda guerra mundial, la situación de los asilos para ancianos en Inglaterra fue mala. La carga de padecimientos no diagnosticados ni tratados que sufrían los ancianos en tales instituciones era enorme, y la carencia de recursos para su atención. Tal era el panorama que la doctora Marjorie Warren hubo de enfrentar al llegar a una de estas instituciones.

⁸ San Martín. Op. cit. p. 168

A pesar de esto, la doctora Warren y sus colegas demostraron, que muchos de aquellos ancianos crónicos e inválidos se recuperaban parcial o totalmente con cuidados clínicos y de rehabilitación adecuados, y se les podía integrar de nuevo en la familia y comunidades. La importancia que tiene la evolución global del enfermo de edad avanzada y su rehabilitación en este contexto, fue desde entonces puesta de manifiesto, de tal modo que este tipo de atención se estableció en Inglaterra en forma rutinaria a partir de los primeros años de la posguerra.¹⁰

4.2 ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

Describir la problemática de cualquier sector de la población, no es tarea fácil, *sin embargo en el caso de los ancianos resulta más complicado*, ya que una de las causas generadoras de la problemática en que se encuentra es el escaso conocimiento que la sociedad tiene con respecto a los factores que la integran como un ser bio-psico-social-espiritual, sus necesidades e intereses; ocasionando un manejo inadecuado, ya que se les considera personas inútiles e improductivas, y por lo tanto una carga para la familia, sociedad y el estado.¹¹

Envejecer sanamente es una realidad existente. La edad en que se dice que las personas envejecen varía de un país a otro, y aún de una persona a otra. Muchos países usan los 65 años y más para definir al anciano.

⁹ A. Salgado. "Tratado de Geriatria", Edit. Salvat 6ª. Edición, España 1992, p. 29.

¹⁰ Warren MW. "El Cuidado del Anciano Crónicamente Enfermo", Artículo México 1998, p. 2.

¹¹ Antología UPAEP. Op. cit. p. 1.

El Plan Internacional de Acción de la ONU identificó al anciano como aquél de 60 años o más.

Existen otras clasificaciones como se muestra a continuación:¹²

Según Brockerhust:

SENILIDAD	60 A 74 años
ANCIANIDAD	75 A 89 años
LONGEVIDAD	90 años o más

De Nicola:

PRESENILIDAD	40 A 50 años
SENECTUD GRADUAL	60 A 79 años
VEJEZ DECLARADA	73 A 89 años
GRANDES VIEJOS	90 años o más

La Sociedad de Geriatria y Gerontología en México:

PREVEJEZ	45 A 59 años
SENECTUD	60 A 79 años
ANCIANIDAD	80 años o más

En el mundo hay aproximadamente 488 millones de personas de 60 años o más. Para el año 2000, se espera que este número aumente a 612 millones.

Se calcula que para el año 2025 vivan en el mundo 1.2 billones de ancianos. Actualmente en el mundo, la región “más vieja” de la OMS es Europa. Con el 11.1% de su población de 65 años o más.

¹² Antología UPAEP. Op. cit. p. 2.

Para el año 2025, la población Japonesa será la más vieja del mundo, con 27% sobre 65 años. Suiza será el segundo país más viejo, con 26% sobre los 65 años.¹³

El total de adultos mayores de 60 años que actualmente habitan en México es de aproximadamente 6 millones.¹⁴

El problema planteado a raíz del progresivo aumento de la población mayor de 65 años y sus implicaciones sanitarias, es un tema que preocupa a todos los países desarrollados.

En los países industrializados, paralelamente al desarrollo socioeconómico, se ha presentado este fenómeno del constante envejecimiento de la población.¹⁵

La población de 65 años o más en 1995 asciende a 4 millones de personas, las cuales constituyen el 4.4% de la población nacional.

México es un país que se caracteriza por tener una estructura de población joven, debido al peso de estas generaciones en la estructura total, aunque en épocas recientes ha iniciado un proceso lento de envejecimiento.¹⁶

Por entidad federativa destaca el Estado de Yucatán donde son más altas las proporciones de población mayor a los 64 años, 5.6% respectivamente. Por el contrario en Quintana Roo, la estructura de la población es más joven, ya que menos del 3.4% de las personas son ancianas. El Distrito

¹³ Antología UPAEP. Op. cit. p. 1.

¹⁴ Ibid. p. 420.

¹⁵ P. Berthaux. "Gerontología y Geriatria", Edit. Mtoray-Masson, S.A., París 1981, p. 1.

¹⁶ Fuente: INEGI. Censo de Población y Vivienda, 1995, p. 16.

Federal se encuentra ubicado en el cuarto lugar, la estructura de la población es de 4.2% de las personas ancianas.

En cambio Puebla se encuentra en el doceavo lugar donde su proporción de población mayor de 64 años es de 4.8%, respectivamente.

Uno de los indicadores más utilizados para determinar el nivel de la mortalidad de una población es la tasa bruta la que representa la frecuencia con la que ocurren las defunciones en una población en un año determinado.

En México la mortalidad ha descendido en forma considerable, seguramente como resultado del avance logrado en los sistemas de salud como: la aplicación de las vacunas y la alta tecnología.

En los últimos 25 años se redujo en más de la mitad, pasando de 10.1 a 4.5 defunciones por cada mil habitantes.

La esperanza de vida al nacer se define como el número de años que en promedio se espera viva una persona al momento de su nacimiento y está determinada por la mortalidad observada para la población en su conjunto. En 1995 el promedio de vida estimado para los habitantes del país fue de 73 años, con notables contrastes por entidad federativa, ya que en Oaxaca la esperanza de vida es de 70.6 años, mientras que en el Distrito Federal es de 74.5 años.

Este indicador difiere notablemente por sexo, las mujeres esperan vivir seis años más que los hombres, debido a que es mayor la mortalidad masculina.

Al interior del país sobresalen las entidades que muestran menor diferencia entre la vida media de hombres y mujeres, tal es el caso de Aguascalientes, Jalisco, Nuevo León y Yucatán, donde se observa una ganancia de menos de 6 años de vida en las mujeres comparativamente con los hombres. Por el contrario, en Durango, Guerrero y Nayarit la diferencia de vida es de más de 7 años.

En México, las principales causas de mortalidad en orden jerárquico son: enfermedades del corazón, tumores malignos y accidentes.¹⁷

Causas de mortalidad general por entidad federativa se observa un comportamiento parecido aunque en algunos se agregan otras causas, sobresale Guerrero por tener como principal causa de muerte los homicidios y lesiones infringidas por otra persona; Hidalgo y Quintana Roo por registrar como segunda causa de muerte la cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado y ciertas afecciones originadas en el período perinatal.¹⁸

Las primeras causas de mortalidad y orden de importancia en mujeres de 65 años o más en México en 1990, son:

CARDIOPATIAS

TUMORES MALIGNOS

DIABETES MELLITUS

ENFERMEDADES CEREBRO VASCULARES

NEUMONIA E INFLUENZA

DEFICIENCIA DE LA NUTRICION

BRONQUITIS, ENFISEMA Y ASMA

INFECCIONES INTESTINALES

¹⁷ Secretaría de Salud, Centro de Estudios en Población y Mortalidad, 1995, p. 57.

ACCIDENTES

NEFRITIS, SINDROME NEFROTICO Y NEFROSIS

CIRROSIS Y OTRAS ENFERMEDADES DEL HIGADO

ANEMIAS

ULCERAS DUODENALES

ENFERMEDADES DE ARTERIAS Y VASOS CAPILARES

Con respecto a las causas de mortalidad en los hombres de 65 años en 1996, es similar a la de las mujeres, lo único que varía es el orden con que se presentan.¹⁹

¹⁸ Ibid. p. 14.

¹⁹ Secretaría de Salud. Op. cit. p. 14

4.3 ASPECTOS BIOLÓGICOS

Existen muchos aspectos del proceso de envejecimiento que aún no han sido aclarados en especial los relativos a las causas que llevan al hombre a envejecer, se han emitido teorías que pretenden explicar la etiología de este fenómeno, algunas muy sencillas, como la teoría del desgaste y otras que presentan mayor complejidad, como la teoría nerviosa o la teoría de mutacionista, también llamada clonal.²⁰

Sin embargo la que parece satisfacer mejor las exigencias del pensamiento científico actual es la teoría termodinámica, en la que el organismo se considera como un sistema en constante actividad, la cual requiere consumo de energía.

El organismo va sufriendo una serie de cambios o modificaciones que afectan aparatos, órganos y sistemas que empiezan hacerse más patentes a partir de una determinada edad. Estos cambios se manifiestan en la apariencia física disminución de la estatura por la aparición precoz de la osteoporosis que da un aspecto encorvado, acumulación de grasa, deformación de articulaciones, flacidez de pechos, calvicie, aparición de arrugas, encanecimiento, disminución del vello corporal, pérdida de la grasa dérmica, y en la capacidad de respuesta motriz e intelectual se produce una disminución en las funciones nerviosas que afectan a la recepción de estímulos y a la elaboración y emisión de las respuestas.²¹

²⁰ Langarica R. "Proceso de Envejecimiento", Gerontología y Geriatria, Edit. Interamericana, México 1985, p. 5.

²¹ De Febrer A., "Factores Biológicos", Cuerpo, Dinamismo y Vejez, Edit. INDE, México 1996, p. 20-21.

También hay marcadores biológicos usados frecuentemente en el hombre para diversos objetivos en el envejecimiento como la edad funcional: capacidad vital (pulmonar) y tiempo de apnea inspiratoria, consumo máximo de oxígeno, función renal (creatinina), diámetro pupilar, acomodación visual, audición, tests psicomotores.

La predicción sobre la esperanza de años a sobrevivir en el individuo, independientemente de la causa de enfermedad y muerte: capacidad vital, volumen del corazón, presión arterial sistólica, fuerza de presión manual, anticuerpos en la sangre, tests exploratorios de la función inmunitaria, tiempos de reacción (reflejos).

En la susceptibilidad a la enfermedad y envejecimiento segmentario se realiza un test de tolerancia a la glucosa, tasa de colesterol en sangre, presión arterial diastólica, estado de la piel y del peso del cuerpo.²²

Los marcadores biológicos durante el proceso del envejecimiento humano cubren los siguientes objetivos:

- Determinar la edad funcional o biológica y mental de una persona. Controlar la eficacia del régimen de cuidado anti-envejecimiento, en forma periódica (1 a 5 años).

²² San Martín H., Op. cit. p. 328-331.

- Predecir en forma aproximada, cuánto tiempo de vida nos resta para vivir.
- Pronosticar nuestra resistencia a las enfermedades más frecuentes y más graves.

Las alteraciones en los rasgos físicos durante el envejecimiento se deben a cambios en los órganos y tejidos, que se hacen ostensibles al exterior: Los sentidos disminuyen las capacidades sensoriales.

Vista: Opacificación del cristalino (catarata), presbiopía (dificultad para ver de cerca), es frecuente el glaucoma (aumento de la presión intraocular), degeneración de la retina.²³

Oído: Presbiacusia (disminuye la capacidad para escuchar los tonos agudos).

Olfato: Disminuye el sentido del olfato por atrofia de la mucosa nasal.

Gusto: Se altera la capacidad de la lengua para distinguir sabores y temperaturas.

Piel y Tejidos Conjuntivos: Hay atrofia de las glándulas sudoríparas (resequedad), el pelo y las uñas disminuyen su crecimiento, el pelo tiende a caerse, disminuye la grasa subcutánea, es frecuente el prurito senil (comezón), hay tendencia a la descalcificación, tiende a haber una deshidratación tisular progresiva, también hay evolución hacia la fibrosis y se presentan neoplasias en las células epiteliales, en los tejidos de sostén (huesos, venas, etc.) y en algunas glándulas.

²³ Rodríguez M. Corona D., "Fisiología: Procesos Biológicos del Envejecer", Creatividad en la Tercera Edad, Edit. Panorama, México 1998, p. 24.

El Sistema Nervioso: Alrededor de los 35 años mueren diariamente millares de neuronas del ser humano, no se nota porque se tiene un excedente como reserva, es natural que la muerte de tantas células corticales provoque disminución de los reflejos y torpeza general de los movimientos, disminuye la reserva de oxígeno y la circulación cerebral.²⁴

Sistema Músculo-Esquelético: Se conserva la columna, el deterioro de las funciones musculares es tanto mayor cuando menor haya sido la actividad física en las etapas anteriores.

El Sistema Cardiovascular: Crece el ventrículo izquierdo, aumentan las zonas de fibrosis, se calcifican las válvulas. Hay tendencia a la arterioesclerosis (excedentes de grasas y calcio) que se van acumulando en el interior de los vasos sanguíneos, y con ello se dificulta la circulación, por otra parte los elementos de la sangre casi no se modifican con la edad, a menos que intervengan factores patológicos específicos.

Sistema Respiratorio: Baja la elasticidad de los músculos, y por consiguiente baja la capacidad respiratoria.²⁵

Sistema Gastrointestinal: Boca; pérdida de dientes, la saliva escasea. Esófago; sus movimientos peristálticos disminuyen (dificultad para deglutir). Estómago; disminuye su secreción de ácidos, se retrasa el vaciamiento hacia el intestino. Intestino Delgado; la glucosa se absorbe lentamente, el calcio se absorbe pobremente, hay dificultad para que se absorba el hierro.

²⁴ Rodríguez M., Op. cit. p. 25.

²⁵ Ibid. p. 26.

Colon; aumenta la incidencia de divertículos (que son pequeñas hernias en su pared), disminuye el tono muscular y se vuelve lento, lo que favorece el estreñimiento. Hígado; reduce sus dimensiones, su poder de regenerarse y se ve expuesto a la litiasis biliar.

Sistema Urogenital: Riñones; reducción de la masa renal y del número de nefronas y glomérulos, disminución de la velocidad de filtración glomerular, reducción de la secreción de fármacos, incremento de la velocidad de aclaramiento de la creatinina y de los niveles de ésta y urea nitrogenada en sangre, cambios escleróticos en los vasos sanguíneos, disminuye el reflujo sanguíneo renal, la reducción en el tamaño de los riñones. Vejiga; tejido muscular y elástico reemplazado por tejido conjuntivo fibroso, reducción de la fuerza del chorro, hiperreflexia del músculo detrusor, cistocele , y como consecuencia, incontinencia urinaria, reducción de la capacidad vesical,, aumento de la frecuencia y urgencia, retención urinaria. Próstata; engrosamiento glandular, tiene efecto de obstrucción uretral, consecuencia: goteo posmicción, incontinencia por rebosamiento. En la mujer hay reducción de la producción de estrógenos, y trae como consecuencia atrofia del tejido de los ovarios, útero, cérvix, vagina y vulva; estenosis vaginal, vaginitis atrófica, relaciones sexuales dolorosas, disminución de la cantidad y la acidez de las secreciones vaginales; infecciones más frecuentes, atrofia del tejido mamario; mamas finas, flácidas, alteración de la pigmentación, vello púbico grisáceo, disminución del tono y elasticidad muscular; debilitamiento de la musculatura pélvica, prolapso uterino, incontinencia urinaria.²⁶

²⁶ Antología UPAEP. Op. cit. p. 23.

El hombre presenta disminución de la producción de testosterona: Atrofia testicular, espermatozoides menos viables, la esclerosis de las venas y arterias del pene, enlentecimiento en la erección y la eyaculación, reducción de la actividad sexual.

4.4 ASPECTOS PSICOLÓGICOS

Los cambios en la constitución psíquica paralelamente a los biológicos, el envejecimiento conlleva a modificaciones psicológicas, que hasta ahora éstos han sido menos estudiados que los primeros, se dan en: atención, inteligencia, memoria, actitudes, motivaciones, capacidad de aprendizaje, percepción en el carácter general de los individuos. Se va configurando toda una psicología del anciano netamente definida.

Como marco general se plantea la desproporción entre el futuro y el pasado, estas dos entidades son inversamente proporcionales en el joven y en el muy viejo: si el joven es futuro, el anciano es pasado. El senectus tiene en su horizonte el espectro de la muerte, cuando todavía no se convertirá "ya no".

El adulto mayor se ha vuelto temeroso, rígido, introvertido, cauteloso, tiende a la baja autoestima y por ello es presa fácil de la depresión, al perder gran parte de sus intereses laborales y sociales, cae en el narcisismo; parece peor que el de los niños, porque progresivamente lo encierra en la prisión de un yo esquizoide, al irse encerrando en sí mismo, se hace menos receptivo y más expuesto al stress.

Si analiza las adquisiciones y pérdidas, comprobamos que toda la vida es un entramado de adquisiciones y pérdidas; nuestro yo se inscribe en la relación dinámica con los “objetos” de nuestro entorno, muchos de los cuales son personas.²⁷

Ser viejo es ser yo, con el sentimiento de inutilidad viene el miedo al porvenir.

El senecto fácilmente acabará temiendo a la muerte y a la vida, de este proceso no es fatal a diferencia del animal, sujeto a la fatalidad biológica, el hombre es artífice de su propia historia y como dijo el poeta, “arquitecto de su propio destino”.²⁸

El verdadero mal del envejecimiento no es la decadencia del cuerpo sino la indiferencia del espíritu.

Los necios achacan a la vejez muchas cosas que son suela de sus propios defectos y su propia culpa.

La función más afectada es la memoria de lo inmediato, hay una compensación en la serenidad y la buena capacidad de juicio.

La vejez es antes que número de años, una determinada actitud ante la vida o se requiere de una filosofía existencial.

La personalidad puede tener diferentes formas de expresión que están determinadas por muchas experiencias obtenidas en el transcurso de la

²⁷ Rodríguez M., Op. cit. p. 29-31.

²⁸ Ibid. p. 32.

vida y que determinan las vivencias de la vejez, la personalidad del anciano está dominada por la angustia con respecto a su estado de salud.

Una de las decisiones de mayor trascendencia que, con respecto a sí mismo, es de considerar a su organismo como el núcleo alrededor del cual gira toda su vida presente y futura, otra tarea que demanda la atención de un anciano es la de acoplarse al hecho de que mueran los miembros de su familia y que desaparezcan sus amigos, así como la realidad de su propia muerte.

Los cambios psicológicos ejercen una gran influencia en la forma como el individuo se percibe a sí mismo, es muy importante la autopercepción de los viejos es su identificación con la edad que sienten tener, es un dato de gran significación para los ancianos ya que toman como indicador de cómo deben sentirse y cómo deben portarse.

Tenemos que el motivo de interconsulta psicogeriátrica en un hospital general en los últimos tiempos correspondían a pacientes con una edad igual o superior a 65 años, los motivos de demanda más frecuentes fueron agitación, 28%; síndrome confusional, 23%; trastorno mental orgánico; 54% y el trastorno afectivo, 33%, fueron los diagnósticos predominantes.²⁹

²⁹ Artaso B., Hernández P., "Interconsulta Psicogeriatrica en un Hospital General, Revista Iberoamericana de Geriatria y Gerontología, Vol. 14, No. 1, México 1998, p. 45.

4.5 ASPECTOS SOCIALES

Leopoldo Salvarezza (1988) apunta que todos los hombres por naturaleza, es un ser social que su psicología debe entenderse siempre teniendo en cuenta esta premisa.³⁰

La sociedad en que vivimos, es una sociedad de consumo, por lo tanto para ella los ancianos vienen a ser una carga, lo que este sistema desconoce el proceso biopsicosocial del hombre, provoca que los ancianos estén desadaptados y funcionen como elementos de desintegración social.

El viejo en nuestra sociedad es el ser que más elementos tiene para caracterizarlo como un sujeto marginado, es aquél que no recibe los servicios de salud ni de asistencia social, la marginación viene a ser una condición permanente de insatisfacciones como son: alimentación insuficiente, vivienda inadecuada, antihigiénica, insalubre, bajo nivel de vida y una capacidad productiva mínima o nula.³¹

La sociedad discrimina a los viejos por el simple hecho de serlo, los ve como personas en decadencia, enfermas, inútiles y asexuadas y por tanto considera que no han de ser tenidas en cuenta por sus necesidades afectivas, económicas y sociales, el problema reside en el hecho de que ningún joven o adulto se identifica con su futuro estado de vejez. No existe conciencia social de la evolución del hombre, lo cual impide que nos vayamos preparando para el envejecimiento, las personas que van envejeciendo tampoco ven la vejez como un estado

³⁰ De Febrer A., Op. cit. p. 21.

³¹ M. Doval Mezey. Y Col., "Evaluación de la Salud en el Anciano", Edit. Prensa Médica, S.A. 1984, p. 14.

positivo, por lo cual, ellos mismos secundan su proceso de automarginación.

Nuestra sociedad, altamente competitiva, tampoco ofrece posibilidades para que las personas que van envejeciendo se sientan seguras en los roles sociales que están desempeñando, ya que conforme disminuyen las capacidades de rendimiento, se les va preparando a la jubilación o retirada de la vida productiva, esto favorece que el envejecimiento se vaya identificando poco a poco, como el viejo que nunca quiso ser (discapacitado, inútil), lo cual crea en él mayor sentimiento de inseguridad y una dificultad real para adaptarse a nuevas situaciones.

Las edades adaptadas socialmente reflejan los papeles que asigna a las personas según su edad; puede ser un auténtico grado de desarrollo o simplemente un "status".

El envejecimiento suele traer consigo un menor grado de oportunidades dentro de la sociedad y existe una restricción en los espacios sociales para los ancianos, a ello contribuyen la jubilación o la muerte de amigos y parientes, así como una disminución en la posibilidad de asociarse.

La estrechez económica y las enfermedades pueden provocar que el ámbito vital de los ancianos se reduzca mucho, lo cual si se exagera provoca total aislamiento social.

Según nuestra estructura, los viejos son considerados como seres inferiores, improductivos y cuya aportación es nula.

Por lo tanto existe de una persona de edad avanzada entre diez, es víctima de la violencia en una forma u otra, sea de maltrato físico, psicológico o económico, lo más sorprendente es que el 81% de estos casos es en el seno de la misma familia, el 42% de casos de abuso a los ancianos son los hijos y más particularmente la hija primogénita es la autora. La explotación financiera por los familiares sucede con mucha frecuencia en la clase media donde se encuentran un 65% de este problema, y es más frecuente en las mujeres ancianas que sufren estos abusos en un 81%.³²

Todos estos problemas raramente suceden en los países latinoamericanos, donde es cierto que hay problemas económicos, pero los familiares tienden a ayudarse mutuamente.

