



## **Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla**

Centro Interdisciplinario de Posgrados  
Investigación y Consultoría

Título de la investigación:

**Abandono del Tratamiento Médico en el Adulto mayor que Acude  
a la Consulta de Medicina Interna del Hospital ISSSTEP**

Grado que se obtiene:

**Maestría en Ciencias de Enfermería**

Presenta

**Juana Toribio Pájaro**

Nombre del asesor metodológico

**Mtra. Iris Gómez Estrada**

Nombre del asesor de contenido

**Mtra. Florentina Salazar Mendoza**



**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.



	<b>Índice:</b>	<b>Pág.:</b>
	Resumen	
	Introducción	
<b>Capítulo I Propósito y Organización</b>		
1.1	Antecedentes	1
1.2	Problema de la investigación	1
1.3	Pregunta de la investigación	3
1.4	Objetivo general	3
1.5	Objetivos específicos	4
1.6	Justificación	4
1.7	Alcances y Limitaciones	5
<b>Capítulo II Marco Teórico</b>		
2.1	Educación para la Salud	6
2.2	El Rol de la Enfermera para la Educación para la Salud	8
2.3	Reconociendo los Factores de Abandono en el Tratamiento Médico	10
	2.3.1 Factores de Riesgo.	10
	2.3.2 Vulnerabilidad.	10
	2.3.3 Condiciones financieras desfavorables.	11
	2.3.4 Inactividad Física.	11
	2.3.5 Soledad.	11
	2.3.6 Excesivo Consumo de Medicamentos.	12
	2.3.7 Fragilidad.	12
	2.3.8 Alimentación	12



2.4	Educación para el Autocuidado del Adulto Mayor por el Personal de Enfermería	12
2.4.1	Teoría de Autocuidado de Dorothea E. Orem, (1993).	13
2.4.2	Modelo de Cuidados de Enfermería de Virginia Henderson.	16

### Capítulo III Metodología

3.1	Diseño de la Investigación	22
3.1.1	Tipo de Estudio.	22
3.1.2	Criterios de Inclusión.	22
3.1.3	Criterios de Exclusión.	22
3.2	Hipótesis	22
3.3	Selección de la Muestra	22
3.4	Recolección de Datos	23
3.4.1	Control de sesgos de la información	23
3.4.2	Selección del Instrumento.	23
3.4.3	Aplicación del Instrumento.	24
3.4.4	Preparación de Datos.	24
3.5	Análisis de Datos	24

### Capítulo IV Conclusiones

4.1	Conclusiones Relativas a los Objetivos Específicos	25
4.2	Conclusiones Relativas al Objetivo General	27
4.3	Recomendaciones	28
	Referencias	29



Anexos:

Carta de consentimiento informado para la participación en protocolo de investigación	31
Instrumentos de evaluación	32

Lista de Figuras

	Página
Modelo de Dorothea E. Orem, (1993).	17
Gráfica de Dispersión Factores Personales y Autoeficacia Percibida	33
Gráfica de Dispersión Factor Personal Psicológico y Autoeficacia percibida	34
Gráfica de Dispersión Autoestima y Consumo de Drogas	36
Gráfica de Dispersión Autoestima y Consumo de Drogas	39
Gráfica de Dispersión Autorrealización y Consumo de Drogas Elegido	41

Lista de Tablas

	Página
Conclusiones Relativas a los Objetivos Específicos y Conclusiones Relativas al Objetivo General.	28



### **Resumen**

En México, para el año 2012 habrá un 9.34% de mayores de 60 años, y en 2030 hasta un 17.86%.

El objetivo de este trabajo es determinar los factores causales para que el adulto mayor abandone el tratamiento médico, a través de una encuesta y guía después de 6 semanas con 200 pacientes. Como instrumento de medición.

El resultado de esta investigación permite concluir con la intervención educativa De autocuidado en el adulto mayor con la teoría de Orem y muestre la disponibilidad de reanudar el seguimiento de su tratamiento médico.

### **Abstract**

In Mexico, by 2012 there will be 9.34% over 60 years, and in 2030 up to 17.86%.

The objective of this work is to determine the causal factors for the elderly abandon medical treatment, through a survey and guide after 6 weeks with 200 patients.

The measurement instrument.

The result of this research can be concluded with the educational intervention Self-care in older adults with Orem's theory and show the availability of resume tracking your medical treatment.



## Introducción

Las causas de abandono del tratamiento médico en el adulto mayor (AM) constituye un problema de salud para esta población. Presenta una incidencia

La insuficiencia cardíaca (IC) constituye la etapa final común de la mayoría de las enfermedades cardíacas. Presenta una elevada incidencia y prevalencia, sobre todo en edades avanzadas, y se prevé un incremento de la enfermedad con el envejecimiento progresivo de la población y el aumento de la supervivencia de los pacientes con infarto agudo del miocardio (IAM) <sup>1</sup>.