El Artículo 50 de la Constitución Española dice que: “Los poderes públicos garantizarán la suficiencia económica a los ciudadanos durante la tercera edad, mediante pensiones adecuadas y actualizadas periódicamente, y que, con independencia de las obligaciones familiares, promoverá el bienestar mediante un sistema de servicios sociales y que darán atención a sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio”.³³

Por lo anterior, el suicidio es un problema de Salud Pública en los adultos mayores, su etiología es multifactorial y no se descarta el aspecto genético.

³² Revista Iberoamericana de Geriatria y Gerontología, Vol. 14, No. 1, E.A. Alvarez Perello, p. 100-105.

³³ Andraca Cabrera F., Geriatria y Gerontología, Revista Iberoamericana, Vol. 14, No. 1, 1998, p. 47.

4.6 ASPECTOS ESPIRITUALES

Para hablar por experiencia de la espiritualidad de la vejez, sería tal vez preciso que yo tuviese más edad, pero tengo la suficiente para presentir algunas riquezas y para experimentar también los peligros y las deficiencias. Podré, pues, con tranquilidad evocar ante vosotros la vida espiritual del viejo, sin distinguir demasiado, por otra parte, entre lo que debería ser y lo que es de hecho con frecuencia.

Si la sabiduría adquirida del viejo conserva su equilibrio, si sus perspectivas no se alteran, permanece en él la estima y el amor de las cosas que pasan, pero el exceso, las aristas tienden a desaparecer y permiten así un dominio más eficaz del valor supremo sobre las aspiraciones, las búsquedas y las realizaciones de una vida que se termina.

Las personas ancianas son la bondad, el viejo es habitualmente bueno, debería serlo, al menos, habiéndose enfriado las pasiones egoístas y haciéndose más próxima y más sentida la bondad de Dios, es natural que la edad disponga para la benevolencia, la comprensión, la indulgencia. La miseria de los hombres, su debilidad y también sus impulsos de generosidad, aparecen más claros, porque uno mismo se ha desprendido de muchas cosas y está menos sumergido en las vicisitudes terrenas, y por tanto menos cegado por lo que en otro tiempo era motivo de temor, tristeza o cólera. Un viejo duro y frío, exigente, demasiado severo, nos desconcierta y nos aflige: es una anomalía.³⁴

³⁴ Groupe, Lyonnais De. "La Vejez Problema de Hoy", Edit. Razón y Fé, S.A., Madrid, Vol. XXXVII, 1965, p. 298-306.

Más unidos a Dios, pacificado, liberado, el hombre que ha sabido envejecer debe reflejar en el mundo algo de la benignidad y de la misericordia divina.

La espiritualidad de la vejez, se podría notar también el hecho de una inclinación del espíritu hacia las profundidades o las razones de las cosas, hacia la sabiduría.

La vida teologal que se expansiona en la vejez comporta normalmente la influencia de esas cualidades que perfeccionan las virtudes que llamamos “dones del Espíritu Santo”. Son los dones de temor filial, de inteligencia, ciencia y de sabiduría los que transfiguran el estilo de nuestras relaciones con Dios. Hay que saber que la madurez espiritual, se nos ofrece de una manera más sabrosa y más ligera de ir a Dios, la cual nos libera de la pesadez y la lentitud de nuestros primeros sobrenaturales.

4.7 ANTECEDENTES DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”

En mayo de 1946, el señor Antonio Fajer, compró un terreno donde construyó el Hospital Fajer de México, S.A. de C.V.

El 31 de octubre de 1950, por Acuerdo Presidencial la Secretaría de Hacienda y Crédito Público adquirió el inmueble para destinarlo a escuela hospital (Escuela de Enfermería), incorporada a la Secretaría de Educación Pública; por múltiples motivos el proyecto no se llevó a cabo.

El 23 de junio de 1959, los Servicios Médicos de los Trabajadores del Estado de acuerdo con el Banco Nacional Hipotecario Urbano, establecen un fideicomiso para concluir la obra de ingeniería civil; después de la ampliación y reconstrucción fue entregada al C. Subdirector del I.S.S.S.T.E. y asesor médico de la comisión constructora del Centro Hospitalario “20 de Noviembre”.

El I.S.S.S.T.E., inaugura el Centro Hospitalario “20 de Noviembre”, el 16 de mayo de 1961, utilizando en gran parte la construcción de lo que iba ser el hospital “Presidente Miguel Alemán”, destinado a los trabajadores de la Secretaría de Educación Pública, lo que sucedió debido a que la obra trascendía a las necesidades imperativas.

El Centro Hospitalario fue inaugurado por el Lic. Adolfo López Mateos, fungiendo como Director General del I.S.S.S.T.E., el Dr. Martín Ruiz Guzmán, el primer Director del Centro Hospitalario “20 de Noviembre”, fue el Dr. Jorge Ruiz de Esparza y como primera Jefe de Enfermeras la C. Juvencia Velázquez Chávez.

El 25 de julio de 1961 fue atendida la primera paciente en el servicio de Gineco-Obstetricia, por el Dr. José Torreblanco.

El Centro Hospitalario “20 de Noviembre”, inicialmente abrió sus servicios con 498 camas, 144 cunas y contaba con cuartos privados, semiprivados y salas que alojaban cuatro pacientes, 12 salas de quirófanos, bomba de cobalto y dos bombas de helio.

A partir del 16 de mayo de 1986, cambió de Centro Hospitalario “20 de Noviembre” a Hospital Regional “20 de Noviembre”, con el fin de proporcionar atención al área Sur Metropolitana y a las regiones de los Estados de Morelos y Guerrero.

Sin embargo, por disposición del C. Ing. Gonzalo Martínez Corbala, Director General del Instituto, con fecha 4 de marzo de 1993, nuevamente retoma el nombre de Centro Hospitalario “20 de Noviembre”, fungiendo como Subdirector Médico del Instituto el C. Dr. Javier Castellanos Coutiño y como Director del Centro Hospitalario el C. Dr. Rolando Ocampo Le Royal.

El Centro Hospitalario funcionó como Unidad de 3er. Nivel de atención y sus características fueron, Unidad de Concentración Nacional de Alta Especialidad, la cual contó con, cirugía de corazón, trasplante renal, de médula ósea y corazón, entre otras, lo que caracteriza por resolver padecimientos de poca frecuencia con dificultad en su diagnóstico a tratamiento que requiere de servicios especializados y tecnología compleja. Contó con áreas y servicios de alto nivel técnico, atendidas por especialistas con perfil curricular alto.

Participó en forma relevante en la formación de recursos humanos para la salud a nivel nacional e internacional.

El 30 de junio de 1993, el Centro Hospitalario “20 de Noviembre” es cerrado para su reconstrucción; dura la obra un año, cuatro meses.

Se determinó también una nueva regionalización de los Sistemas de Salud, adecuando áreas, equipamiento y capacitación de personal, para que los servicios de especialidades de Tercer Nivel se construyeran posteriormente en unidades que canalizaran al “20 de Noviembre”, solo aquellos casos que exijan una alta tecnología en su resolución.

Así, el 3 de octubre de 1994, el Centro Médico Nacional “20 de Noviembre”, al reinagurarse es convertido en “ Centro Médico Nacional 20 de Noviembre ”, con la misma filosofía de asistencia social, que permite al equipo multidisciplinario continuar otorgando un servicio de alta calidad y desarrollar la enseñanza e investigación.³⁵

³⁵ Datos proporcionados por la Coordinación de Enseñanza de Enfermería del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” del ISSSTE, 1998.

4.8 DATOS DE LOS ADULTOS MAYORES

Cuando un paciente geriátrico presenta una alteración en su organismo es llevado al hospital, acompañado por un familiar o un amigo desde ese momento existe modificación en su entorno personal.

El ingreso significa por lo pronto, para el paciente una ruptura de su hogar, el estar lejos de los familiares, vecinos, amistades, de todo lo que ama y de los que se supone es amado. Todo es nuevo, iniciando con la enfermera que es quien lo atiende en primera instancia, ella le indica que se quite su ropa y le proporciona un camisón que le queda corto y además no le alcanza a cubrir su cuerpo, esto representa otro cambio fatal a su persona por tal motivo no puede trasladarse o deambular para realizar sus necesidades más importantes despersonificándolo.

Se le designa una habitación donde tiene que convivir con otro enfermo como él, la habitación es también extraña y la primera noche suele ser más difícil de soportar. Porque no permiten un acceso a los familiares, si es que cuenta con ellos o si no lo dejan en la Institución y posteriormente entran a preguntar por él.

El paciente de esta edad acepta con resignación y obediencia cualquier tratamiento, pues en ocasiones se ha acostumbrado a que poco a poco se le va despersonificando y además con la edad se ha acostumbrado a el dolor y piensa que el hospital aliviará sus males, pero siempre extraña su hogar.

Otro de los problemas a que se enfrentan es que en ocasiones sus familiares, no los visitan y menos les proporcionan sus objetos personales, ocasionándoles angustia por necesitarlos y al fin llega la conformidad.

La enfermera en el equipo de salud juega un papel muy importante pues de ella dependerá la aceptación y adaptación que el paciente de esta edad tenga, ya que ella desde el inicio le dará una orientación psicológica explicándole sobre su padecimiento la importancia de que él permanezca en el hospital, las rutinas de ésta, lo orientará en la planta física, lo presentará con los otros enfermos para que se adapte a esta Institución y cuando la enfermera no lo realiza, al paciente le será más difícil su adaptación y aunado esto a que tampoco tiene apoyo de sus familiares; ésto repercute presentando depresión y a continuación apatía, abstinencia e inapetencia que se agrega a la patología por la cual fue internado.

Posteriormente lo ubicará en su unidad brindándole bienestar y confort, llamándolo por sus apellidos y su nombre. Ella debe identificarse con el paciente y dándole toda la información necesaria sobre su tratamiento e indicándole que cualquier duda le puede llamar que con toda confianza lo puede hacer, creándole seguridad, cuando se lleva a cabo esta etapa, tendrá que identificarlo con una pulsera e informándole que son rutinas del hospital.

A continuación realizará sus actividades administrativas. Así como va transcurriendo la estancia en el hospital se va familiarizando y la adaptación será mayor con el paso del tiempo y esto depende totalmente de la enfermera, por este motivo es importante que cuente con los conocimientos adecuados y el acervo cultural para el tratamiento con bases sólidas para atender al paciente geriátrico.

La atención de calidad, no solo incluye la disponibilidad de recursos para la atención del viejo, sino una actitud basada en principios éticos que resultan de la individualidad, respeto por los pacientes, conocimiento de

sus necesidades, disponibilidad del tiempo, comunicación y la preservación de la vida.

Esto conlleva a una recuperación rápida y favorable para poder ser egresado e integrado a su núcleo familiar. La enfermera realizará un plan de alta donde establecerá un horario de medicamentos e indicaciones especiales.

En el Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” las estadísticas nos muestran que la mayoría de los pacientes son adultos pero que también cuenta con un número importante de pacientes ancianos.

Los servicios que cuentan con este tipo de pacientes son: Cardiología 45%; Neurocirugía 25%; Medicina Interna 25%; Oncología 25%; Ortopedia 10%; Unidad de Coronarias 45%.

Aquí confirmamos lo que nos dice la literatura entre las causas principales de mortalidad en pacientes viejos, que son enfermedades del corazón y tumores malignos.

Las defunciones registradas en este Centro del mes de enero al mes de agosto de 1998, de edades de 45 a 64 años, fue de 93 y de ancianos de 65 años o más fue de 94, de un total de 254 defunciones.

4.9 DATOS DE ENFERMERÍA

Ya en la época del imperio romano había en las concentraciones de enfermos o valeludinaii, algunos ayudantes varones que con el nombre decensi o accensiti, actualmente como enfermeros en los hospitales de esclavos.

La profesión de enfermería es una actividad que empezó a diferenciarse desde finales del siglo pasado en Inglaterra, específicamente a partir de 1860, cuando su aprendizaje estuvo sujeto a un programa de formación de recursos humanos de tipo científico que propiciaba que las jóvenes ejercieran en mejores condiciones esta importante profesión.

Respecto a la reglamentación de la enfermería, no hay antecedentes históricos más antiguos que el mencionado en el párrafo anterior. Florence Nightingale es la fundadora de la profesión de enfermería.

En 1857 sufrió un accidente cerebral que la dejó minusválida. Confinada a una silla de ruedas, continuó impulsando el progreso de la enfermería y vivió hasta cumplir 90 años. Su muerte acaeció el 13 de agosto de 1910.

Como resultado de sus esfuerzos, se instituyen nuevas normas de salubridad para la orientación de los hospitales civiles. Ello se hizo del conocimiento general cuando publicó sus notas sobre hospitales en 1859, en la que ofrece una orientación de la enfermería. Formuló una nomenclatura estándar para las enfermedades e ideó esquemas para realizar estadísticas hospitalarias. Estos trabajos fueron adoptados por los mejores hospitales ingleses a partir de 1859, lo que constituyó, sin duda el inicio de la estadística hospitalaria.

Se escogió el hospital de Santo Tomás para fundar la escuela de enfermería usando el fondo Nightingale, y se sometió a la dirección de Mrs. Wardroper, quien la dirigió con bastante acierto durante 27 años. Nightingale nunca pudo estar al frente de ella por su incapacidad física, pero seguía con interés su adelanto y desarrollo. Sin embargo, las enfermeras eran consideradas como sirvientas de los médicos, en aquel tiempo. Para Florence Nightingale la enfermería era una vocación que debería reconocerse como profesión digna y útil a la sociedad, integrada por personal laico, sin subestimar al religioso.

Desde los días de Florence Nightingale hasta el presente, la profesión de enfermería ha logrado un desarrollo prodigioso. En nuestros días las enfermeras ya no sólo obtienen una profesión de nivel técnico, sino que tienden a la obtención de especialidades, posteriormente el nivel licenciatura y actualmente el de maestría.³⁶

El Consejo Nacional de Enfermeras ha definido a la enfermera como la persona que ha terminado los estudios básicos de enfermería y está capacitada para asumir en su país la responsabilidad de los servicios de enfermería que exigen el fomento a la salud, la prevención de la enfermedad y la prestación de asistencia a los enfermos.³⁷

En cambio para Virginia Henderson dice que enfermería es ayudar a las personas enfermas o sanas, en la realización de sus actividades que constituyan a su salud o recuperación (o a una muerte tranquila) y que puedan efectuarlas sin ayuda si tuvieran la fuerza, voluntad o conocimiento necesario.

³⁶ M. Barquin, "La Enfermera y la Salud Administración en Enfermería", Edit. Interamericana McGraw Hill, 1995, p. 1-2.

³⁷ Hanns H., "Manual de la Enfermera Moderna", Edit. Nueva Comunicación, S.A., 1993, p. 10.

Además hacerlo de manera que se les ayude a recuperar su independencia con la mayor rapidez posible.³⁸

Si hay una especialización en el ejercicio de la enfermería que permite un verdadero progreso en el futuro, es la enfermera gerontológica, y digo así en lugar de geriátrica, porque en los años venideros no sólo el senecto enfermo sino también el sano debe beneficiarse de una atención, prevención y promoción ofrecida por personal altamente calificado.

Enfermera gerontológica es definida como aquella especialidad cuya área de interés está en la valoración de las necesidades bio-psico-sociales del anciano. El énfasis está en el maximizar el nivel de independencia del individuo en cuanto a las actividades de la vida diaria, prevenir la enfermedad o invalidez; mantener y restaurar la salud, o mantener la vida digna, confort y bienestar hasta que llegue la muerte.³⁹

Este hecho supuso primordialmente una formación universitaria, y a partir de ella un cambio profundo en la forma de enfocar y entender la profesión, ya no se le concebía como una profesión sino como auxiliar de otra profesión, y muy en concreto con la medicina.

La formación universitaria ha requerido también un enfoque más científico de la profesión, la adopción de los modelos de enfermería como filosofía de cuidados y la utilización de una metodología sistemática de trabajo, que nos ayude a planificar los cuidados que requiere el paciente

³⁸ Brunner L.S., Suddarth D.S., "Enfermería Médico Quirúrgica", Edit. Interamericana 1988, p. 2-3.

³⁹ Babb P., "Enfermería Gerontológica en México", Vol. 10, No., 2, 1985, p. 7.

y/o la familia, responder a su demanda, expectativas y evitar en lo posible errores y duplicidades.

Así en la actualidad se les reconoce a las enfermeras competencias docentes, investigadoras y asistenciales, que se derivan de los diagnósticos de enfermería, y funciones interdependientes, que emanan de las prescripciones médicas.⁴⁰

El perfeccionamiento cada vez mayor de la profesión de enfermería ha dado origen a un adelanto en el aprendizaje del uso de la tecnología de punta, sino a un incremento gradual del ingreso y de la posición social de profesionistas del área, lo mismo que a una mayor responsabilidad.

Es sorprendente que la profesión de enfermería haya tardado en hacer conciencia de su responsabilidad frente a los ancianos, y que el país en su conjunto se haya conformado con hacer tan poco por estos miembros de su comunidad.⁴¹

La teoría de Fishbein de la acción resignada afirma que la conducta es una *función de las actitudes personales*.⁴²

La formación de valores una de las mayores urgencias educativas de nuestro tiempo: enseñar a actuar, es decir, a elegir, en un momento en que los contextos son cada vez más complejos.

Formar valores dentro de una sociedad en la que conforme va desarrollándose más y más científica y tecnológicamente, está más lejos de instaurar opciones de justicia y de ayuda mutua, de participación en el

⁴⁰ "El Arte de la Enfermería", Vol. 16, No. 3, Nursing, marzo 1998, p. 13.

⁴¹ Warren MW. Op. cit. p. 17.

⁴² Rugarcía Toirres A, "Hoja. Valores Educativos para la libertad", Rector de la UIAO Golfo Centro, Comisión de la Educación del Centro Empresarial de Puebla.

trabajo y en la cultura, de respeto de la dignidad de la persona y de la real liberación del hombre.

5. METODOLOGÍA

5.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Se trata de un estudio observacional, retrospectivo, retrolectivo, transversal y unicéntrico.

OBSERVACIONAL: Por la actitud de contemplar el objeto de la investigación por los autores.

RETROSPECTIVO: Por que el evento de la investigación se ha realizado con anterioridad.

RETROLECTIVO: Por la consulta en la fuente bibliográfica del tema en cuestión.

UNICENTRICO: Por la ubicación de la finalidad de análisis en un solo lugar.

5.2 DEFINICIÓN DE LA UNIDAD DE POBLACIÓN

La población de estudio quedo constituida por enfermeras (os) del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” del ISSSTE que laboren en los servicios de cardiología, neurocirugía, medicina interna, oncología, ortopedia y la unidad de coronarias con las siguientes categorías: *Licenciadas en enfermería, enfermeras especialistas, enfermeras generales y auxiliares de enfermería* que se encuentren el día de la investigación.

5.3 DEFINICIÓN DE LA MUESTRA

5.3.1 CRITERIOS DE SELECCIÓN

a) CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Enfermeras (os) del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” del ISSSTE que laboren en los servicios seleccionados, todas las categorías, que se encuentren el día de la investigación y que acepten participar.

b) CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

No fueron incluidas las enfermeras (os) de otras dependencias, de servicios no seleccionados, que estén ausentes de la unidad y que no acepten participar

c) CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

Se eliminaron de la investigación otro personal del hospital como: pacientes, familiares y acompañantes.

5.4 TAMAÑO DE LA MUESTRA

La unidad de población, la constituyen 1241 enfermeras que representa el 100% de ésta. La unidad de población, son 199 enfermeras que es el 16% del total de la unidad de población, pero que en éste momento se convierte en el 100% como unidad de muestra y la unidad de análisis está representada por 155 enfermeras que es el 78% de la unidad de muestra.

UNIDAD	CANTIDAD	PORCENTAJE
Unidad de población	1241 Enfermeras	100%
Unidad de muestra	199 Enfermeras	16%
Unidad de análisis	155 Enfermeras	78%

Se incluyeron las 155 unidades de análisis, que cumplían con los criterios de selección especificados, durante un periodo de tiempo determinado, con un muestreo aleatorio simple.

5.5 DESCRIPCIÓN DE LA METODOLOGÍA

La delimitación de la muestra resulto en 155 enfermeras de los servicios seleccionados del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” del ISSSTE. Se utilizo un cuestionario de la actitud del personal de enfermería en la atención del paciente geriátrico, durante un periodo de dos semanas. Se aplico un cuestionario que contiene 17 preguntas cerradas (anexo 1).

5.6 CAPTACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Para el análisis e interpretación de la información se utilizaron: Fichas de trabajo, fichas bibliográficas, cuestionario, hoja matriz y un programa computarizado excel. Para su presentación en cuadros y gráficas.

6. LOGÍSTICA

a) RECURSOS HUMANOS

Personal de enfermería del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” de los servicios seleccionados.

b) RECURSOS FÍSICOS

Area física de cardiología, neurocirugía, medicina interna, oncología, ortopedia y la unidad de coronarias.

c) RECURSOS FINANCIEROS

Los propios de los autores.

7. RESULTADOS

La presente investigación se efectuó en el Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” del ISSSTE en México D.F. durante los meses de marzo y abril de 1999.

La muestra se conformó por 155 enfermeras que cubrieron los criterios de selección.

Con un rango de edad de 20 a 50 años; de 20 a 25 años 26 enfermeras (16.80%), de 26 a 30 años 28 enfermeras (18.06%), de 31 a 35 años 30 enfermeras (19.35%), de 36 a 40 años 34 enfermeras (21.93%), de 41 a 45 años 18 enfermeras (11.61%), de 46 a 50 años 14 enfermeras (9.03%), de 51 a más 5 enfermeras (3.22%), como se aprecia en el cuadro y gráfica No. 1

Corresponde al sexo femenino el 84.51% (131 enfermeras) y al sexo masculino el 15.49% (29 enfermeros), como se percibe en el cuadro y gráfica No. 2

La muestra en estudio labora en los turnos: matutino 39 enfermeras (26.16%), vespertino 30 enfermeras (19.35%) y el nocturno 86 enfermeras (55.49%), como se figura en el cuadro y gráfica No. 3

El nivel de preparación académica que tiene el personal de enfermería en estudio es de: Licenciatura en Enfermería 7 enfermeras (4.51%), Cursos Postécnicos 32 enfermeras (20.64%), Técnico en Enfermería 83 enfermeras (53.55%) y Auxiliares de Enfermería 33 enfermeras (21.30%) como se observa en el cuadro y gráfica No. 4

Las categorías laborales son: Enfermera Especialista 27 (22.58%), Enfermera General 93 (60%) y Auxiliares de Enfermería 35 (22.58%), como se muestra en el cuadro y gráfica No. 5

El número de personas que participó en la investigación por servicios son: Cardiología 16 personas (10.33%), Neurocirugía 23 personas (14.84%), Medicina Interna 39 personas (25.16%), Oncología 28 personas (18.06%), Ortopedia 28 personas (18.06%) y la Unidad de Coronarias 21 personas como se presenta en el cuadro y gráfica No.6

Los años de antigüedad que tiene el personal de enfermería encuestado es: de 1 a 5 años 44 enfermeras (28.38%), de 11 a 15 años 24 enfermeras (15.49%), de 16 a 20 años 22 enfermeras (14.20%), de 21 a 25 años 10 enfermeras (6.45%), de 26 a más 7 enfermeras (4.51%), como se refiere en el cuadro y gráfica No. 7

El estado civil en que se encuentran las enfermeras que forman parte del estudio es: solteras 53 enfermeras (34.20%), casadas 96 enfermeras (61.93%), viudas 3 enfermeras (1.93%), divorciadas 2 enfermeras (1.29%), otros 1 enfermera (0.65%), como lo vemos en el cuadro y gráfica No. 8

Al encuestar al personal de enfermería en la forma en que se presenta ante el paciente, se obtiene que sí se presentan 142 enfermeras (91.60%), y no lo hacen 13 enfermeras (8.40%), como se aprecia en el cuadro y gráfica No. 9

En la pregunta de cómo la enfermera le habla al paciente, se encontró que se dirigen por su nombre 153 enfermeras (98.72%), y de otra forma 2 enfermeras (1.28%), como se percibe en el cuadro y gráfica No. 10

En el cuestionamiento que se le realiza a la enfermera si respeta la individualidad a que tiene derecho el paciente, la respuesta es afirmativa en las 155 enfermeras (100%), como se figura en el cuadro y gráfica No. 11

Con respecto a la comunicación que tienen las enfermeras con los pacientes, se obtuvo que sí existe comunicación en 152 enfermeras (98.06%), y no la tienen 3 enfermeras (1.94%), como se observa en el cuadro y gráfica No. 12

La información que se recibió del personal de enfermería, si al realizar un procedimiento le explica antes al paciente, se encontró que sí lo hacen 149 enfermeras (96.12%), y no lo hacen 6 enfermeras (3.88%), como se muestra en el cuadro y gráfica No. 13

Al revisar la pregunta que se refiere a cuándo las enfermeras le dan un medicamento al paciente se lo dan en la mano contestaron que sí lo hacen 122 enfermeras (78.72%), y no lo hacen 33 enfermeras (21.28%) como se presenta en el cuadro y gráfica No. 14

Las que dejan el medicamento en el buró si 3 enfermeras (1.94%), y no lo dejan 152 enfermeras (98.06%) como se aprecia en el cuadro y gráfica No. 15

Las que sí dejan el medicamento a los familiares son 43 enfermeras (27.76%), y no se los dejan 112 enfermeras (72.24%), como se presenta en el cuadro y gráfica No. 16

Al entrevistar al personal de enfermería sobre los pacientes que no quieren comer, si ellos les insisten para que lo hagan y se observó que sí insisten 123 enfermeras (79.35%), y no insisten 32 enfermeras (20.65%), como se refiere en el cuadro y gráfica No. 17

La información que se recibió del personal de enfermería sobre la rapidez para proporcionarle un cómodo al paciente se encontró que sí lo hacen 113 enfermeras (85.81%), y no lo hacen 22 enfermeras (19%), como lo vemos en el cuadro y gráfica No. 18

En la pregunta que se le hace a la enfermera referente a la importancia que representa para ella que el paciente le tenga confianza, se observó que una gran parte contestó afirmativamente 154 enfermeras (99.36%), y que sólo 1 enfermera (0.64%) contestó negativamente, como se aprecia en el cuadro y gráfica No. 19

Al referirnos a la pregunta de que si la enfermera se entera cuando los pacientes tiene problemas económicos, se encontró que sí se enteran 67 enfermeras (43.23%), y no se enteran 88 enfermeras (56.77%), como se observa en el cuadro y gráfica No. 20

Al referirnos al personal de enfermería que cuando el paciente antes de fallecer le solicita algo lo lleva a cabo, sí lo hacen 91 enfermeras (58.71%), no lo llevan a cabo 64 enfermeras (41.29%), como se figura en el cuadro y gráfica No. 21

Cuando el paciente le pide a la enfermera que llame a un familiar sí lo hacen 138 enfermeras (89.02%), y no lo llaman 47 enfermeras (30.22%). Como se observa en el cuadro y gráfica No.22

Al pedir el paciente un sacerdote sí lo hacen 108 enfermeras (68.68%), y no lo piden 47 enfermeras (30.32%), como se muestra en el cuadro y gráfica No. 23

En el cuestionamiento que se le hace a la enfermera, ¿por qué estudió enfermería? se obtuvo que por pertenencia 115 enfermeras (74.17%), por único recurso 11 enfermeras (7.11%) y por otros motivos 29 enfermeras (18.72%), como se figura en el cuadro y gráfica No. 24

Con respecto a que si les gusta el servicio donde están asignadas afirmaron 150 enfermeras (96.76%), y no les gusta 5 enfermeras (3.28%) como se observa en el cuadro y gráfica No. 25

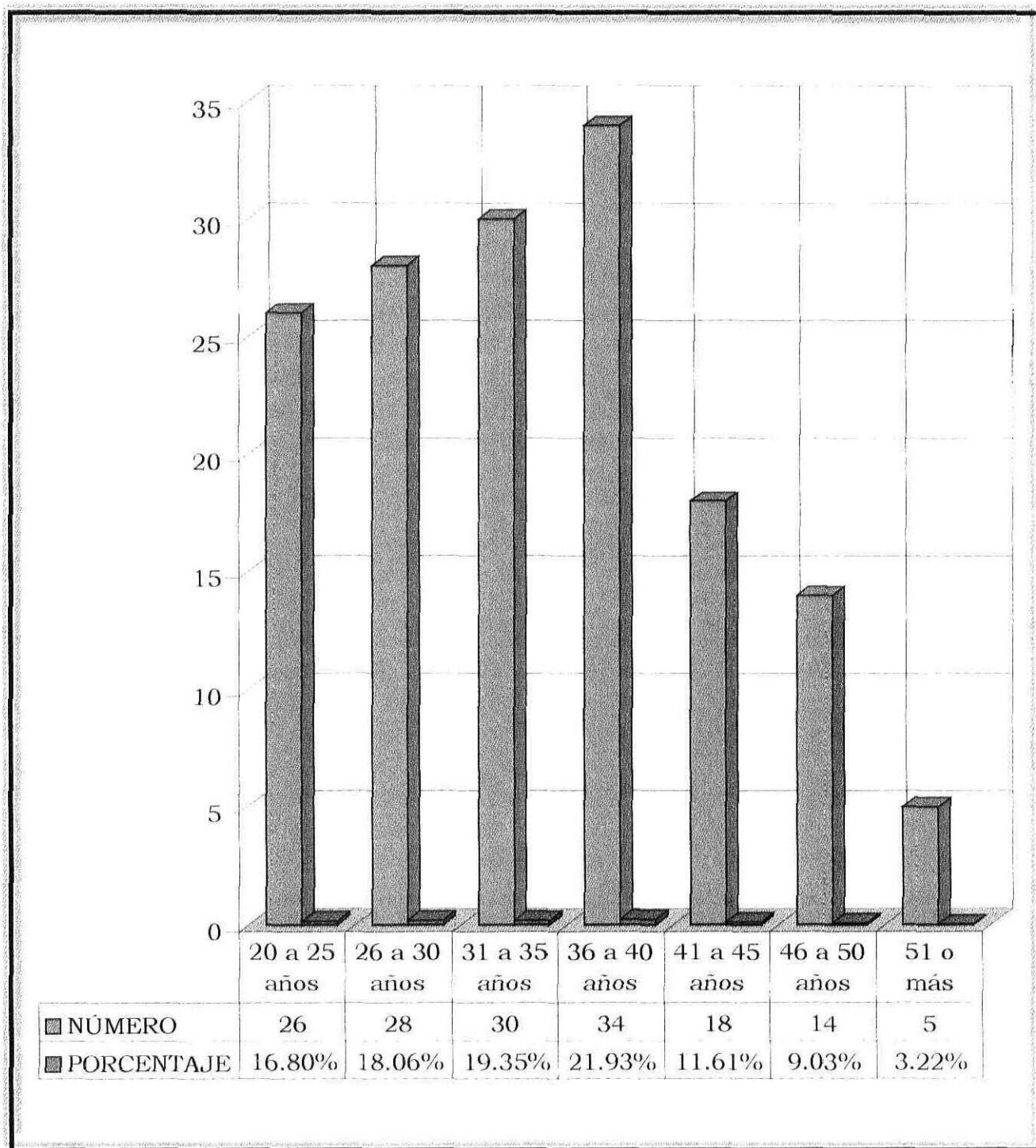
7.1 CUADROS Y GRÁFICAS

CUADRO No. 1
EDAD POR GRUPOS

GRUPO DE EDADES	NÚMERO	PORCENTAJE%
20 a 25 años	26	16.80%
26 a 30 años	28	18.06 %
31 a 35 años	30	19.35 %
36 a 40 años	34	21.93 %
41 a 45 años	18	11.61 %
46 a 50 años	14	9.03 %
51 o más	5	3.22 %
TOTAL	155	100 %

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA POR
LAS AUTORAS A 155 ENFERMERAS

GRÁFICA No. 1 EDAD POR GRUPOS



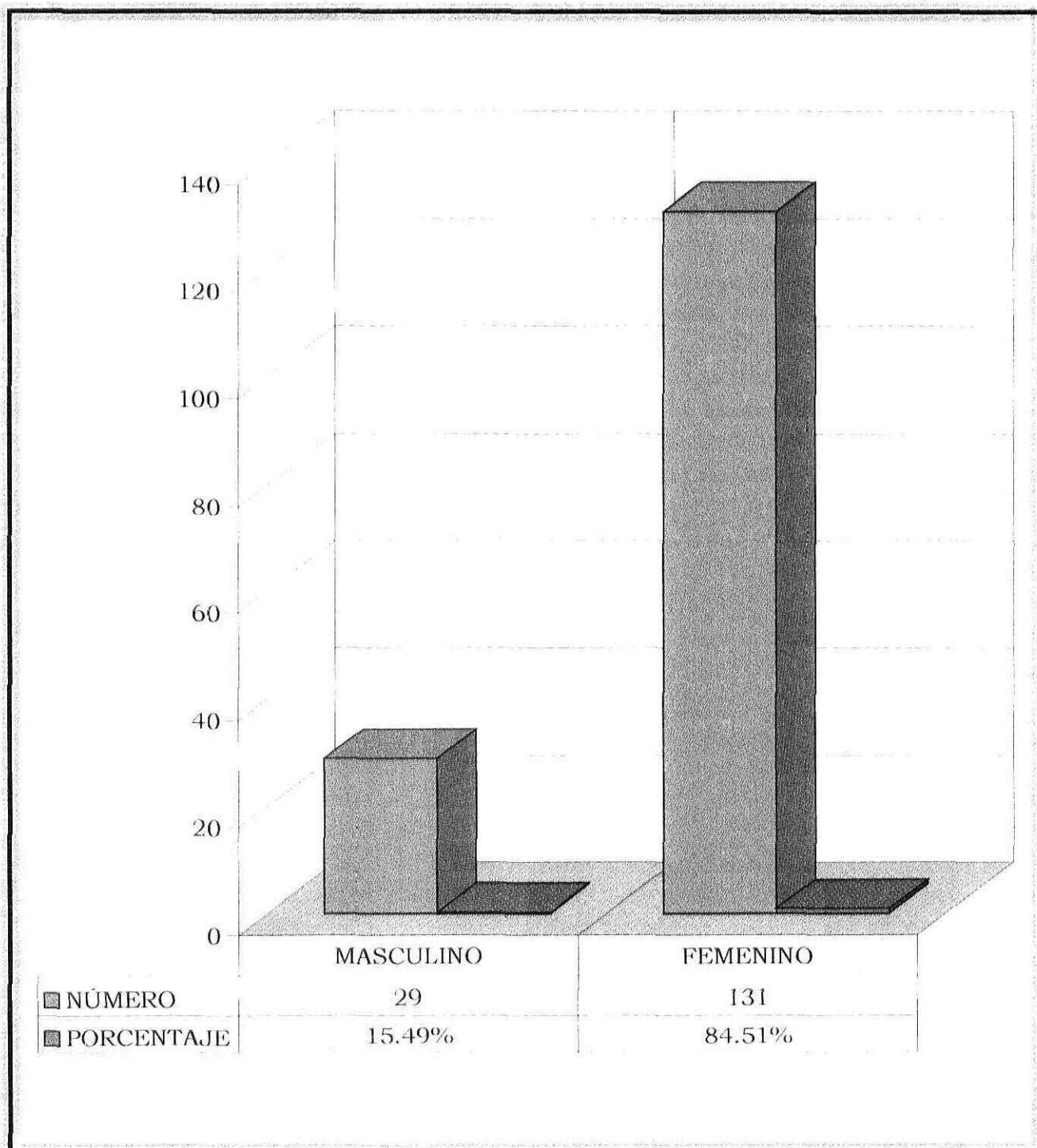
FUENTE: ENCUESTA REALIZADA POR
LAS AUTORAS A 155 ENFERMERAS

CUADRO No. 2
PERSONAL POR SEXO

SEXO	NÚMERO	PORCENTAJE%
FEMENINO	131	84.51%
MASCULINO	29	15.49%
TOTAL	155	100%

FUENTE: ENCUESTA RELIZADA POR
LAS AUTORAS A 155 ENFERMERAS

GRÁFICA No. 2 PERSONAL POR SEXO



FUENTE: ENCUESTA REALIZADA POR
LAS AUTORAS A 155 ENFERMERAS

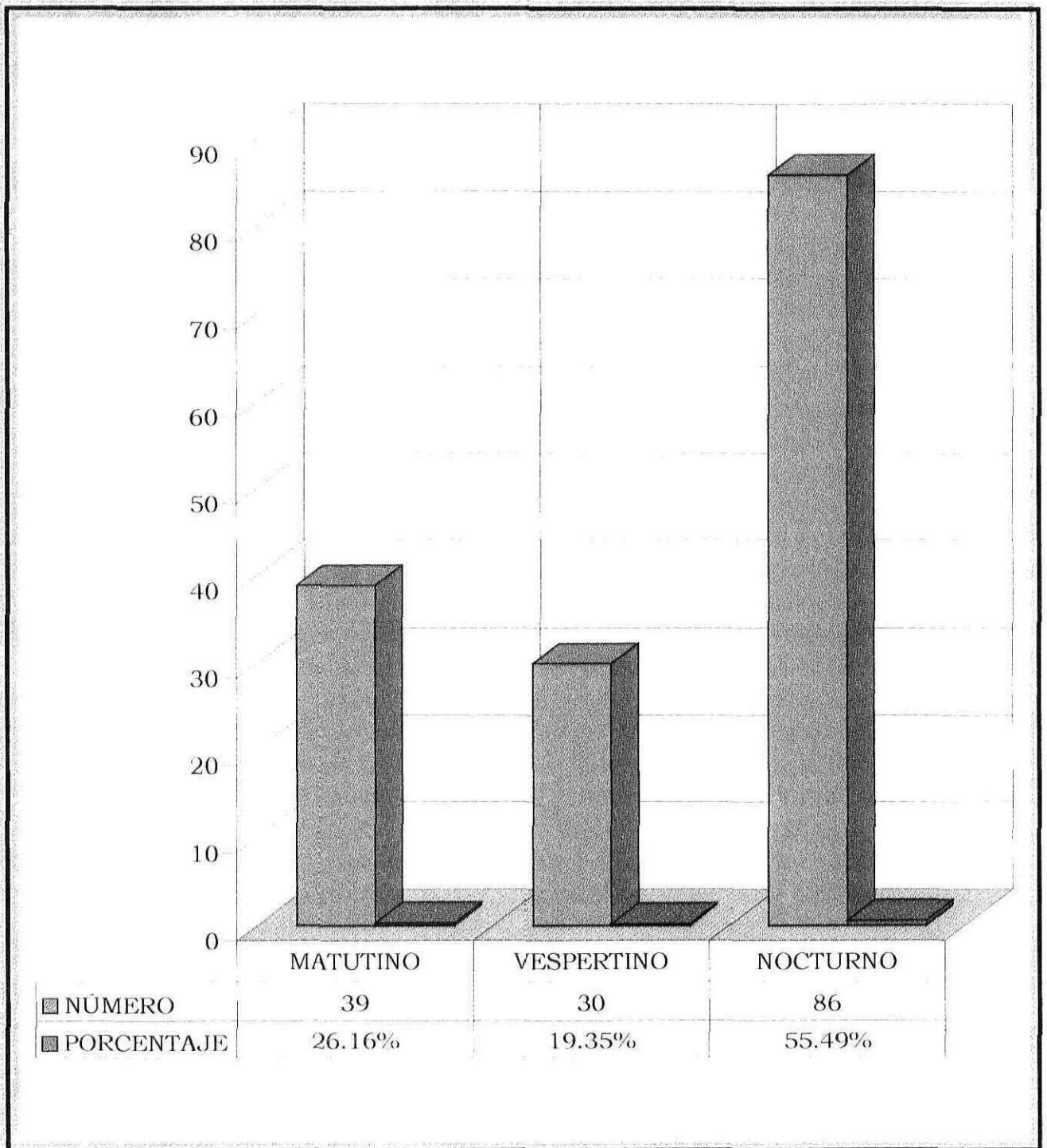
CUADRO No. 3

TURNO LABORAL

TURNO	NÚMERO	PORCENTAJE%
MATUTINO	39	26.16%
VESPERTINO	30	19.35%
NOCTURNO	86	55.49%
TOTAL	155	100%

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA POR
LAS AUTORAS A 155 ENFERMERAS

GRÁFICA No. 3 TURNO LABORAL



FUENTE: ENCUESTA REALIZADA POR
LAS AUTORAS A 155 ENFERMERAS

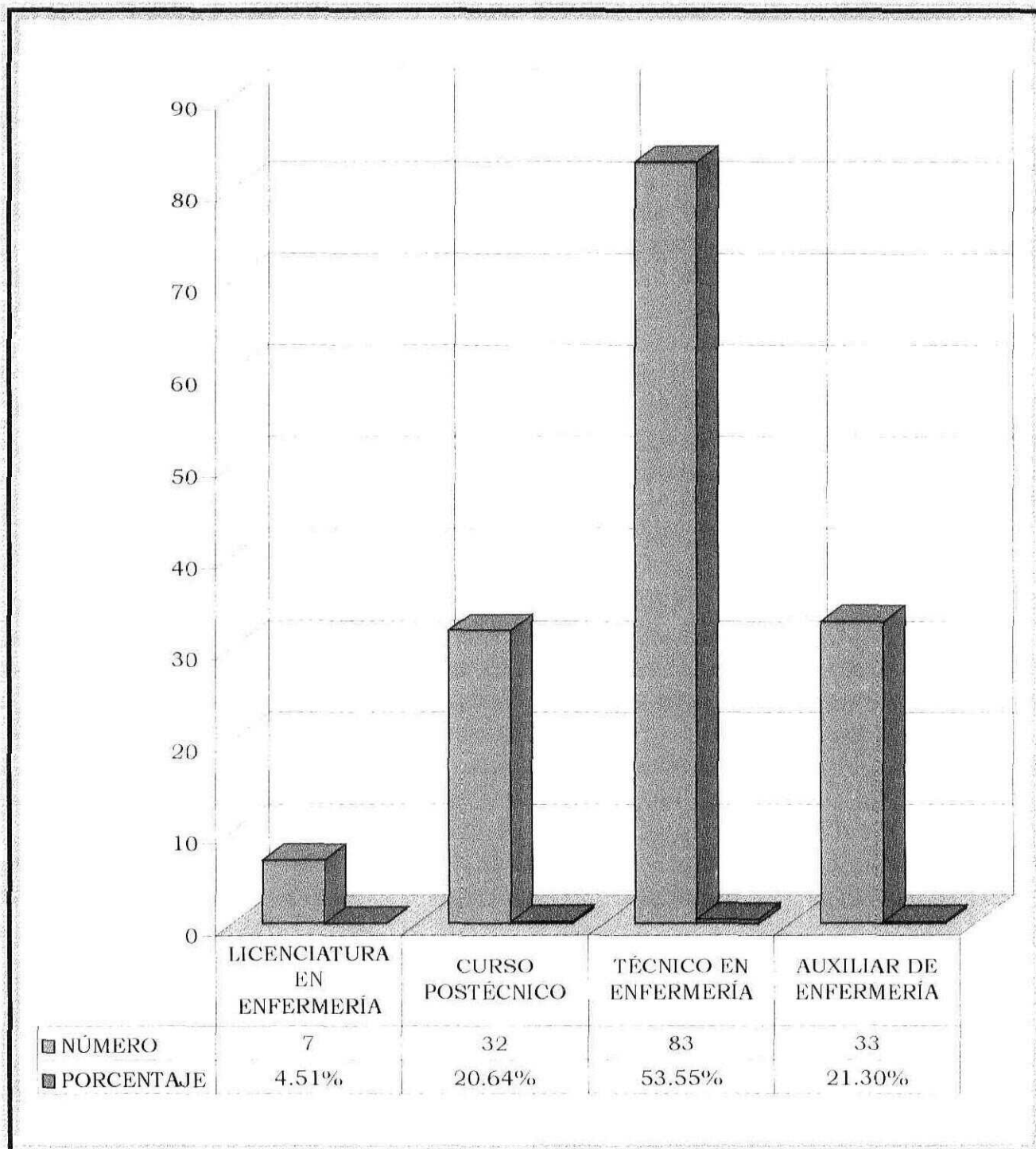
CUADRO No. 4

GRADO ACADÉMICO

ÚLTIMO GRADO ACADÉMICO	NÚMERO	PORCENTAJE%
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA	7	4.51%
CURSO POSTÉCNICO	32	20.64%
TÉCNICO EN ENFERMERÍA	83	53.55%
AUXILIAR DE ENFERMERÍA	33	21.30%
TOTAL	155	100%

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA POR LAS AUTORAS A 155 ENFERMERAS