En los últimos diez años se ha revelado como uno de los problemas de salud pública de mayor envergadura, que afecta al 2-3 % de la población adulta en los países occidentales y al 8-10 % de la población mayor de 65 años<sup>2-6</sup>, todo lo cual produce un impacto social, económico y humano, ya que supone una grave limitación de la calidad de vida del individuo que la padece. La morbimortalidad por IC también es elevada, motiva el 5 % de los ingresos hospitalarios y se ha calculado el coste del tratamiento entre 1,2 y 2 % del gasto total en salud de varios países<sup>1,3</sup>.

En Cuba, hay datos que sugieren un comportamiento similar. En el Hospital Universitario “Dr. Celestino Hernández Robau” de Villa Clara, entre 1990 y el 2000, el 5,6 % de los fallecidos tenían como causa básica de muerte una IC, y el 89.1 % eran mayores de 60 años. En el Hospital Universitario “Dr. Gustavo Aldereguía Lima” de Cienfuegos representó el 2,5 % de todos los ingresos en el 2001<sup>7</sup>, en el hospital “Mario Muñoz Monroy” de Mantua, en 1998, el 16,4 % de todos los ingresos en mayores de 65 años fue motivado por una IC<sup>8</sup>. En Centro Habana, en el año 2007, hubo una prevalencia del 10.8 % en el área del policlínico “Marcio Manduley”<sup>9</sup>.



En los últimos años se ha incrementado el conocimiento sobre los mecanismos fisiopatológicos de esta enfermedad y estos avances han condicionado la reevaluación de las opciones de tratamiento farmacológico, con el objetivo de mejorar la calidad de vida, disminuir la morbilidad y aumentar la supervivencia de estos pacientes. Se sabe ahora, que es posible revertir el proceso que durante mucho tiempo se consideró irreversible, pero a pesar de los avances conseguidos, la morbimortalidad de la enfermedad no parece que haya disminuido <sup>2</sup>. El inadecuado pronóstico de los pacientes con IC probablemente obedece a una limitada utilización de algunos de los fármacos que mejoran la supervivencia de estos enfermos, y a cierta variabilidad en el tratamiento de la enfermedad entre los distintos especialistas y entre diferentes países, muchos pacientes no son tratados con los medicamentos que ofrecen beneficios demostrados y una seguridad adecuada.

Cuba no es ajena a esta situación, en el año 2000 existían inscriptos por tarjeta control de digoxina 135 855 pacientes para una tasa de 12,14 x 1 000, y en un estudio reciente, donde la muestra fue de 1760 pacientes con IC, solo el 6 % eran tratados con inhibidores de la enzima conversora de angiotensina (IECA)<sup>10,11</sup>.

En el nivel primario no todos los profesionales están familiarizados con las pautas de tratamiento de esta frecuente enfermedad<sup>10,11</sup>. En una encuesta sobre la IC, realizada a 122 médicos de la atención primaria, se encontró que el 62,95 % emitió respuestas correctas, lo que evidencia la falta de orientación sobre este tema polémico y cambiante<sup>4</sup>. Uno de los aspectos que se requiere en el seguimiento de los pacientes con IC, es la adherencia de estos al tratamiento, pues generalmente son ancianos que tienen dificultad para cumplirlo<sup>4</sup>.

En nuestra área de salud, diversos factores vinculados al paciente y su enfermedad pueden determinar la adherencia terapéutica de los pacientes con IC, además de insuficiencias en la prescripción y el nivel de conocimientos de los profesionales acerca de su tratamiento, consideraciones estas que han motivado el presente estudio.



Los objetivos de la investigación fueron determinar los factores vinculados al tratamiento y la adherencia terapéutica de pacientes con insuficiencia cardíaca en el Consultorio del Médico de la Familia (CMF) N° 3 del policlínico Santa Clara y precisar el nivel de conocimientos de los médicos sobre el tratamiento de esta enfermedad



## CAPITULO 1

### *1.1 Antecedentes*

De acuerdo con los resultados de una encuesta probabilística nacional en México, para el año 2012 habrá un 9.34% de mayores de 60 años, y en 2030 hasta un 17.86%). El envejecimiento de la población mundial avanza en una proporción de 2% de los adultos mayores de 60 años cada año. Se calcula que en el planeta viven 600 millones de personas mayores de 60 años y se proyecta que en el año 2025 se duplicará y en el 2050 ascenderá a 2 000 millones de personas.