GRÁFICA No. 4 GRADO ACADÉMICO



FUENTE: ENCUESTA REALIZADA POR
LAS AUTORAS A 155 ENFERMERAS

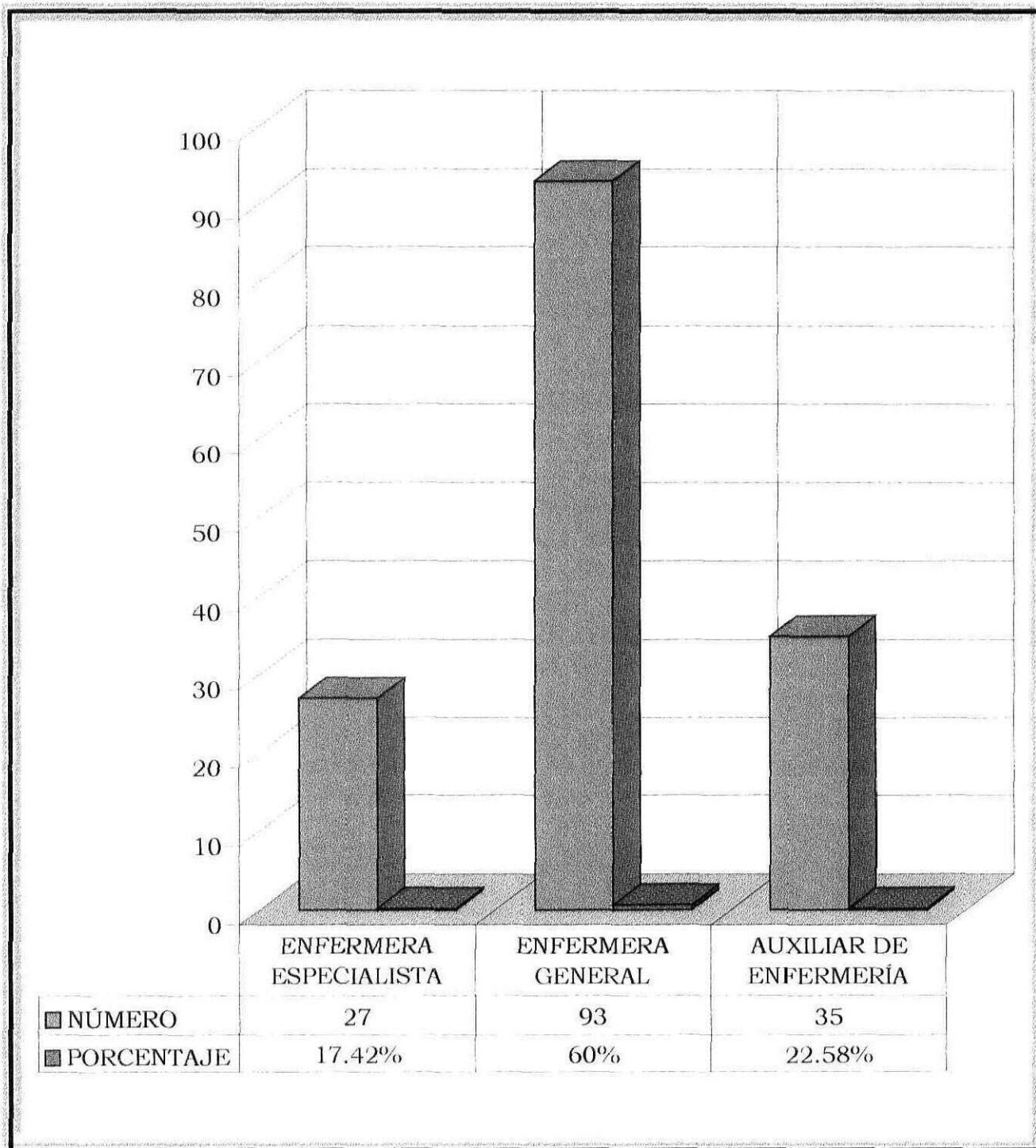
CUADRO No. 5

CATEGORÍA LABORAL

CATEGORÍAS	NÚMERO	PORCENTAJE%
ENFERMERA ESPECIALISTA	27	17,42%
ENFERMERA GENERAL	93	60%
AUXILIAR DE ENFERMERÍA	35	22.58%
TOTAL	155	100%

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA POR
LAS AUTORAS A 155 ENFERMERAS

GRÁFICA No. 5 CATEGORÍA LABORAL



FUENTE: ENCUESTA REALIZADA POR
LAS AUTORAS A 155 ENFERMERAS

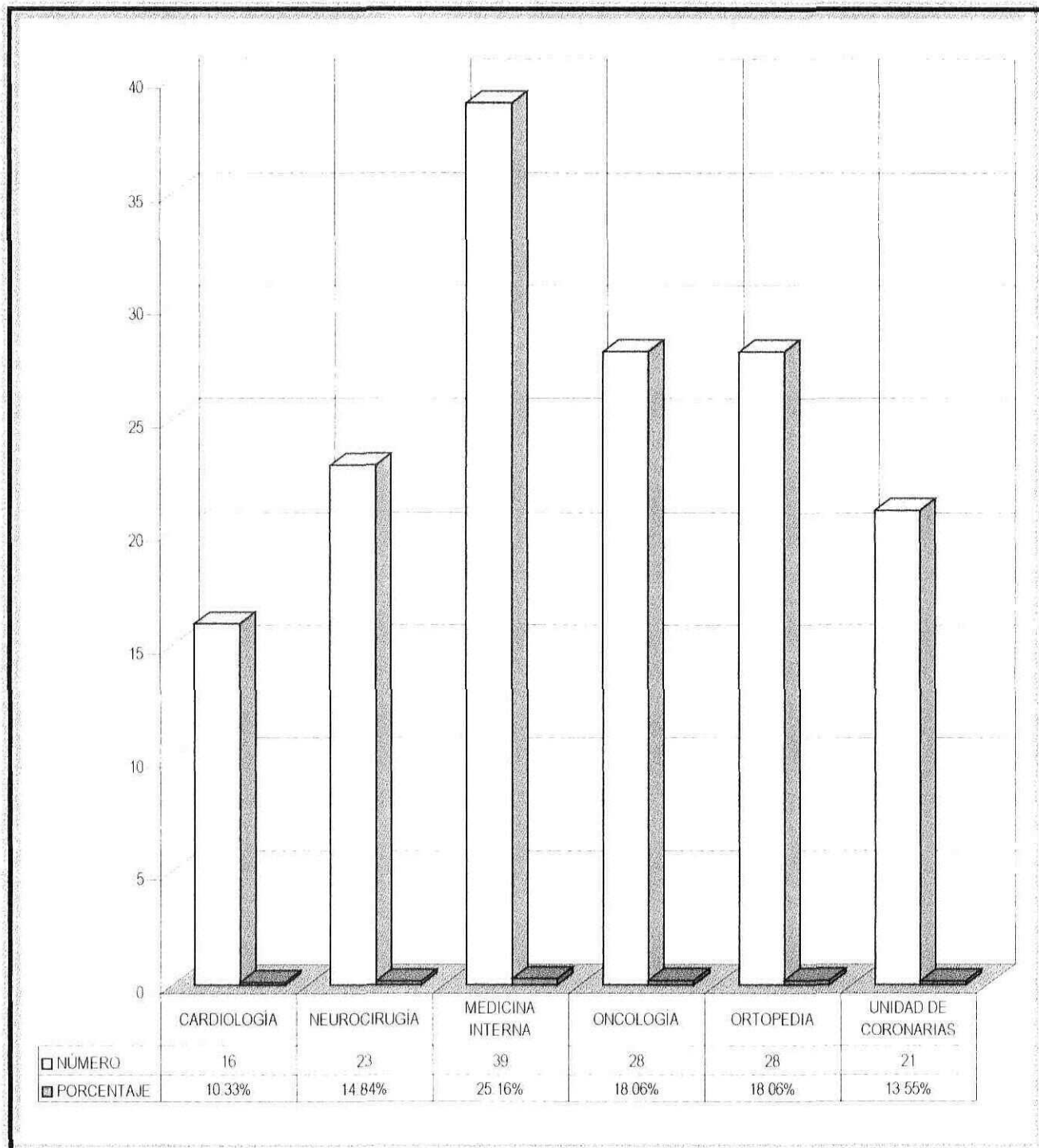
CUADRO No. 6

PERSONAL POR SERVICIOS

SERVICIO	NÚMERO	PORCENTAJE%
CARDIOLOGÍA	16	10.33%
NEUROCIRUGÍA	23	14.84%
MEDICINA INTERNA	39	25.16%
ONCOLOGÍA	28	18.06%
ORTOPEDIA	28	18.06%
UNIDAD DE CORONARIAS	21	13.55%
TOTAL	155	100%

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA POR LAS AUTORAS A 155 ENFERMERAS

GRÁFICA No. 6 PERSONAL POR SERVICIOS



FUENTE: ENCUESTA REALIZADA POR
LAS AUTORAS A 155 ENFERMERAS

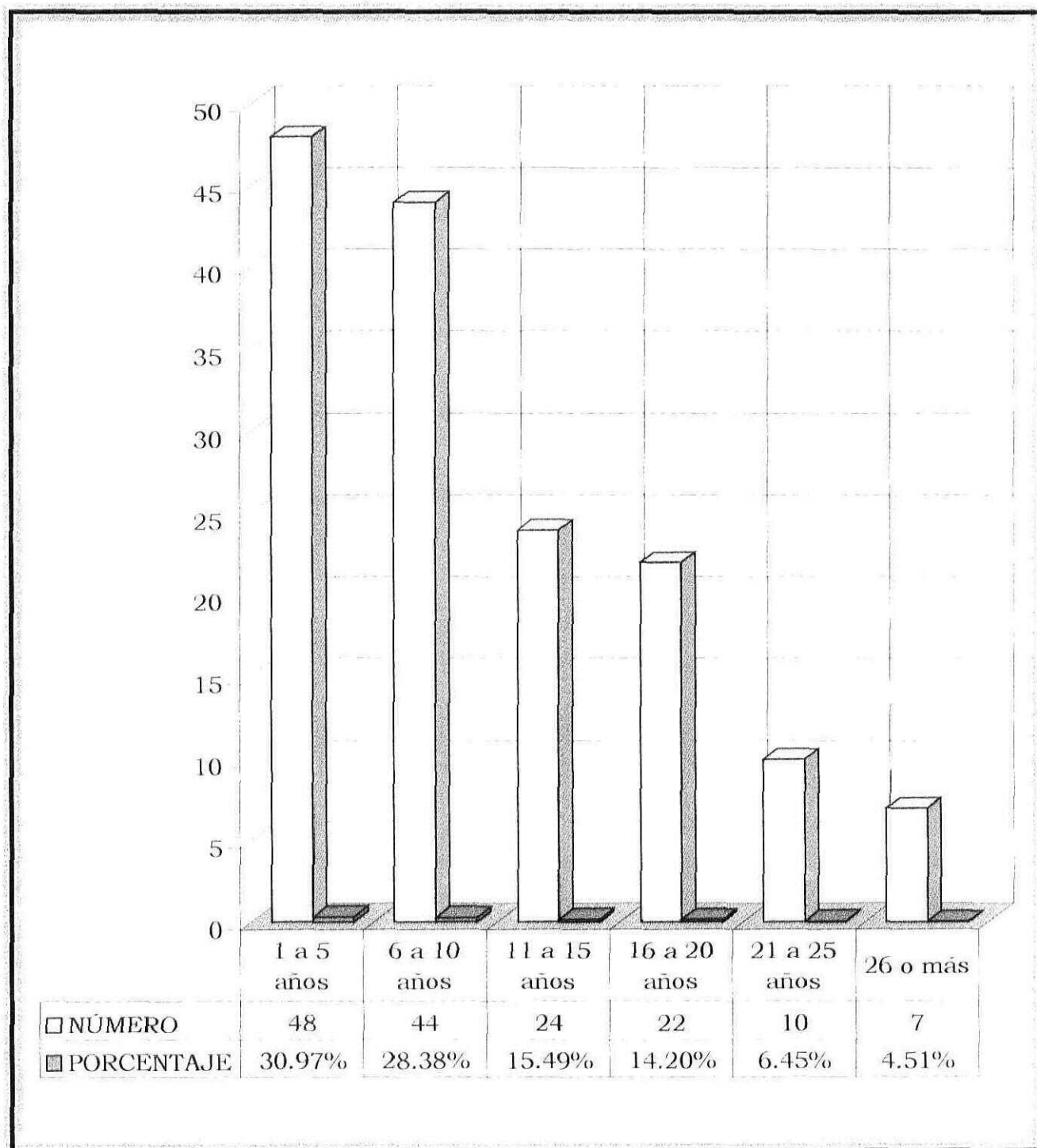
CUADRO No. 7

AÑOS DE ANTIGÜEDAD DEL PERSONAL

AÑOS DE ANTIGÜEDAD	NÚMERO	PORCENTAJE%
1 A 5 AÑOS	48	30.97%
6 A 10 AÑOS	44	28.38%
11 A 15 AÑOS	24	15.49%
16 A 20 AÑOS	22	14.20%
21 A 25 AÑOS	10	6.45%
26 O MÁS	7	4.51%
TOTAL	155	100%

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA POR
LAS AUTORAS A 155 ENFERMERAS

GRÁFICA No. 7 AÑOS DE ANTIGÜEDAD DEL PERSONAL



FUENTE: ENCUESTA REALIZADA POR
LAS AUTORAS A 155 ENFERMERAS

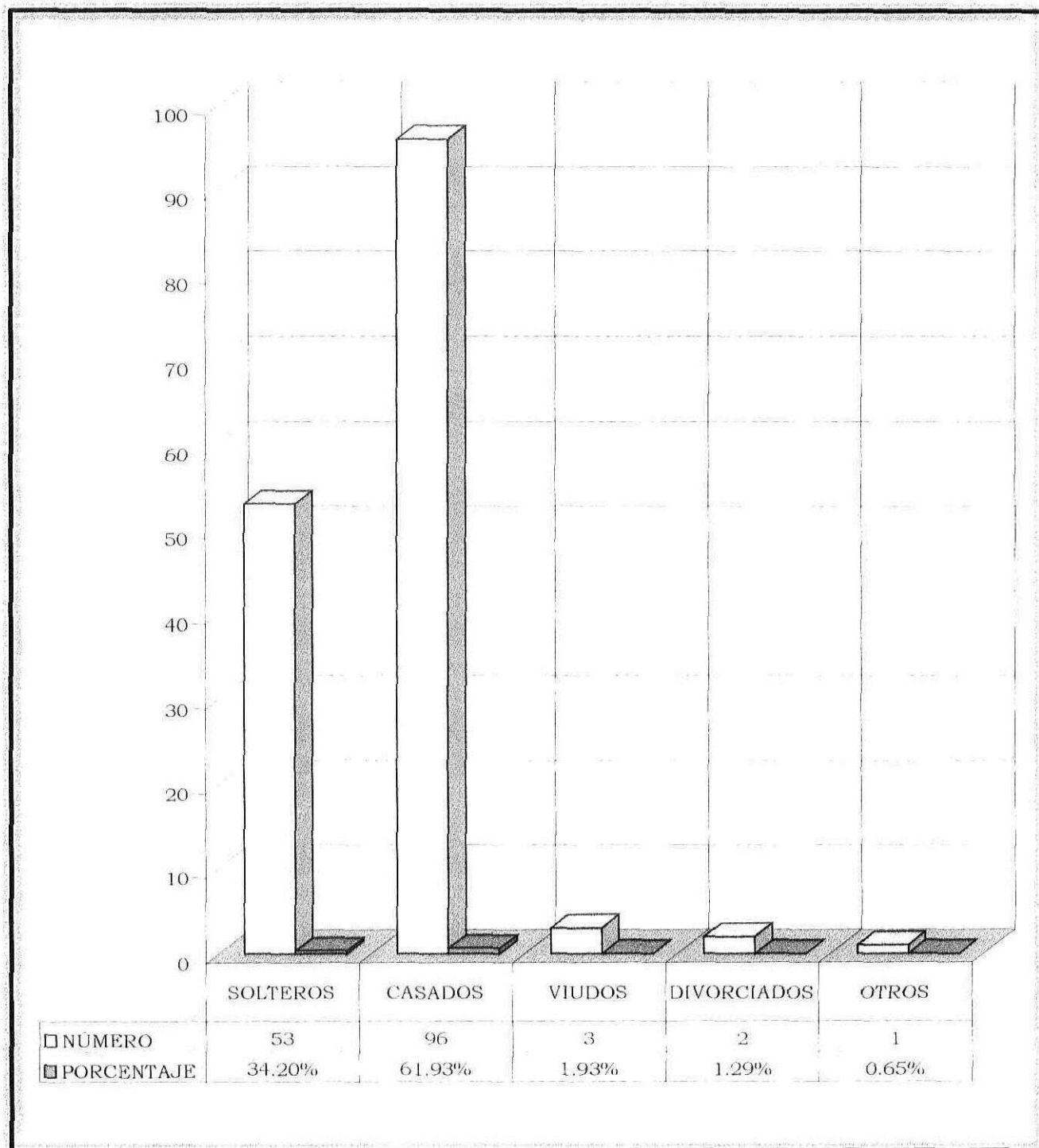
CUADRO No. 8

ESTADO CIVIL

ESTADO CIVIL	NÚMERO	PORCENTAJE%
SOLTEROS	53	34.20%
CASADOS	96	61.93%
VIUDOS	3	1.93%
DIVORCIADOS	2	1.29%
OTROS	1	0.65%
TOTAL	155	100%

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA POR
LAS AUTORAS A 155 ENFERMERAS

GRÁFICA No. 8 ESTADO CIVIL



FUENTE: ENCUESTA REALIZADA POR
LAS AUTORAS A 155 ENFERMERAS

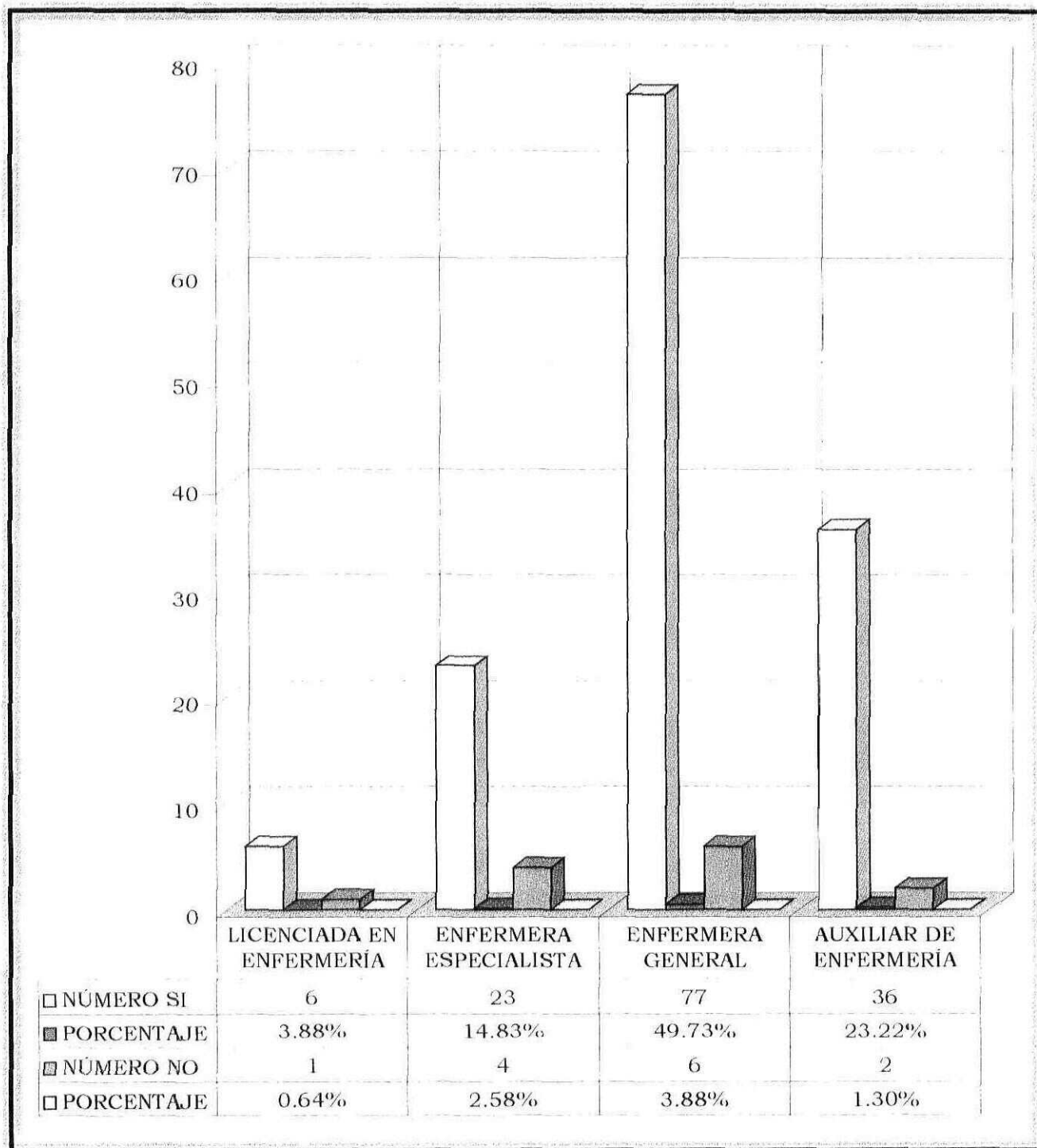
CUADRO No. 9

¿TE PRESENTAS CON EL PACIENTE CUÁNDO INGRESA?

CATEGORÍAS	NÚMERO SI	PORCENTAJE %	NÚMERO NO	PORCENTAJE %
LICENCIADA EN ENFERMERÍA	6	3.88%	1	0.64%
ENFERMERA ESPECIALISTA	23	14.83%	4	2.58%
ENFERMERA GENERAL	77	49.73%	6	3.88%
AUXILIAR DE ENFERMERÍA	36	23.22%	2	1.30%
TOTAL	142	91.60%	13	8.40%

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA POR
LAS AUTORAS A 155 ENFERMERAS

GRÁFICA No. 9
¿TE PRESENTAS CON EL PACIENTE CUANDO INGRESA?