### *1.2 Problema de la Investigación*

Actualmente, se consideran como personas mayores quien tienen 60 años o más Organización Mundial de Salud [OMS] y Organización Panamericana de la Salud [OPS], (2003) y la (Norma Oficial Mexicana [NOM-167-SSA1-1997], para la Prestación de Servicios de Asistencia Social para Menores y Adultos Mayores). En cambio la Organización de las Naciones Unidas (ONU, 2005) lo denomina Adultos mayores. En México el envejecimiento de la población y la baja tasa de natalidad propician que la mayoría de adultos mayores se encuentren solos y sin apoyo familiar. El Consejo Nacional de Población estimó que la cantidad de ancianos se duplicaría para el año 2025 y representara la cuarta parte de la población Mexicana en el año 2050, lo cual es confirmado por el Instituto Mexicano del Seguro Social, ([IMSS], 2006) puesto que ocho millones (7.5%) de la población mexicana es mayor de 60 años. Es decir que el 15.55% de los derechohabientes del IMSS tienen esa edad y demandan el 25% de consultas de medicina familiar, el 23% de hospitalizaciones y 20% de las Prestaciones Sociales. En nuestro país, como en la mayor parte del mundo, la proporción de personas mayores crece más apresuradamente que cualquier otro grupo etario (3.6%). La esperanza de vida en México es ya de 75 años: 72 en hombres y 78 en mujeres, lo cual implica que la población está inmersa en el envejecimiento global y envejece aceleradamente.



Bolaños y Sánchez Galicia, (2010), refieren que durante el envejecimiento se observan modificaciones, tanto del rendimiento físico como del sensorial, que limitan al adulto mayor y lo obligan a modificar sus actividades. En la mayoría de los casos se presenta fatiga mental y física; disminución de la memoria, de la agudeza visual y auditiva, del sentido del gusto, de la capacidad de concentración, de la eficacia cardiopulmonar y de la potencia sexual, entre otras. Dichos síntomas frecuentemente se ven acompañados de enfermedades crónico-degenerativas como obesidad, diabetes, hipertensión, artritis, etc., lo cual hace más complejo el cuadro que presenta el adulto mayor (Lozano-Cardozo, 2000).

Sin embargo, según la (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2002), el envejecimiento activo es el proceso de optimización de las oportunidades de la salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen; ya que con el autocuidado se desarrollan actitudes y aptitudes, el comportamiento personal se modifica, se fortalecen las relaciones familiares y se amplía la participación social.

Es decir, desarrollar el autocuidado con el apoyo de las redes sociales ayuda a fortalecer las relaciones personales, favorece la construcción de identidad social con la recopilación e intercambio de diversos apoyos materiales, emocionales, instrumentales, de servicios e información con un sentido de reciprocidad y solidaridad (Crespo y López, 2008; Oca, 2005 y Castellón, 2003). Por lo que, en nuestra sociedad el envejecimiento puede considerarse, por un lado, un avance, un éxito de supervivencia, y por otro, un gran desafío, pues supone una mayor exigencia sanitaria, social y económica. El reto verdadero está no sólo en aumentar la esperanza de vida, sino en cómo lograr, a través de acciones individuales y grupales, una mejor calidad de vida de los mayores que les permita mantener, con dignidad, la salud, la funcionalidad y la independencia.

Puede desprenderse de lo anterior que enfermería es “la ciencia del cuidado profesional” (Rivera, 2000), ya que la enfermera es quien guía el cuidado planificado de los seres humanos a través de un proceso intencional que abarca aspectos de la promoción y prevención de las enfermedades, proceso de salud-enfermedad y la muerte. El “cuidar” la salud de las personas implica tener un



amplio conocimiento y sustento teóricos de los fenómenos relativos a la salud y la enfermedad, que es generado desde la propia disciplina de enfermería, a través de sus modelos y teorías y también desde el aporte de las ciencias relacionadas con el cuidado de los seres humanos como la medicina, psicología, entre otras. Por ello, la mayoría de las unidades académicas de enfermería tienen planes de estudios con contenidos de gerontogeriatría dispersos en las distintas asignaturas. Sin embargo, en la preparación de pregrado se observan en algunas escuelas la modalidad de contenidos gerontológicos de enfermería en cursos básicos y electivos. Además de los enfoques mencionados el profesional de enfermería tiene la alternativa de realizar cursos de educación continua, tales como: capacitación, diplomados y cursos con certificación de postítulo en el área de mención y con concentración en gerontogeriatría dentro de programas de Magisterio en enfermería (Lange et al, 2000)

Por tanto, el avance de la edad, algunas capacidades físicas se deterioran y los problemas de salud mental aumentan. Entre los principales factores que afectan directamente el estado de salud de una población, se encuentran los demográficos así como la vulnerabilidad asociada a la edad y los factores de riesgo relacionados con el sexo de las personas, así como el medio ambiente en el que habitan y se desarrolla el adulto mayor. Así que por lo descrito anteriormente surge la siguiente pregunta de investigación:

### *1.3 Pregunta de Investigación*

¿Cuáles son causas que Ocasionan el Abandono del Tratamiento Médico en el Adulto mayor que Acude a la Consulta externa de Medicina Interna del Hospital ISSSTEP en Junio del 2012?