FUENTE: ENCUESTA REALIZADA POR
 LAS AUTORAS A 155 ENFERMERAS

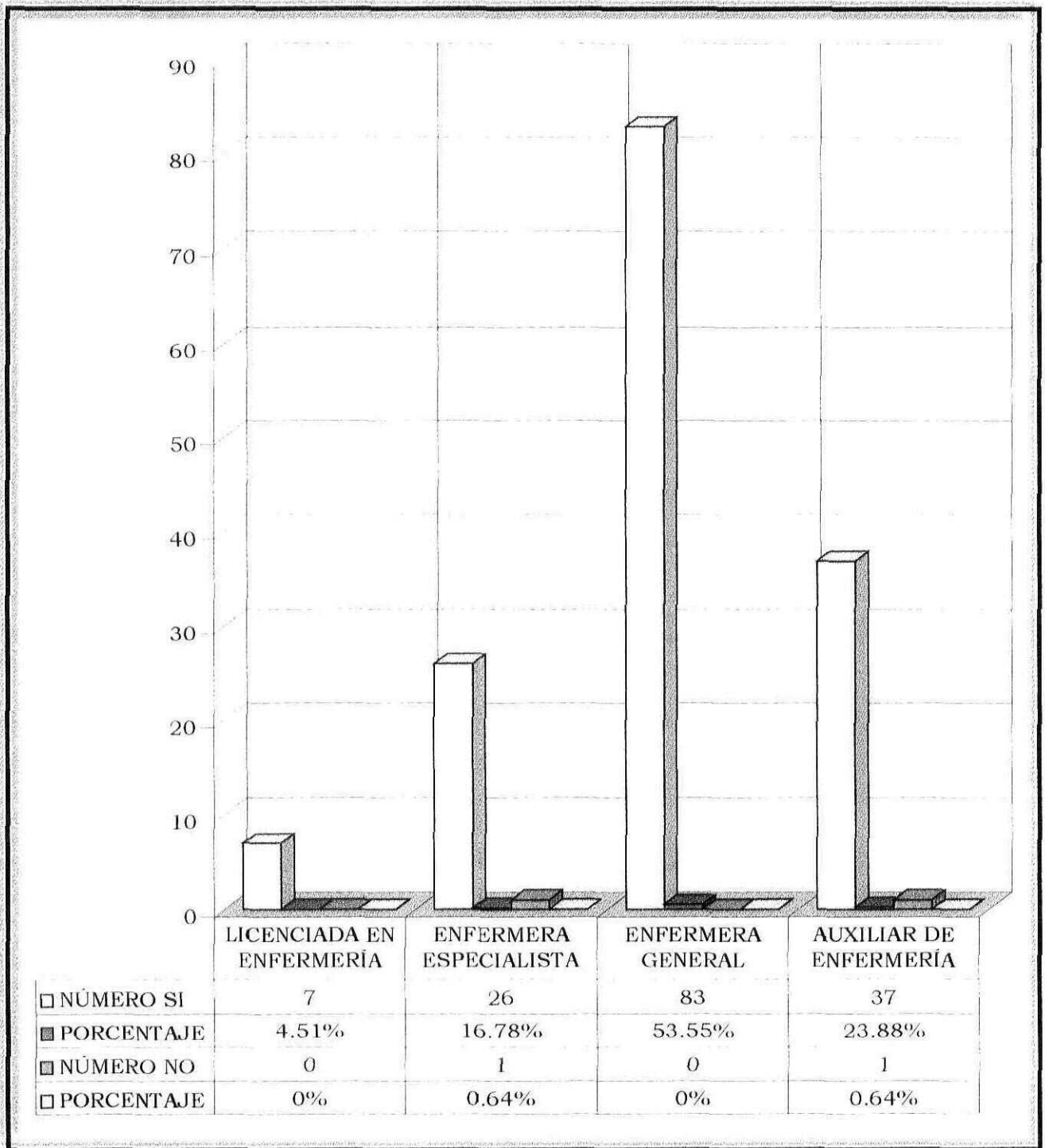
CUADRO No. 10

¿LE HABLAS POR SU NOMBRE?

CATEGORÍAS	NÚMERO SI	PORCENTAJE %	NÚMERO NO	PORCENTAJE %
LICENCIADA EN ENFERMERÍA	7	4.51%	0	0%
ENFERMERA ESPECIALISTA	26	16.78%	1	0.64%
ENFERMERA GENERAL	83	53.55%	0	0%
AUXILIAR DE ENFERMERÍA	37	23.88%	1	0.64%
TOTAL	153	98.72%	2	1.28%

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA POR LAS AUTORAS A 155 ENFERMERAS

GRÁFICA No. 10
¿LE HABLAS POR SU NOMBRE?



FUENTE: ENCUESTA REALIZADA POR
LAS AUTORAS A 155 ENFERMERAS

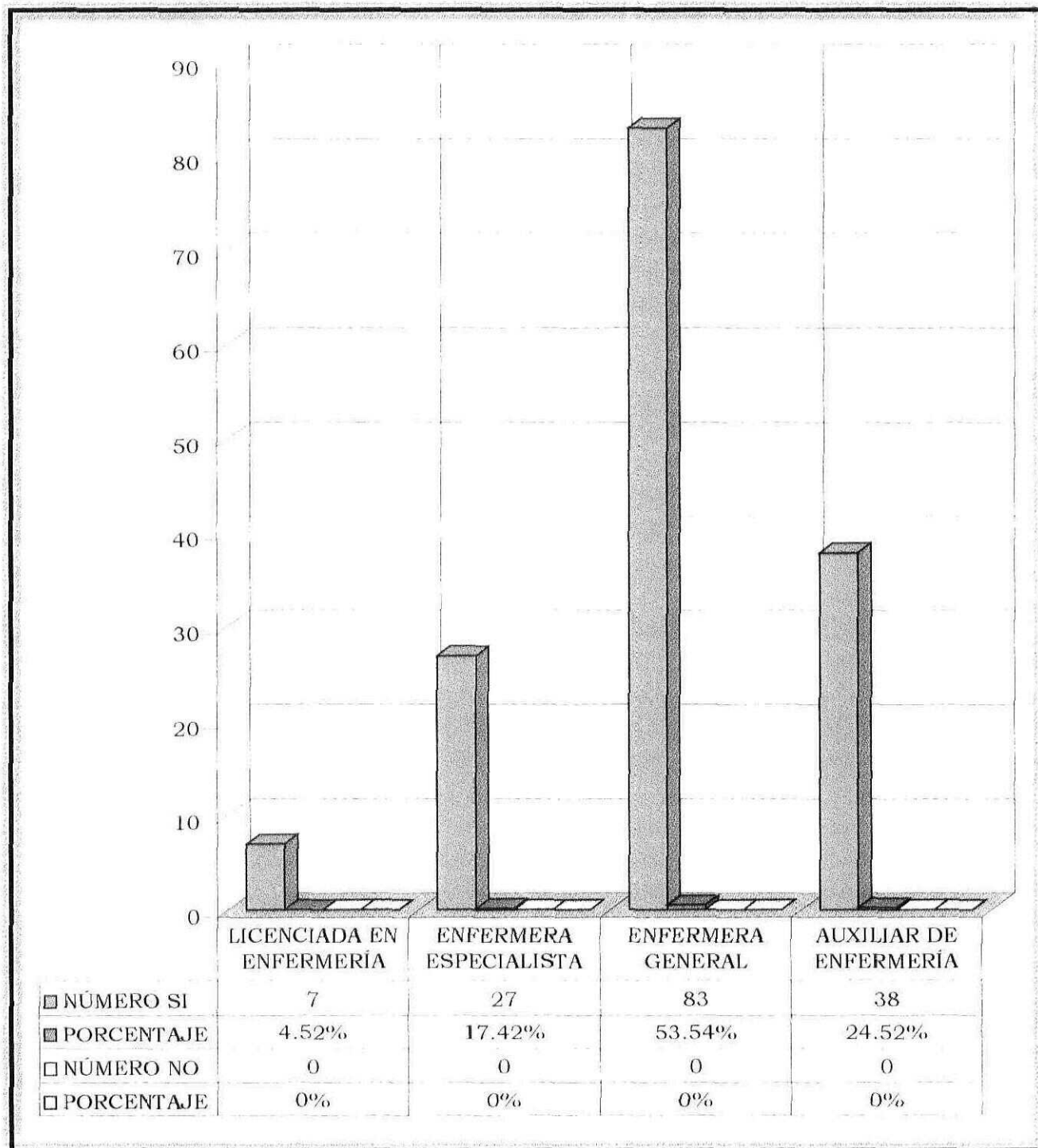
CUADRO No. 11

¿RESPECTAS SU INDIVIDUALIDAD?

CATEGORÍAS	NÚMERO SI	PORCENTAJE %	NÚMERO NO	PORCENTAJE %
LICENCIADA EN ENFERMERÍA	7	4.52%	0	0%
ENFERMERA ESPECIALISTA	27	17.42%	0	0%
ENFERMERA GENERAL	83	53.54%	0	0%
AUXILIAR DE ENFERMERÍA	38	24.52%	0	0%
TOTAL	155	100%	0	0%

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA POR LAS AUTORAS A 155 ENFERMERAS

GRÁFICA No. 11
¿RESPECTAS SU INDIVIDUALIDAD?



FUENTE: ENCUESTA REALIZADA POR
 LAS AUTORAS A 155 ENFERMERAS

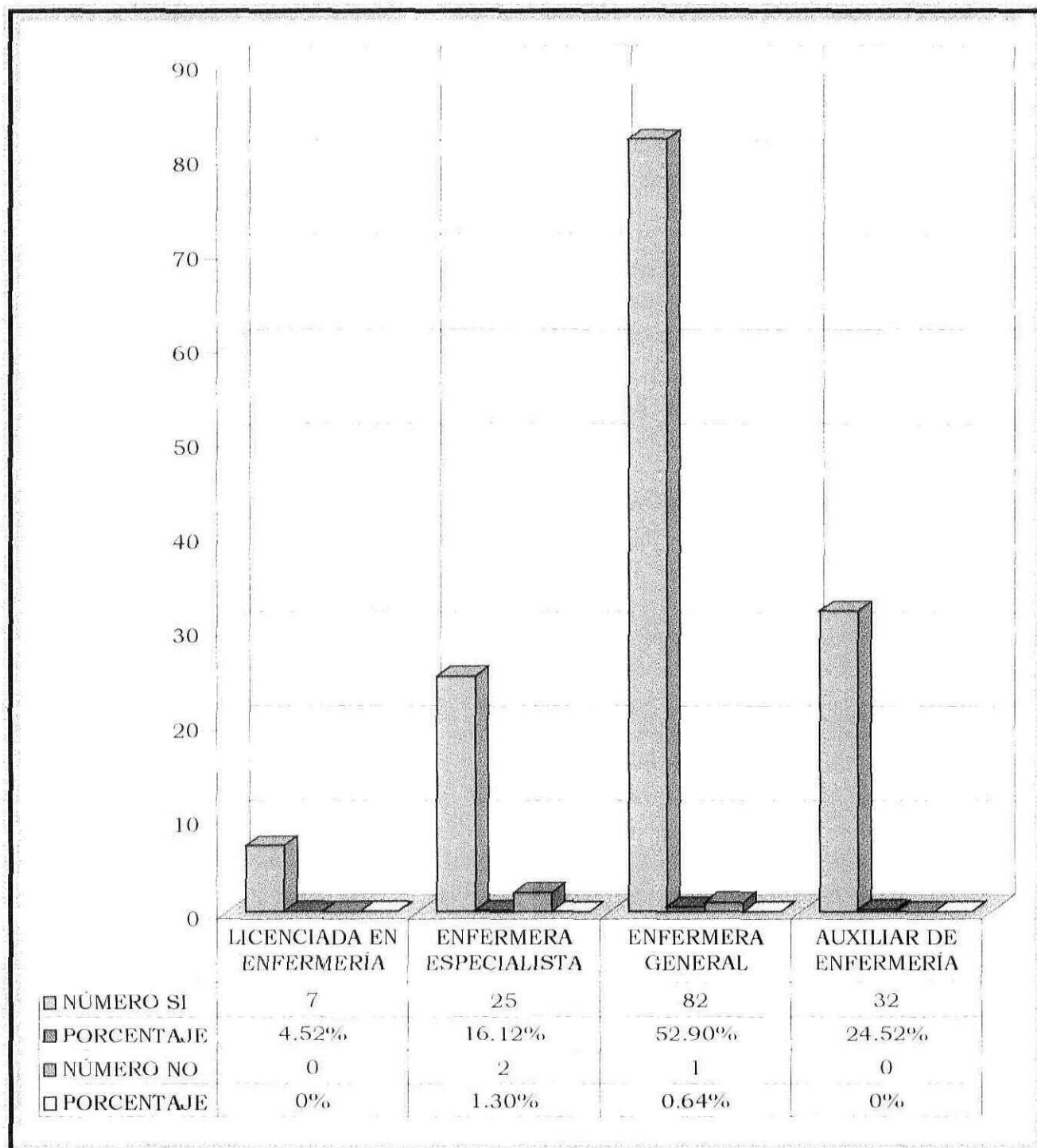
CUADRO No. 12

¿TIENES COMUNICACIÓN CON TUS PACIENTES?

CATEGORÍAS	NÚMERO SI	PORCENTAJE %	NÚMERO NO	PORCENTAJE %
LICENCIADA EN ENFERMERÍA	7	4.52%	0	0%
ENFERMERA ESPECIALISTA	25	16.12%	2	1.30%
ENFERMERA GENERAL	82	52.90%	1	0.64%
AUXILIAR DE ENFERMERÍA	32	24.52%	0	0%
TOTAL	152	98.06%	3	1.94%

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA POR LAS AUTORAS A 155 ENFERMERAS

GRÁFICA No. 12
¿TIENES COMUNICACIÓN CON TUS PACIENTES?



FUENTE: ENCUESTA REALIZADA POR
 LAS AUTORAS A 155 ENFERMERAS

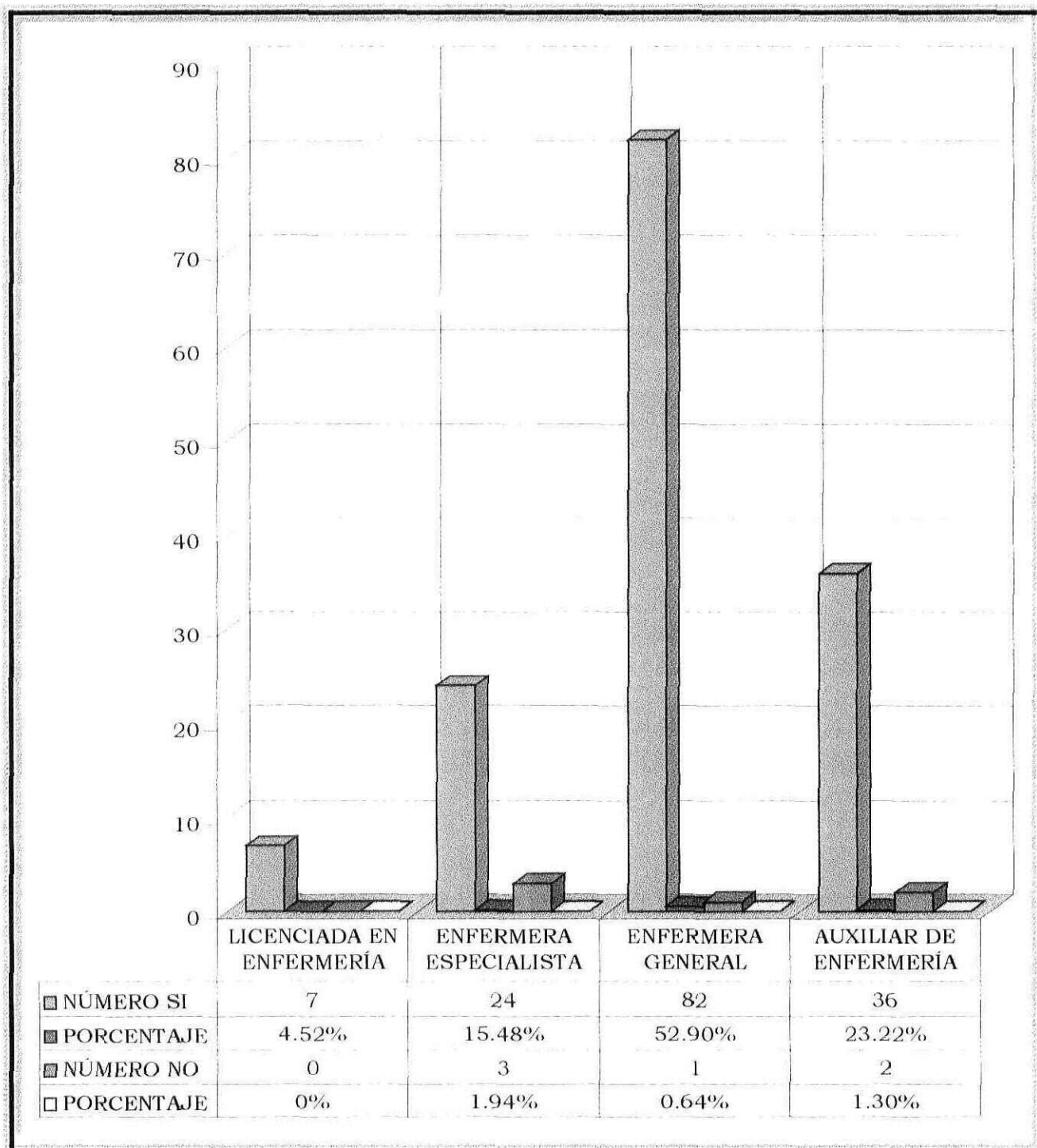
CUADRO No. 13

¿AL REALIZAR UN PROCEDIMIENTO LE EXPLICAS ANTES?

CATEGORÍAS	NÚMERO SI	PORCENTAJE %	NÚMERO NO	PORCENTAJE %
LICENCIADA EN ENFERMERÍA	7	4.52%	0	0%
ENFERMERA ESPECIALISTA	24	15.48%	3	1.94%
ENFERMERA GENERAL	82	52.90%	1	0.64%
AUXILIAR DE ENFERMERÍA	36	23.22%	2	1.30%
TOTAL	149	96.12%	6	3.88%

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA POR LAS AUTORAS A 155 ENFERMERAS

GRÁFICA No. 13
¿AL REALIZAR UN PROCEDIMIENTO LE EXPLICAS?



FUENTE: ENCUESTA REALIZADA POR
 LAS AUTORAS A 155 ENFERMERAS

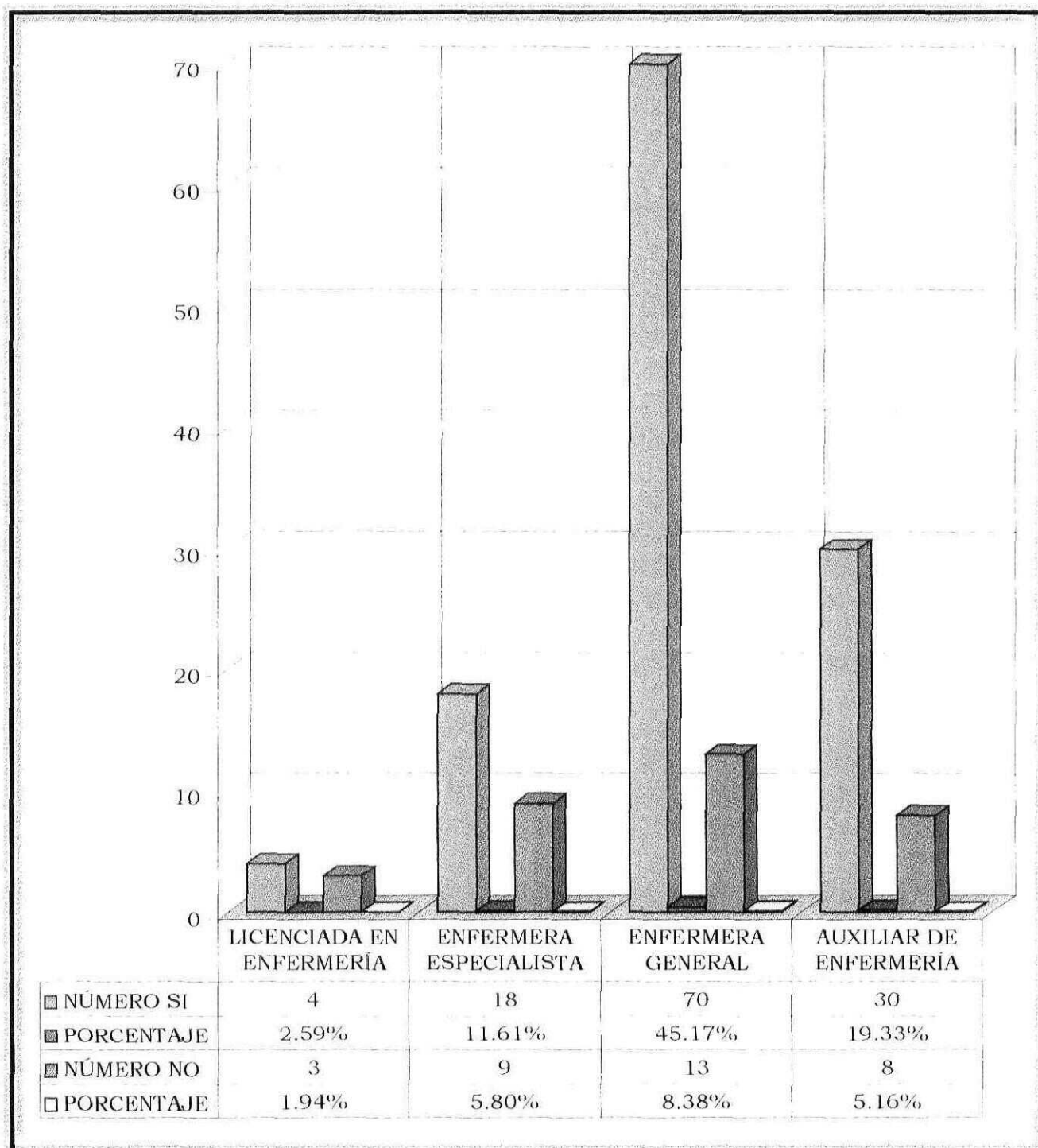
CUADRO No. 14

¿CUANDO LE DAS UN MEDICAMENTO SE LO DAS EN LA MANO?

CATEGORÍAS	NÚMERO SI	PORCENTAJE %	NÚMERO NO	PORCENTAJE %
LICENCIADA EN ENFERMERÍA	4	2.59%	3	1.94%
ENFERMERA ESPECIALISTA	18	11.61%	9	5.80%
ENFERMERA GENERAL	70	45.17%	13	8.38%
AUXILIAR DE ENFERMERÍA	30	19.33%	8	5.16%
TOTAL	122	78.72%	33	21.28%

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA POR LAS AUTORAS A 155 ENFERMERAS

GRÁFICA No. 14
¿CUANDO LE DAS UN MEDICAMENTO SE LO DAS EN LA MANO?



FUENTE: ENCUESTA REALIZADA POR LAS AUTORAS A 155 ENFERMERAS

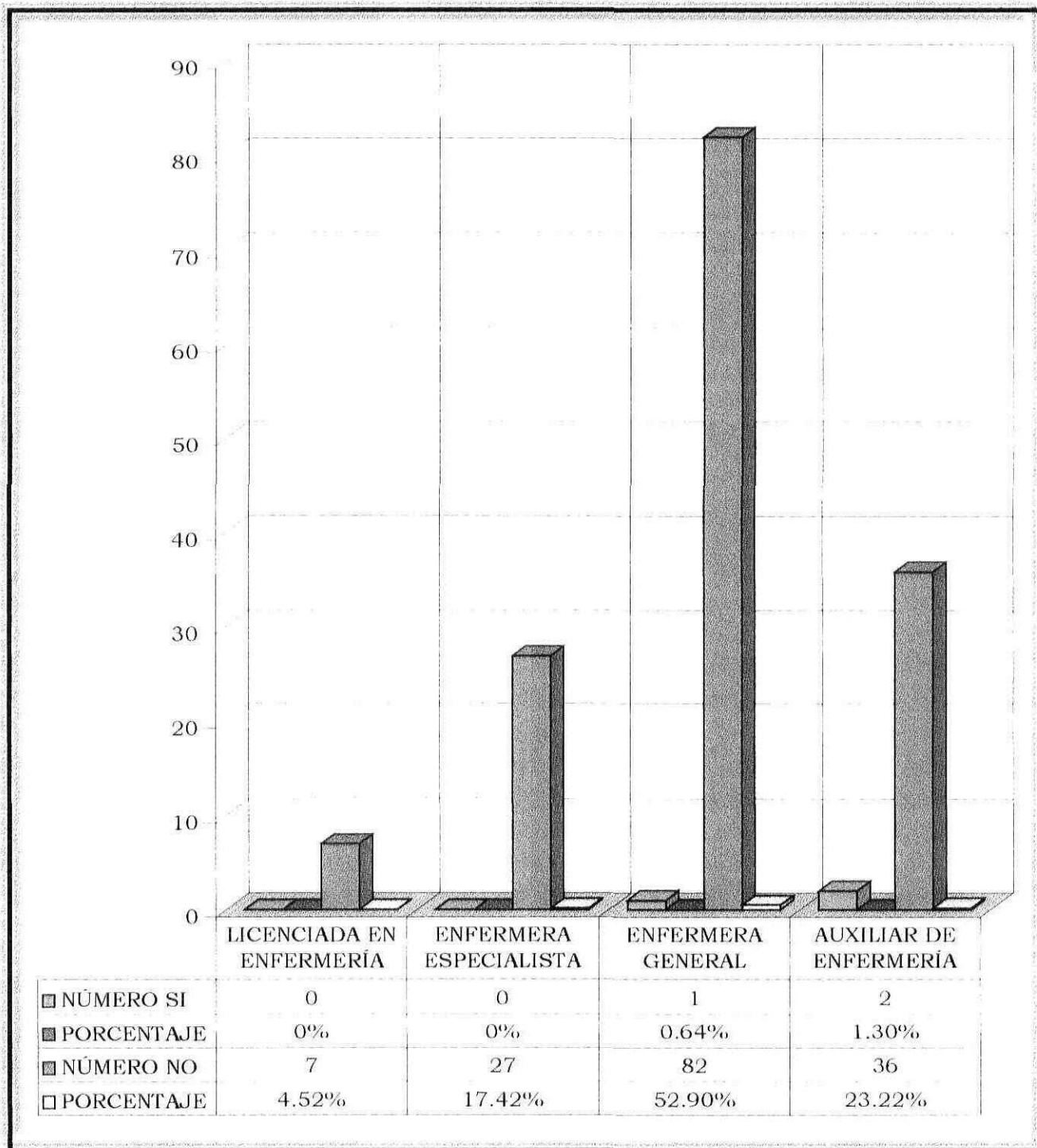
CUADRO No. 15

¿CUANDO LE DAS UN MEDICAMENTO SE LO DEJAS EN EL BURÓ?

CATEGORÍAS	NÚMERO SI	PORCENTAJE %	NÚMERO NO	PORCENTAJE %
LICENCIADA EN ENFERMERÍA	0	0%	7	4.52%
ENFERMERA ESPECIALISTA	0	0%	27	17.42%
ENFERMERA GENERAL	1	0.64%	82	52.90%
AUXILIAR DE ENFERMERÍA	2	1.30%	36	23.22%
TOTAL	3	1.94%	152	98.06%

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA POR LAS AUTORAS A 155 ENFERMERAS

GRÁFICA No. 15
¿CUANDO LE DAS UN MEDICAMENTO SE LO DEJAS EN EL BURÓ?



FUENTE: ENCUESTA REALIZADA POR LAS AUTORAS A 155 ENFERMERAS

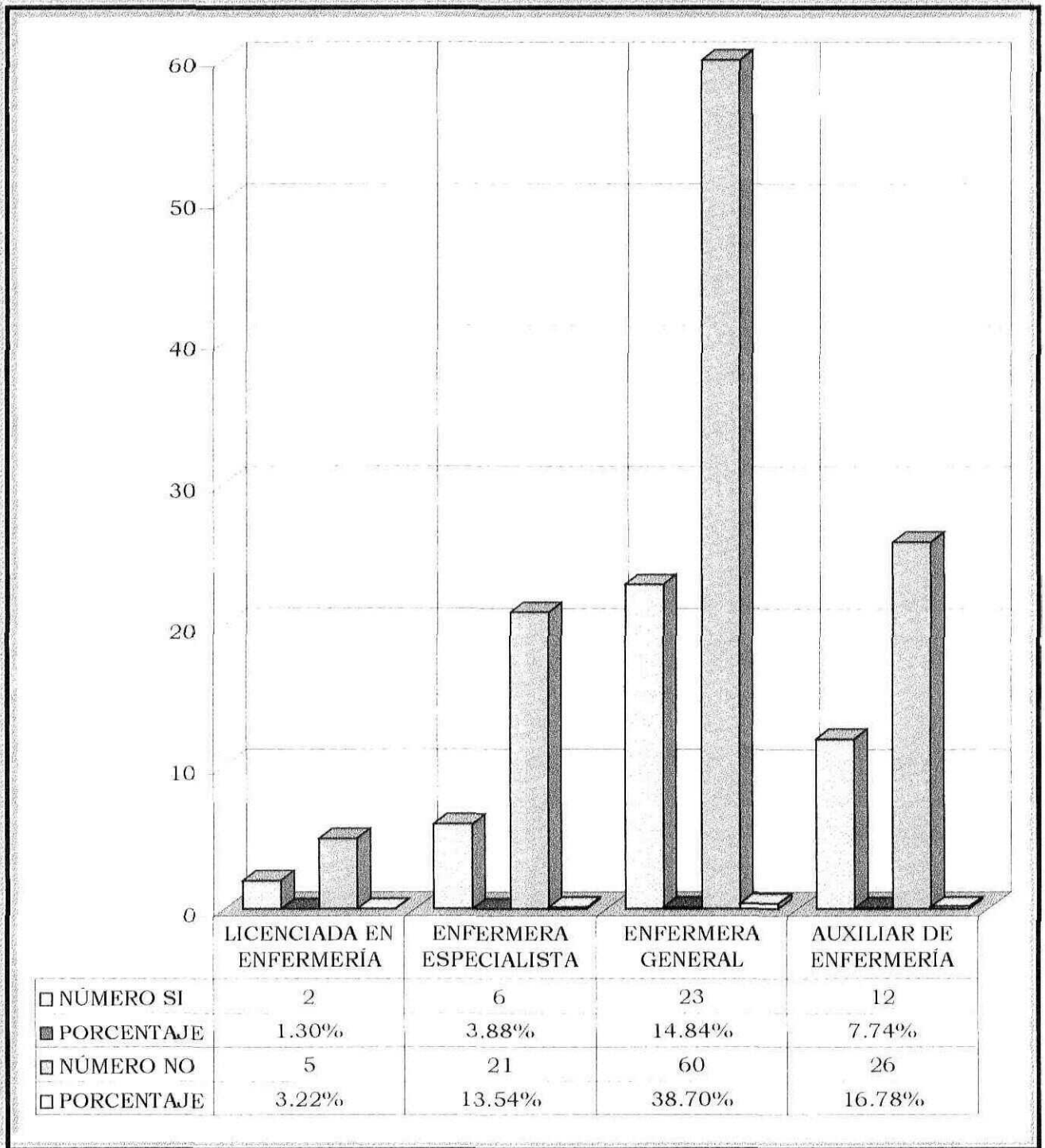
CUADRO No. 16

¿CUANDO LE DAS UN MEDICAMENTO SE LO DAS A SU FAMILIAR PARA QUE ÉSTE SE LO DE?

CATEGORÍAS	NÚMERO SI	PORCENTAJE %	NÚMERO NO	PORCENTAJE %
LICENCIADA EN ENFERMERÍA	2	1.30%	5	3.22%
ENFERMERA ESPECIALISTA	6	3.88%	21	13.54%
ENFERMERA GENERAL	23	14.84%	60	38.70%
AUXILIAR DE ENFERMERÍA	12	7.74%	26	16.78%
TOTAL	43	27.76%	112	72.24%

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA POR LAS AUTORAS A 155 ENFERMERAS

GRÁFICA No. 16
¿CUANDO LE DAS UN MEDICAMENTO SE LO DAS A SU FAMILIAR PARA QUE ÉSTE SE LO DÉ?



FUENTE: ENCUESTA REALIZADA POR LAS AUTORAS A 155 ENFERMERAS

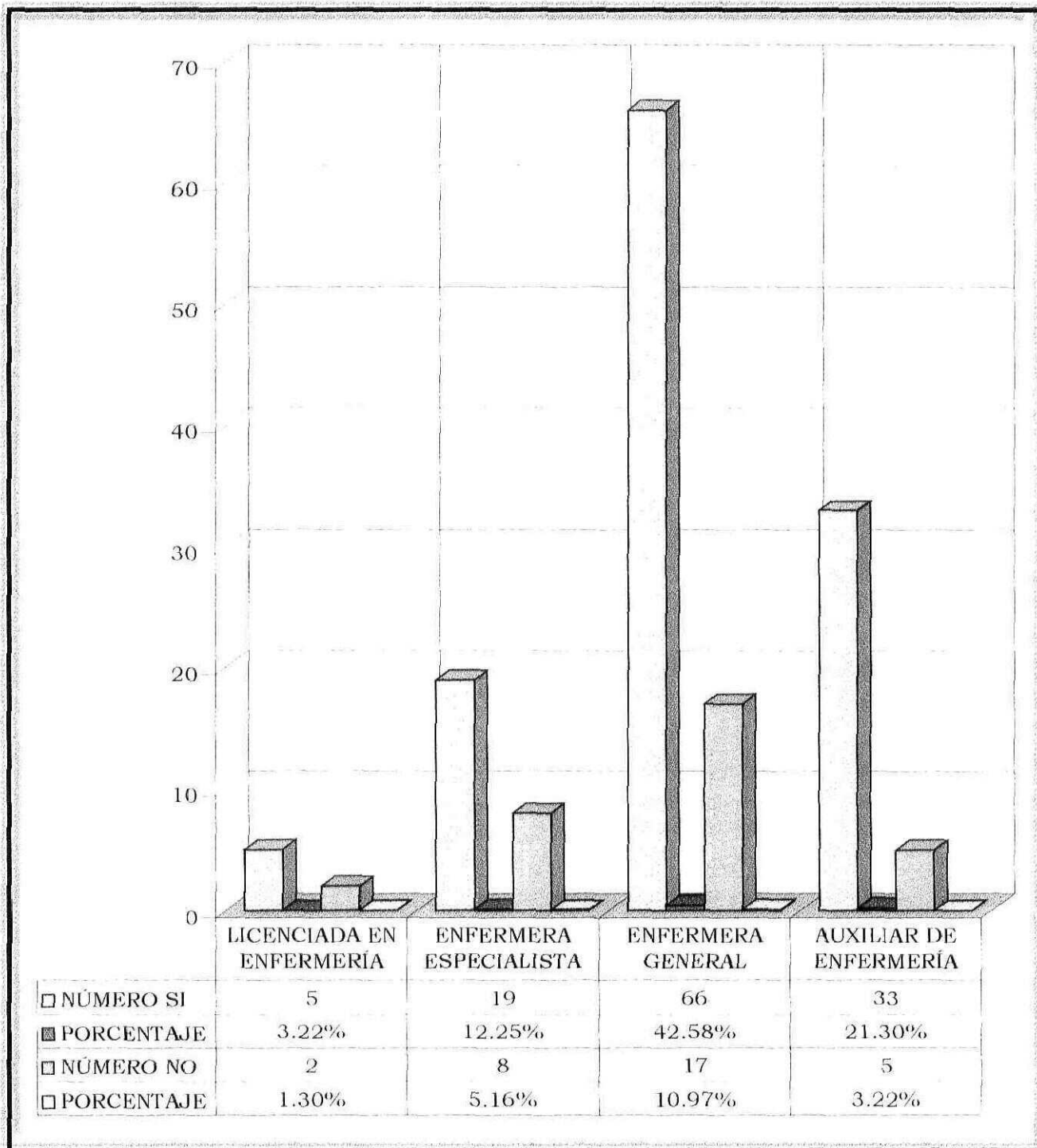
CUADRO No.17

**¿CUANDO NO QUIERE COMER LE INSISTES PARA QUE LO
HAGA?**

CATEGORÍAS	NÚMERO SI	PORCENTAJE %	NÚMERO NO	PORCENTAJE %
LICENCIADA EN ENFERMERÍA	5	3.22%	2	1.30%
ENFERMERA ESPECIALISTA	19	12.25%	8	5.16%
ENFERMERA GENERAL	66	42.58%	17	10.97%
AUXILIAR DE ENFERMERIA	33	21.30%	5	3.22%
TOTAL	123	79.35%	32	20.65%

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA POR
LAS AUTORAS A 155 ENFERMERAS

GRÁFICA No. 17
¿CUANDO NO QUIERE COMER LE INSISTES PARA QUE LO HAGA?



FUENTE: ENCUESTA REALIZADA POR LAS AUTORAS A 155 ENFERMERAS

CUADRO No. 18

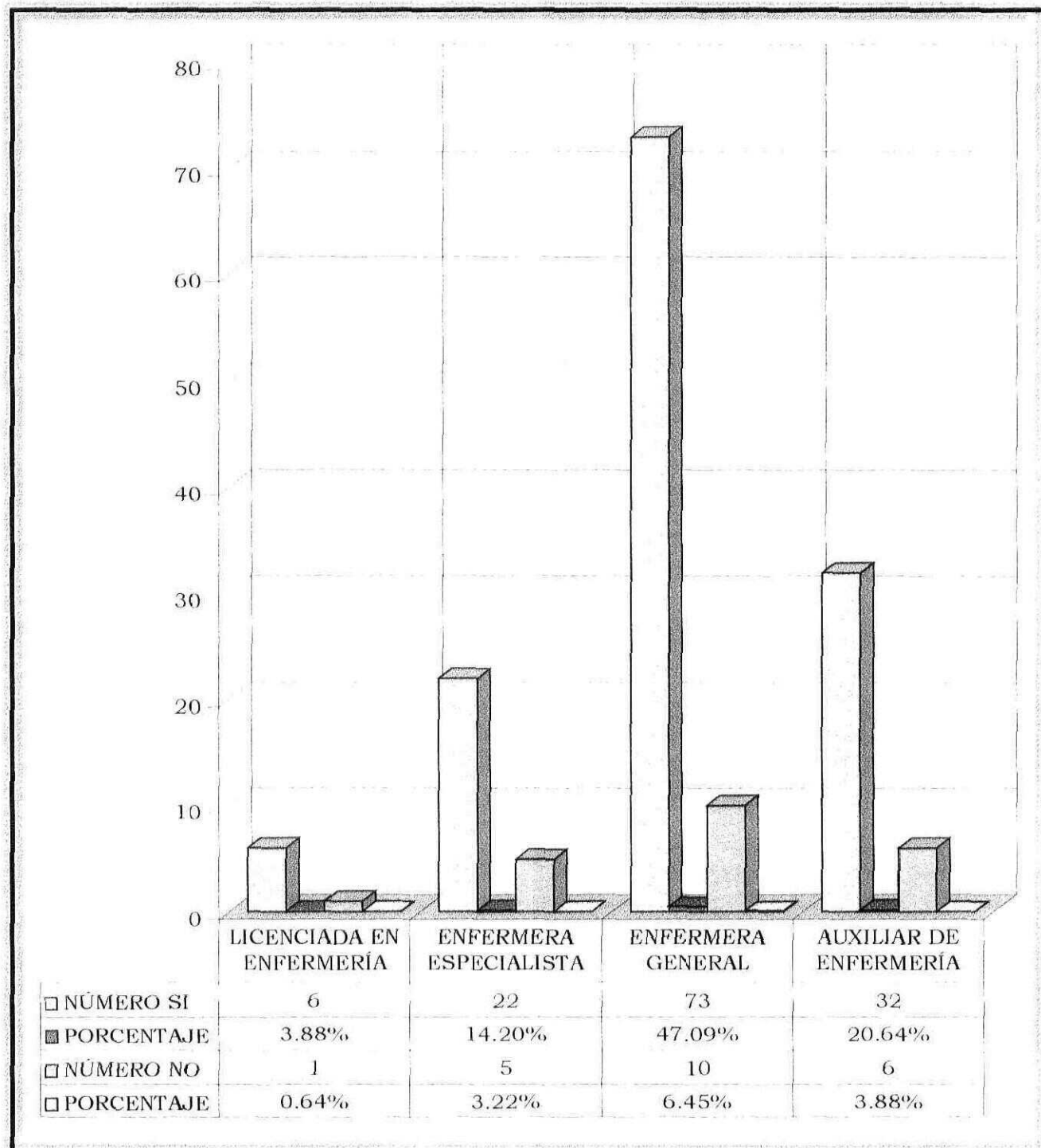
¿AL PEDIR UN CÓMODO LO LLEVAS INMEDIATAMENTE?

CATEGORÍAS	NÚMERO SI	PORCENTAJE %	NÚMERO NO	PORCENTAJE %
LICENCIADA EN ENFERMERÍA	6	3.88%	1	0.64%
ENFERMERA ESPECIALISTA	22	14.20%	5	3.22%
ENFERMERA GENERAL	73	47.09%	10	6.45%
AUXILIAR DE ENFERMERÍA	32	20.64%	6	3.88%
TOTAL	133	85.81%	22	14.19%

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA POR LAS AUTORAS A 155 ENFERMERAS

GRÁFICA No. 18

¿AL PEDIR UN CÓMODO LO LLEVAS INMEDIATAMENTE?



FUENTE: ENCUESTA REALIZADA POR
LAS AUTORAS A 155 ENFERMERAS

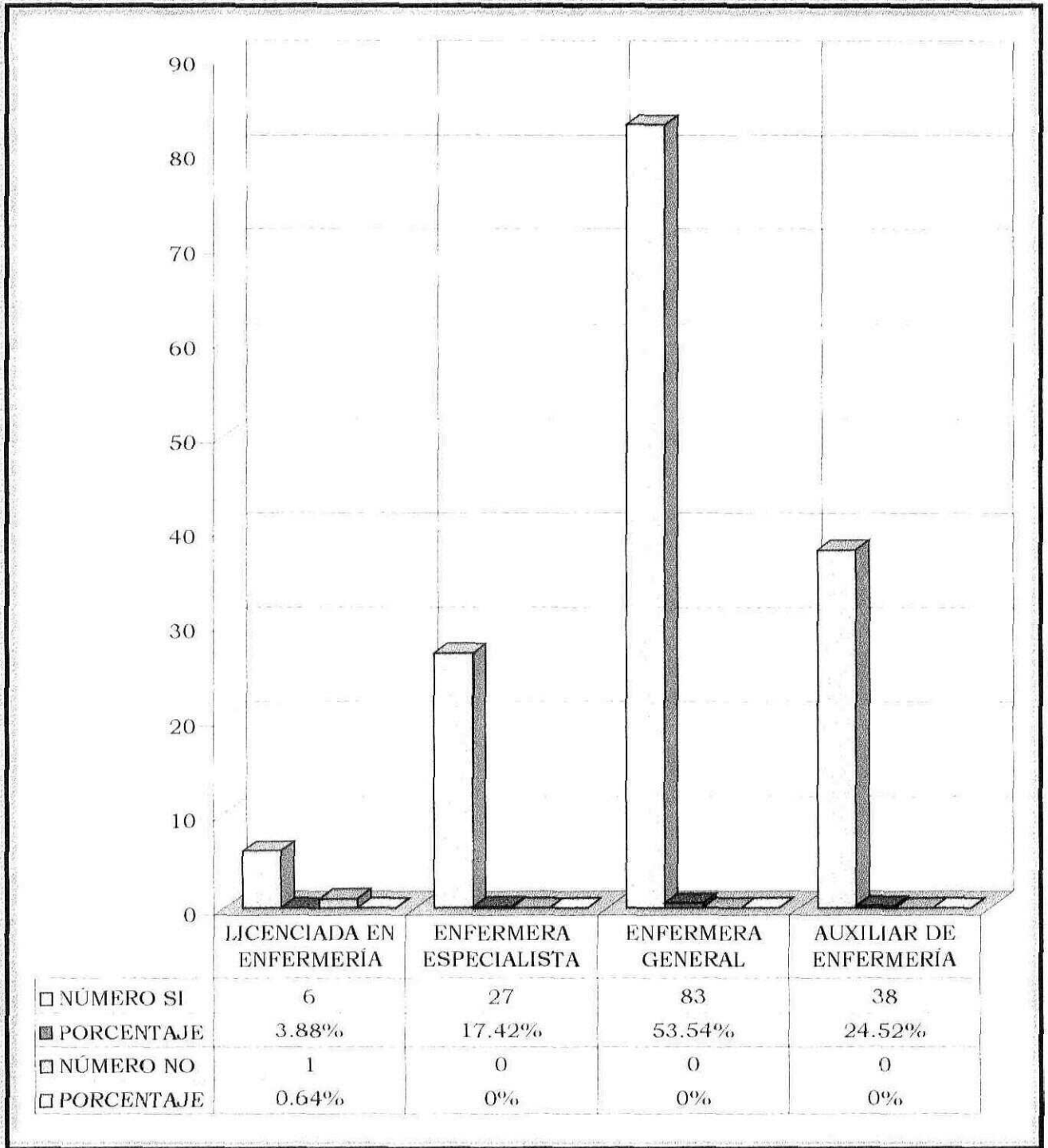
CUADRO No. 19

¿ES IMPORTANTE PARA TI QUE EL PACIENTE TENGA CONFIANZA?

CATEGORÍAS	NÚMERO SI	PORCENTAJE %	NÚMERO NO	PORCENTAJE %
LICENCIADA EN ENFERMERÍA	6	3.88%	1	0.64%
ENFERMERA ESPECIALISTA	27	17.42%	0	0%
ENFERMERA GENERAL	83	53.54%	0	0%
AUXILIAR DE ENFERMERÍA	38	24.52%	0	0%
TOTAL	154	99.36%	1	0.64%

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA POR LAS AUTORAS A 155 ENFERMERAS

GRÁFICA No. 19
¿ES IMPORTANTE PARA TI QUE EL PACIENTE TENGA CONFIANZA?



FUENTE: ENCUESTA REALIZADA POR
 LAS AUTORAS A 155 ENFERMERAS

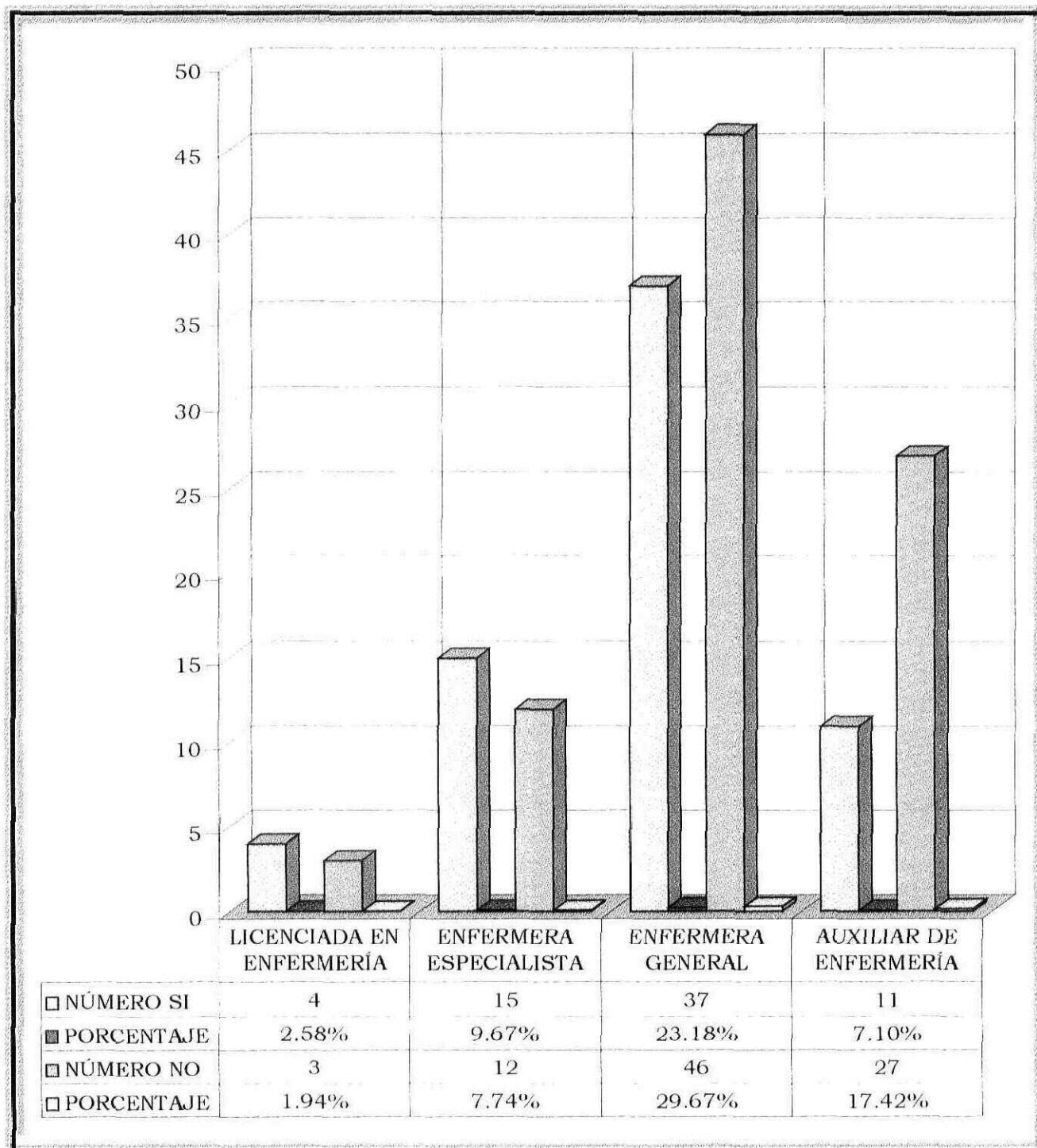
CUADRO No. 20

¿SABES CUANDO UN PACIENTE TIENE PROBLEMAS ECONÓMICOS?

CATEGORÍAS	NÚMERO SI	PORCENTAJE %	NÚMERO NO	PORCENTAJE %
LICENCIADA EN ENFERMERÍA	4	2.58%	3	1.94%
ENFERMERA ESPECIALISTA	15	9.67%	12	7.74%
ENFERMERA GENERAL	37	23.18%	46	29.67%
AUXILIAR DE ENFERMERÍA	11	7.10%	27	17.42%
TOTAL	67	43.23%	88	56.77%

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA POR LAS AUTORAS A 155 ENFERMERAS

GRÁFICA No. 20
¿SABES CUANDO UN PACIENTE TIENE PROBLEMAS
ECONÓMICOS?



FUENTE: ENCUESTA REALIZADA POR
 LAS AUTORAS A 155 ENFERMERAS

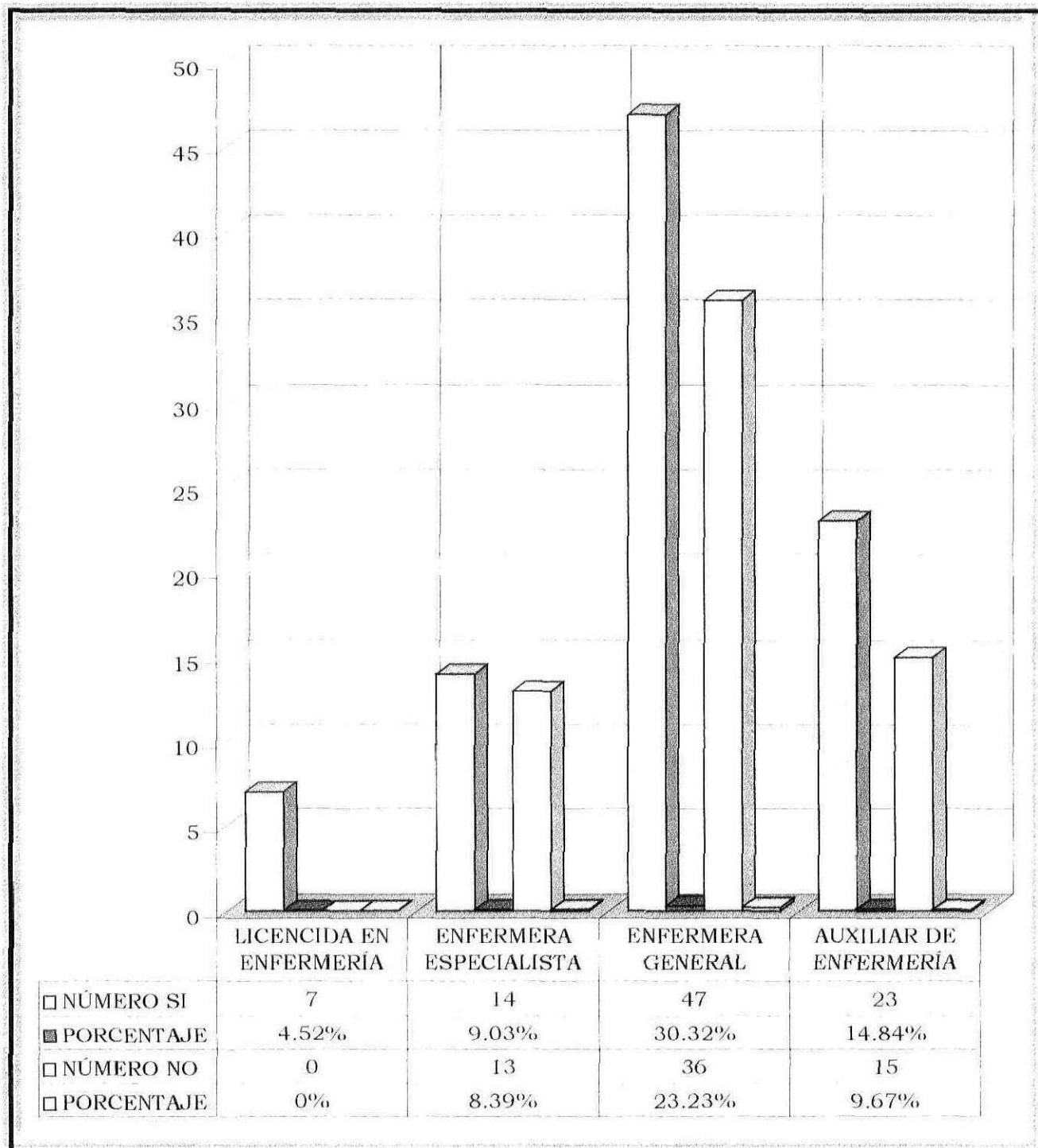
CUADRO No. 21

¿AL FALLECER UN PACIENTE Y TE PIDE ALGO ANTES, LO LLEVAS A CABO?

CATEGORÍAS	NÚMERO SI	PORCENTAJE %	NÚMERO NO	PORCENTAJE %
LICENCIADA EN ENFERMERÍA	7	4.52%	0	0%
ENFERMERA ESPECIALISTA	14	9.03%	13	8.39%
ENFERMERA GENERAL	47	30.32%	36	23.23%
AUXILIAR DE ENFERMERÍA	23	14.84%	15	9.67%
TOTAL	91	58.71%	64	41.29%

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA POR LAS AUTORAS A 155 ENFERMERAS

GRÁFICA No. 21
¿AL FALLECER UN PACIENTE Y TE PIDE ALGO ANTES,
LO LLEVAS A CABO?



FUENTE: ENCUESTA REALIZADA POR
 LAS AUTORAS A 155 ENFERMERAS

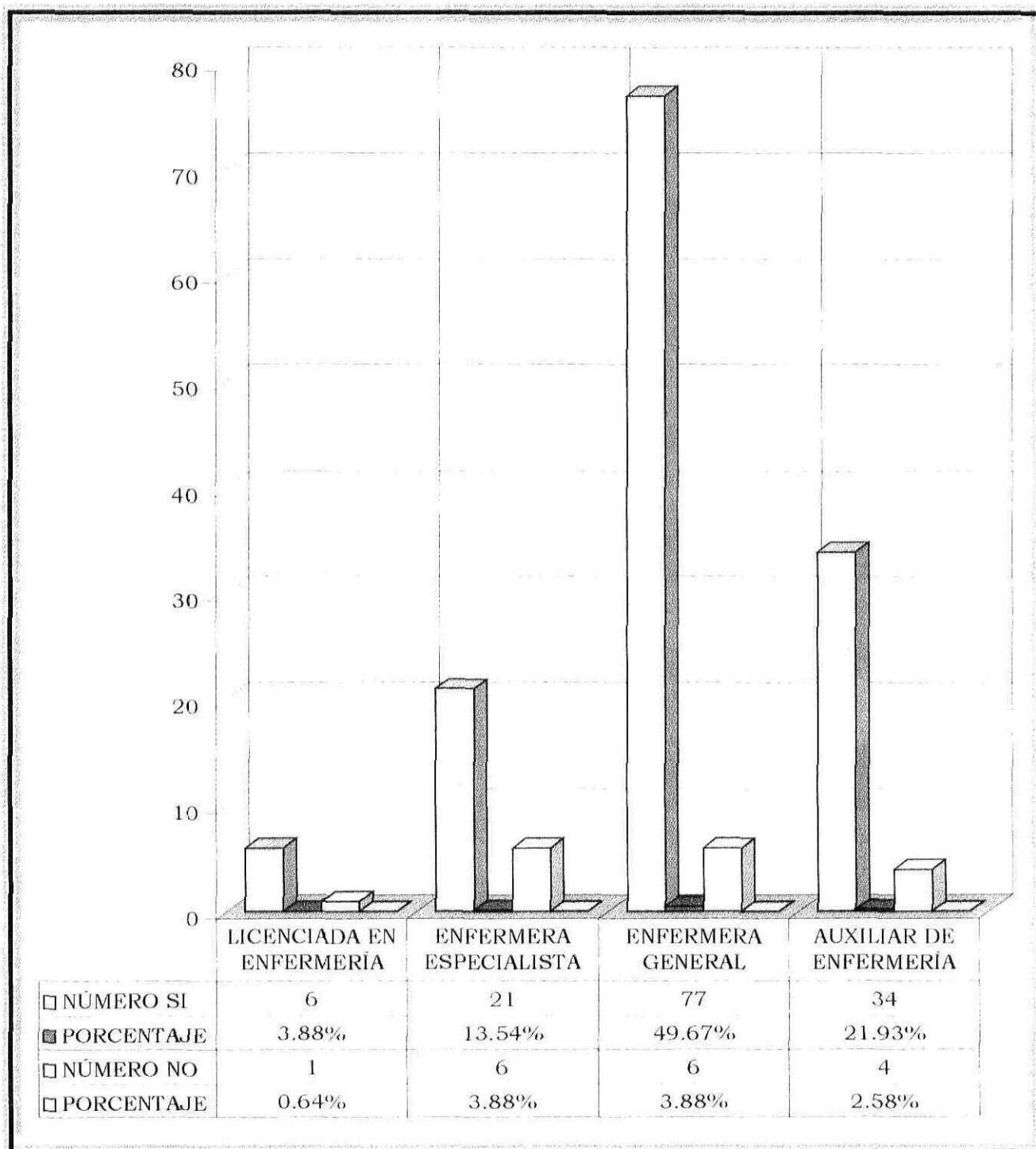
CUADRO No. 22

¿CUANDO UN PACIENTE TE PIDE QUE LLAMES A UN FAMILIAR LO HACES?

CATEGORÍAS	NÚMERO SI	PORCENTAJE %	NÚMERO NO	PORCENTAJE %
LICENCIADA EN ENFERMERÍA	6	3.88%	1	0.64%
ENFERMERA ESPECIALISTA	21	13.54%	6	3.88%
ENFERMERA GENERAL	77	49.67%	6	3.88%
AUXILIAR DE ENFERMERÍA	34	21.93%	4	2.58%
TOTAL	138	89.02%	17	10.98%

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA POR LAS AUTORAS A 155 ENFERMERAS

GRÁFICA No. 22
¿CUANDO UN PACIENTE TE PIDE QUE LLAMES A UN FAMILIAR LO HACES?



FUENTE: ENCUESTA REALIZADA POR LAS AUTORAS A 155 ENFERMERAS

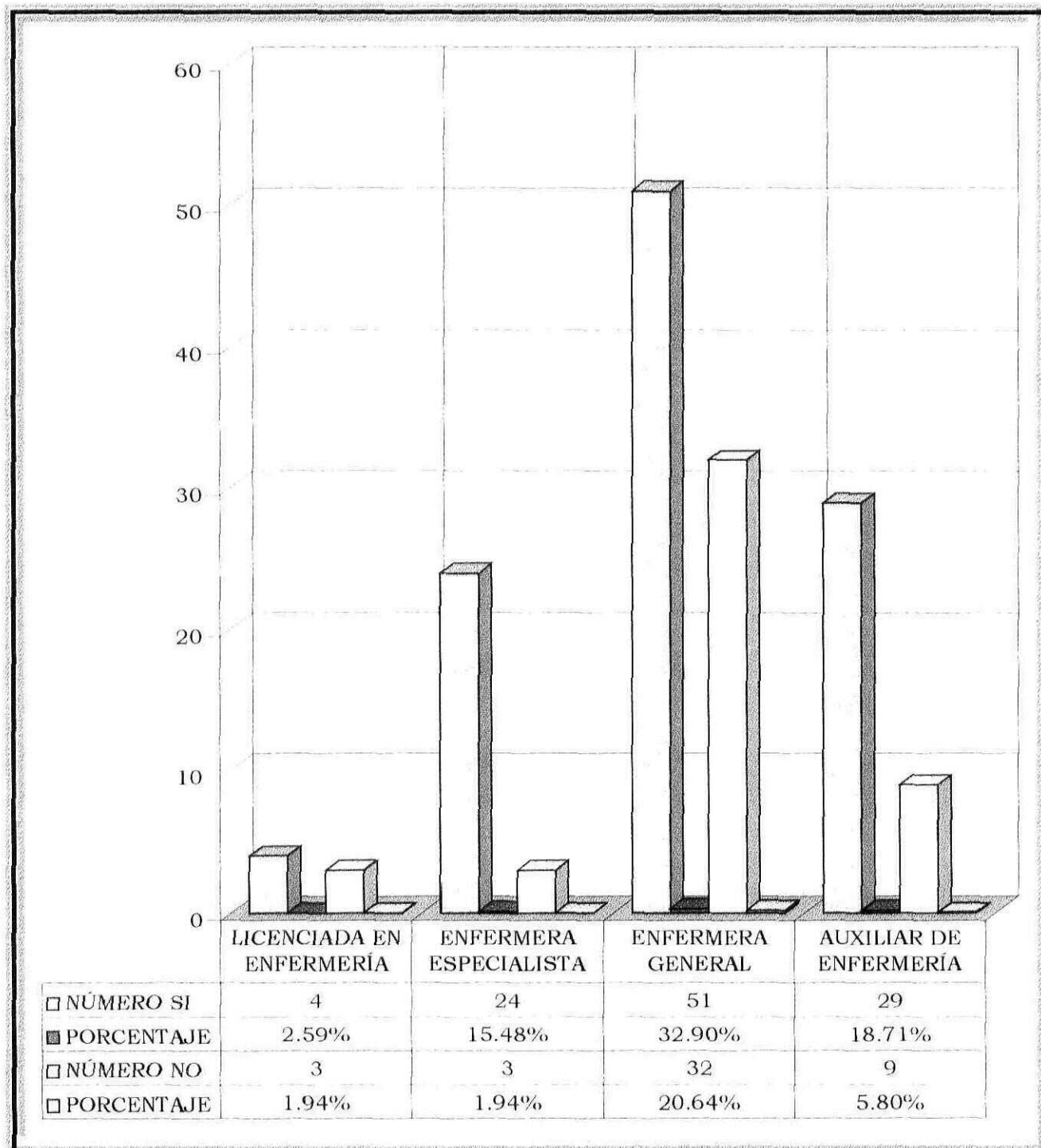
CUADRO No. 23

¿CUANDO UN PACIENTE TE PIDE UN SACERDOTE LO LLAMAS?

CATEGORÍAS	NÚMERO SI	PORCENTAJE %	NÚMERO NO	PORCENTAJE %
LICENCIADA EN ENFERMERÍA	4	2.59%	3	1.94%
ENFERMERA ESPECIALISTA	24	15.48%	3	1.94%
ENFERMERA GENERAL	51	32.90%	32	20.64%
AUXILIAR DE ENFERMERÍA	29	18.71%	9	5.80%
TOTAL	108	69.68%	47	30.32%

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA POR LAS AUTORAS A 155 ENFERMERAS

GRÁFICA No. 23
¿CUANDO UN PACIENTE TE PIDE UN SACERDOTE LO LLAMAS?



FUENTE: ENCUESTA REALIZADA POR
 LAS AUTORAS A 155 ENFERMERAS

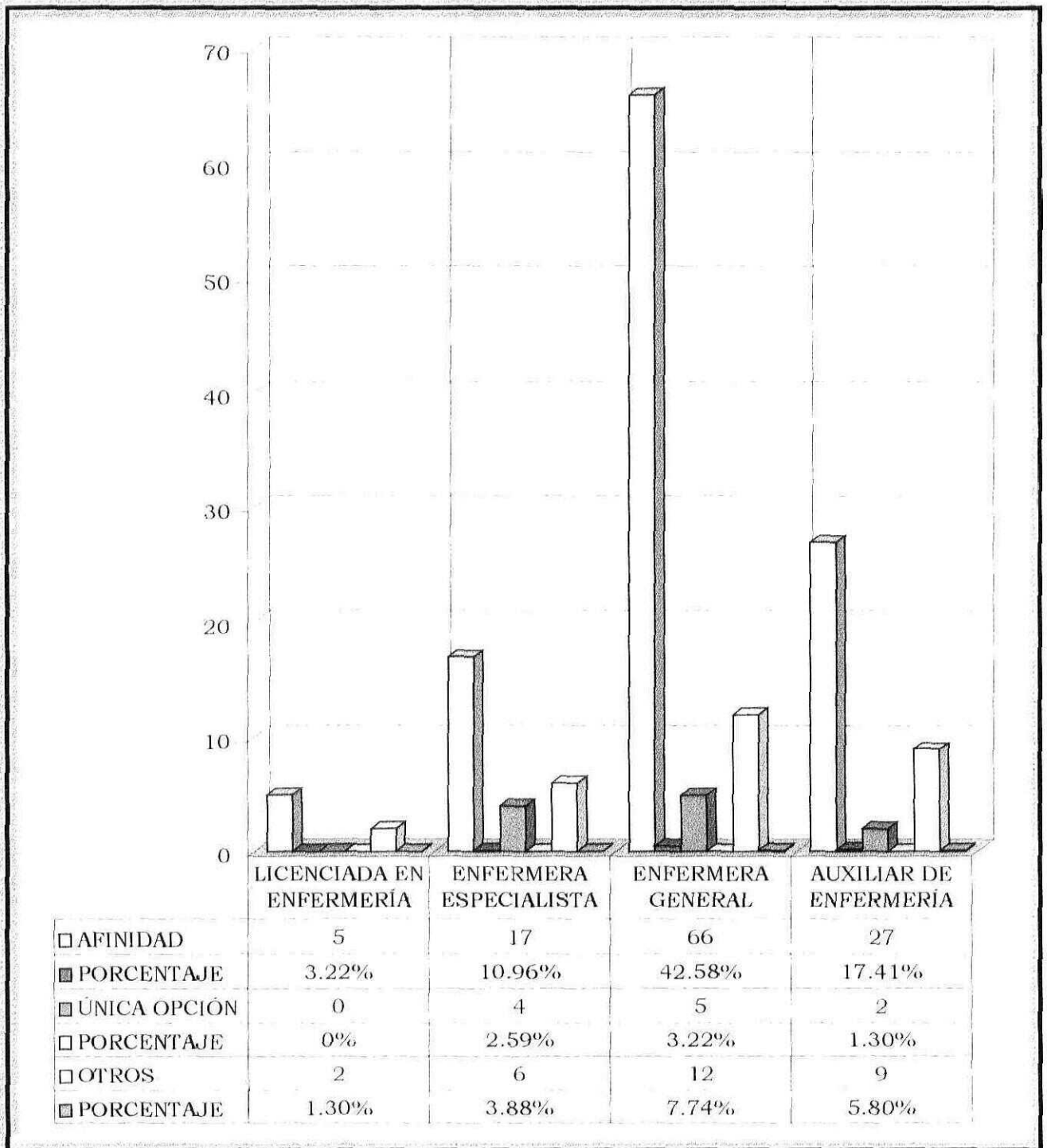
CADRO No. 24

ESTUDIASTE ENFERMERÍA POR: AFINIDAD, ÚNICA OPCIÓN, OTROS

CATEGORÍAS	AFINIDAD	%	ÚNICA OPCIÓN	%	OTROS	%
LICENCIADA EN ENFERMERÍA	5	3.22	0	0	2	1.30
ENFERMERA ESPECIALISTA	17	10.96	4	2.59	6	3.88
ENFERMERA GENERAL	66	42.58	5	3.22	12	7.74
AUXILIAR DE ENFERMERÍA	27	17.41	2	1.30	9	5.80
TOTAL	115	74.17	11	7.11	29	18.72

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA POR
LAS AUTORAS A 155 ENFERMERAS

GRÁFICA No. 24
ESTUDIASTE ENFERMERÍA POR
AFINIDAD, ÚNICA OPCIÓN, OTROS.



FUENTE: ENCUESTA REALIZADA POR
 LAS AUTORAS A 155 ENFERMERAS

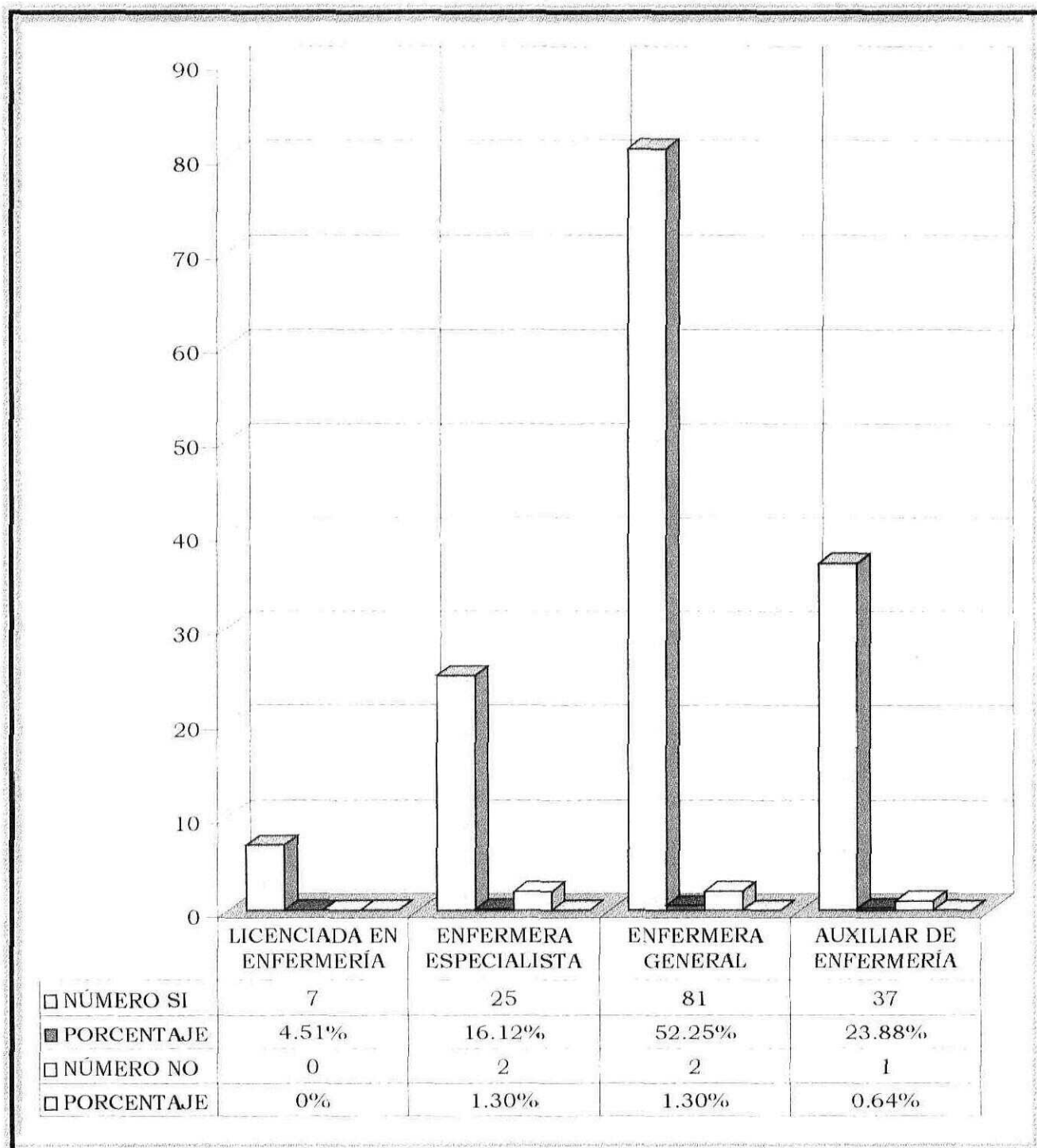
CUADRO No. 25

¿TE GUSTA TU SERVICIO?

CATEGORÍA	NÚMERO SI	PORCENTAJE %	NÚMERO NO	PORCENTAJE %
LICENCIADA EN ENFERMERÍA	7	4.51%	0	0%
ENFERMERA ESPECIALISTA	25	16.12%	2	1.30%
ENFERMERA GENERAL	81	52.25%	2	1.30%
AUXILIAR DE ENFERMERÍA	37	23.88%	1	0.64%
TOTAL	150	96.76%	5	3.24%

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA POR
LAS AUTORAS A 155 ENFERMERAS

GRÁFICA No. 25 ¿TE GUSTA TU SERVICIO?



FUENTE: ENCUESTA REALIZADA POR
LAS AUTORAS A 155 ENFERMERAS

7.2 ANALISIS

El personal de enfermería que participó en la muestra de esta investigación en su mayoría son jóvenes, con un rango de edad entre 20 a 40 años, por lo tanto, son personas adultas, en edad productiva, abiertas al cambio, con posibilidades de modificar su comportamiento en la atención a los pacientes geriátricos.

La profesión de enfermería en el pasado era considerada sólo para mujeres y en la actualidad se considera para ambos sexos, pero aún prevalece el sexo femenino.

El grupo que ocupa más de la mitad del estudio son enfermeras técnicas y el mínimo son licenciadas en enfermería por lo que podemos cimentar el futuro de la profesión y la excelencia en la calidad de atención a los pacientes ancianos. Esto nos muestra que las categorías laborales en su mayoría son ocupadas por enfermeras generales y que no existe reconocimiento para la licenciada en enfermería.

En lo que se refiere a que si la enfermera se presenta con el paciente la mayoría sí lo hace, esto toma importancia para que el paciente se sienta confiado de su seguridad integral.

Una gran parte de las enfermeras se dirigen al paciente por su nombre y una minoría de otra forma, esto indica que las enfermeras tratan a los pacientes como personas y no como objetos.

Es de llamar la atención que todas las enfermeras respetan la individualidad del paciente con lo que demuestran su profesionalismo.

Existe comunicación enfermera paciente ya que antes de realizar cualquier procedimiento se le explica al paciente, esto les brinda confianza durante su estancia hospitalaria.

En la forma de dar los medicamentos a los pacientes una gran parte de éste personal se los da directamente, otra parte se los da a los familiares para que ellos se los den y una minoría se los dejan en el buró para que ellos se los tomen. Aquí se refleja que una minoría, no tiene el tiempo suficiente para observar que se tomen los medicamentos o manifiesta que no le gustan este tipo de pacientes.

La mayoría de las enfermeras insisten sobre la alimentación de los pacientes así como para satisfacción de sus necesidades de eliminación. Esto ayuda para su pronto restablecimiento.

Al hacer referencia sobre si la enfermera sabe de los problemas económicos de los pacientes más de la mitad contestó que sí y la parte restante dice que le corresponde al personal de trabajo social.

La mayor parte del personal de enfermería satisfacen las necesidades emocionales y espirituales de los pacientes, esto les ayuda para que se encuentren tranquilos.

De las 155 enfermeras encuestadas, 115 estudiaron enfermería por afinidad, 11 por única opción y 29 por otras causas, lo que nos muestra que la enfermería se está estudiando más por vocación que por otras causas, con esto se ofrece un trabajo de calidad.

8. CONCLUSIONES

Después de realizar la comprobación de hipótesis, el análisis e interpretación de los resultados y en base a los objetivos de la investigación, se concluye lo siguiente:

El presente trabajo de investigación basado en la hipótesis planteada determina que si existe buena actitud del personal de enfermería, en la atención del paciente geriátrico en el Centro Médico Nacional “ 20 de Noviembre” del ISSSTE en México D.F.

Es de llamar la atención que en el análisis se habla mucho de que la mayoría o una gran parte del personal de enfermería, pero consideramos que debería ser todo. Aquí nos damos cuenta y comprobamos que es necesario que las enfermeras tengan una licenciatura porque a mayor preparación mayor es la responsabilidad.

De acuerdo al mejoramiento de las condiciones de salud, la reducción de la natalidad y el descenso en la mortalidad ha tenido como consecuencia, el aumento en la esperanza de vida poblacional, de tal manera que el número de personas que superan los 60 años será cada día mayor.

Esto requiere que los hospitales y el equipo multidisciplinario se encuentren preparados para satisfacer las necesidades del paciente geriátrico. Actualmente las necesidades de salud de nuestro país, demandan enfermeras profesionales conscientes de la problemática existente, por lo tanto corresponde a cada enfermera mejorar la calidad de atención que brinda a este tipo de pacientes y esto se manifestará en una actitud de sensibilización y aceptación al senecto.

9. SUGERENCIAS

- De acuerdo a las necesidades reales es necesario difundir que las escuelas de enfermería fomenten la formación de enfermeras especializadas en Gerontología, y digo así en lugar de Geriátrica, porque en los años venideros no sólo el anciano enfermo, sino también el sano debe beneficiarse de una atención, prevención y promoción ofrecida por personal altamente calificado.
- Sensibilizar al personal de enfermería de la importancia del proceso de envejecimiento para obtener una vejez digna y justa.
- Hacer promoción para que el departamento de enseñanza del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre”, imparta cursos de contenido científico, humanístico y bioético para el personal de enfermería.
- Realizar trabajos futuros en donde se obtenga la opinión de los pacientes y familiares.
- Motivar al personal profesional de enfermería para que continúen actualizándose, así como dar las facilidades necesarias a quien lo solicite para estar a la altura de los avances científicos y tecnológicos que demandan las necesidades de la población.

10. BIBLIOGRAFÍA

Alvarez R; **“Atención Médico-Social del Anciano”**, Salud Pública y Medicina Preventiva, Edit. Manual Moderno, México 1991.

Andraca F; **“Suicidios en Adultos Mayores”**, Revista Iberoamericana de Geriatria y Gerontología, Vol. 14, No. 1, México 1998.

Antología UPAEP; **“Cambios Fisiológicos Normales Relacionados con la Edad”**, Gerontología-Geriatria, Puebla, Mayo 1998.

Artaso B, Hernández P; **“Interconsulta Psicogeriátrica en un Hospital General”**, Revista Iberoamericana de Geriatria y Gerontología, Vol. 14, No. 1, México 1998.

Babb P; **“Enfermería Gerontológica en México”**, Volumen 10, No. 2, 1985.

Balderas L; **“Metodología de la Investigación”**, Administración de los Servicios de Enfermería, Edit. Interamericana McGraw Hill, México 1998.

Balseiro L; **“El Tipo y Diseño de Investigación”**, Investigación en Enfermería, Editorial Prado, México 1991.

Barquin M; **“La Enfermera y la Salud”**, Administración en Enfermería, Edit. Interamericana, México 1995.

Berthaux P, Aquino J, Cool; **“Cuaderno de la Enfermera”**, Gerontología Geriátrica, Barcelona 1981.

Brunner L.S., Suddarth D.S., **“Enfermería Médico Quirúrgica”**, Edit. Interamericana 1988.

Diccionario **“Terminológico de Ciencias Médicas”**, Edit. Salvat, México 1981.

Comfort A; **“Religión”**, Una Buena Edad, Edit. Debate, Madrid 1984.

De Fefrer A; **“Factores Biológicos”**, Cuerpo, Dinamismo y Vejez, Edit. INDE, México 1996.

Doval M y Cool; **“Cambios Socioculturales”**, Evaluación de la Salud en el Anciano, Edit. Prensa Médica, México 1984.

Durán, Arenas, Cool; **“Financiamiento de la Tercera Edad México”**, Revista Salud Pública, Vol. 38, No. 6, México 1996.

García P, Pelayo y Gross; **“Diccionario Enciclopédico Larousse”**, Edit. Larousse, México 1984.

Groupe L; **“Espiritualidad de la Vejez”**, La Vejez Problema de Hoy, Vol. XXXVII, Madrid 1965.

Hans Hauser; **“La Enfermería Moderna”**, Manual de la Enfermería Moderna, Edita. Nueva Comunicación, México 1993.

San Martín H., Pastor V; **“Epidemiología de la Vejez”**, Edit. Interamericana, México 1990.

INEGI; **“Censo de la Población y Vivienda”**, México 1995.

I.S.S.S.T.E.; **“Programas Operativo Sistema de Atención Gerontóloga”**, Subdirección General Médica, México 1996.

Kane R, Ouslander J; **“Proceso de Envejecimiento”**. Geriatria Clínica, Edit. Interamericana, México 1997.

Langarica R; **“Proceso de Envejecimiento”**, Gerontología y Geriatria. Edit. Interamericana, México 1985.

Mascaró J, Porcar; **“Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas”**, Edit. Salvat, México 1981.

Nursing; **“El Arte de la Enfermería”**, Vol. 16, No. 3, 1998.

Rodríguez M, Corona D; **“Procesos Biológicos del Envejecer”**, Creatividad en la Tercera Edad, Edit. Panorama, México 1998.

Rugarcía Torres A; **“Hoja, Valores y Educación para la Libertad”**, Rector de la UIAO Golfo Centro, Comisión de la Educación del Centro Empresarial de Puebla.

Salgado A; **“Manual de Geriatria”**, Edit. Salvat, México 1992.

Secretaría de Salud; **“Centro de Estudios en Población y Mortalidad”**, México 1995.

Trejo E; **“Tercera Edad y Desarrollo Humano”**, E.U.A.; O.N.U., 1992.

Warren MW; **“El Cuidado del Anciano Crónicamente Enfermo”**, Artículo México 1998.

11. ANEXOS

11.1 CUESTIONARIO

UNIVERSIDAD POPULAR AUTONOMA DEL ESTADO DE PUEBLA ENCUESTA DE OPINION

El siguiente cuestionario es con fines de investigación por lo que la información es confidencial y exclusiva para tal efecto le pedimos su veracidad al responder.

Muchas gracias.

EDAD: _____ TURNO: _____

ULTIMO GRADO ACADEMICO: _____

SEXO: _____

CATEGORIA: _____ SERVICIO: _____

AÑOS DE ANTIGÜEDAD: _____ ESTADO CIVIL: _____

- 1.- Te presentas con el paciente cuándo ingresa? SI () NO ()
- 2.- Cuando no quiere comer le insistes para que lo haga? SI () NO ()
- 3.- Le hablas por su nombre? SI () NO ()
- 4.- Al realizar un procedimiento le explicas antes? SI () NO ()
- 5.- Sabes cuándo un paciente tiene problemas económicos? SI () NO ()
- 6.- Cuando un paciente te pide un sacerdote lo llamas? SI () NO ()
- 7.- Al pedirte un cómodo lo llevas inmediatamente? SI () NO ()

- 8.- Es importante para ti que el paciente tenga confianza? SI () NO ()
- 9.- Respetas su individualidad? SI () NO ()
- 10.- Tienes comunicación con tus pacientes? SI () NO ()
- 11.- Cuando un paciente te pide que llames a un familiar lo haces? SI () NO ()
- 12.- Al fallecer un paciente y te pide algo antes lo llevas a cabo? SI () NO ()
- 13.- Cuando le das un medicamento se lo das en la mano? SI () NO ()
- 14.- Cuando le das un medicamento se lo dejas en el buró? SI () NO ()
- 15.- Cuando le das un medicamento se lo das a su familiar para que éste se lo dé? SI () NO ()
- 16.- Te gusta tu servicio? SI () NO ()

17.- Estudiaste enfermería por:

a) Afinidad

b) Unica opción

c) Otros

11.2 HOJA MATRIZ

NÚMERO ENCUESTA	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	Ñ	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X		
1	4	2	3	1	1	1	1	4	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	
2	4	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	
3	3	2	3	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1		
4	3	2	2	1	2	4	2	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	3		
5	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	3	
6	2	1	3	1	2	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	
7	3	1	2	1	2	3	2	2	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	
8	3	1	1	2	1	3	2	2	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	
9	4	1	1	2	1	1	2	3	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	
10	4	1	3	2	1	1	1	3	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	
11	2	1	1	2	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	2	2	
12	4	2	3	2	1	4	1	4	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	3	
13	3	1	2	2	1	1	1	3	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	
14	4	1	3	2	1	1	2	4	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	
15	6	1	3	2	1	2	2	6	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	
16	2	1	1	2	1	2	2	2	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	
17	4	1	1	2	1	2	2	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	
18	2	1	2	2	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	3	3	
19	5	1	3	2	1	1	2	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	3	3	
20	4	1	3	2	1	2	1	4	0	0	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	
21	5	2	1	2	1	4	2	4	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	
22	3	1	1	2	1	4	1	5	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	3	3	
23	5	1	1	2	1	4	2	6	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	2	2	
24	6	1	2	2	1	1	2	6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	
25	6	1	3	2	1	4	3	6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	2	2	
26	2	1	1	2	1	1	2	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	2	2	
27	5	1	3	2	1	5	2	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	
28	6	1	1	2	1	1	2	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	
29	4	1	3	2	1	2	2	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	
30	5	1	2	2	1	3	2	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	
31	3	1	1	2	1	4	2	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	
32	4	2	3	2	1	1	2	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	3	3
33	4	1	3	2	1	3	2	3	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	
34	5	2	3	2	1	1	2	3	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	

- A. EDAD**
- B. SEXO**
- C. TURNO**
- D. ÚLTIMO GRADO ACADÉMICO**
- E. CATEGORÍA**
- F. SERVICIO**
- G. ESTADO CIVIL**
- H. AÑOS DE ANTIGÜEDAD**
- I....X. PREGUNTAS**

10.2 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

UNIVERSIDAD POPULAR AUTONOMA DEL ESTADO DE PUEBLA ESCUELA DE ENFERMERIA

TIEMPO ACTIVIDADES	AGOSTO		SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE				ENERO				
	3ª.	4ª.	1ª.	2ª.	3ª.	4ª.	1ª.	2ª.	3ª.	4ª.	1ª.	2ª.	3ª.	4ª.	1ª.	2ª.	3ª.	4ª.	1ª.	2ª.	3ª.	4ª.	
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA																							
ELABORACION DE HIPOTESIS																							
ELABORACION DE PROTOCOLO																							
PRESENTACION DEL PROTOCOLO																							
ELABORACION DE INSTRUMENTOS																							
PRUEBA DE INSTRUMENTO																							
APLICACIÓN DE INSTRUMENTO																							
RECOLECCION DE DATOS																							
PRESENTACION DE TESIS																							



SEMANAS LABORADAS



SEMANAS NO LABORADAS

11.4 GLOSARIO DE TÉRMINOS

Actitud: Esquema de comportamiento o disposición para actuar selectivamente en una forma determinada más que en otra.

Anciano: Persona en la última etapa de la vida; entre la madurez y la edad senil.

Adulto Mayor: Persona mayor de 60 años.

Edad Avanzada: Sinónimo técnico para designar a la persona mayor de 60 años.

Envejecimiento: Es la serie de cambios físicos, biológicos, psicológicos y sociales que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos.

Gerontología: Es el estudio del proceso de envejecimiento en sus aspectos biológicos (anatomía, fisiología y bioquímica), psicológicos (personalidad y manifestaciones conductuales) y sociales como sería la introducción, actuación y desempeño de papeles en la familia, en un grupo o en la población en la que se vive.

Geriatría: Rama de la medicina que se encarga del estudio de las enfermedades propias de la vejez, así como, de prevención y tratamiento, en su contexto socioeconómico, indica su rehabilitación y hace seguimiento.

Longevidad: Supervivencia hasta una edad muy avanzada (más de 90 años).

Mortalidad: Relación entre el número de enfermos que mueren por una determinada enfermedad y el número de habitantes de una región o una nación.

Senectud: Periodo de la vida que inicia a los 60 años.

Senil: Relativo a la vejez o producido por ella.

Senilidad: Debilidad orgánica y mental inherente a la vejez.