### *1.4 Objetivo General*

Identificar las causas que ocasionan el abandono del tratamiento médico en el adulto mayor en el hospital ISSSTEP de Puebla, a través de diferentes instrumentos de investigación para detectar los factores que limitan los tratamientos médicos.



### 1.5 *Objetivos Específicos*

- Identificar las causas que implican en el adulto mayor el abandono del tratamiento médico a través de una entrevista para aplicar el instrumento que detecte los motivos por los cuales no continua con el control indicado de acuerdo a su patología y formular una guía de educación para que el paciente atienda su salud.
- Analizar la información ofrecida por los Profesionales de Enfermería sobre la promoción educativa para mejorar la calidad vida del adulto mayor que acuden a la Consulta Externa del Medicina Interna Hospital "ISSSTEP".
- Comparar los elementos que deben tomarse en cuenta para optimizar las actividades educativas de los profesionales de enfermería en la promoción de estilos de vida saludables del adulto mayor que asisten a la Consulta Externa de Medicina Interna del Hospital ISSSTEP.
- Identificar la metodología de enseñanza para el cuidado y tratamiento médico del adulto mayor que utilizan las enfermeras en los pacientes que acuden a la consulta de Medicina Interna del Hospital ISSSTEP.

### 1.6 *Justificación de la Investigación*

El propósito de la presente investigación estará dirigido a determinar la participación del Profesional de enfermería en la promoción de hábitos saludables orientados a prevenir complicaciones en los adultos mayores como usuarios de la Consulta Externa de Medicina del Hospital de los Trabajadores del Estado de Puebla (ISSSTEP).

El estudio se justifica por la relevancia que el mismo presenta por contar con los cuatro elementos de una investigación como son: el social, práctico, metodológico y teórico; La relevancia social viene dada por el aporte de la información recolectada a la solución de un problema de carácter social como lo es la atención prestada a los pacientes que sufren de alguna patología a nivel de medicina interna, contribuyendo así a prevenir las complicaciones que pudieran derivarse de esta enfermedad para quien la padece; Por su parte la relevancia práctica se



encuentra estrechamente relacionada con la anterior al proporcionar la oportunidad de promocionar los hábitos de salud y los autocuidados destinados a mejorar la calidad de vida de los pacientes, con la finalidad de contribuir al mejoramiento de su calidad de vida no sólo durante su estadía, sino también una vez que hayan egresado y reincorporado a sus actividades cotidianas. En cuanto a la relevancia metodológica la realización de este proyecto constituye un aporte a los profesionales de enfermería que prestan servicios de salud en organismos públicos en un área territorial específica del país, donde se tratarán los aspectos referidos a la participación de enfermería, en la promoción de hábitos de salud y autocuidados destinados a prevenir las complicaciones, ya que dentro del campo de la salud los profesionales de enfermería son los que más actividades abarcan, y que más tiempo permanecen al lado de los usuarios de los centros asistenciales, por lo que los cuidados de enfermería son fundamentales para contribuir a su pronta recuperación.

### *1.7 Alcances y Limitaciones*

#### *1.7.1 Alcances.*

La trascendencia de esta investigación radica en: Concientizar a los profesionales de enfermería de la información encontrada sobre la importancia de realizar estudios para evaluar y proporcionar cuidados de calidad de forma eficiente. Además de presentar un modelo teórico metodológico para ser aplicado en diferentes contextos, ya que el cambio del paradigma del usuario ha obligado a transformar los servicios en función de sus exigencias o necesidades.

#### *1.7.2 Limitaciones.*

El tipo de pacientes y familiares que acuden a Instituciones gubernamentales es poco accesible para contestar instrumentos.



## CAPITULO: 11

### Marco Teórico

#### *2.1 Educación para la Salud*

Según el informe se la Organización de las Naciones Unidas el envejecimiento de la población mundial (1950-2050), se han experimentado grandes cambios demográficos en los últimos años, uno de ellos es el envejecimiento de la población, el cual surge a partir del aumento de la proporción de personas mayores de 60 años, por el incremento en la esperanza de vida y de la disminución de la natalidad, este proceso es el resultado de la fecundidad y mortalidad y se le conoce como transición demográfica y las consecuencias resultantes de estos fenómenos presentan grandes oportunidades y desafíos para las sociedades del mundo ([ONU], 2005).

México ha experimentado transiciones económicas, sociales, políticas, urbanas, epidemiológicas y demográficas en los últimos 75 años. Las transiciones epidemiológicas y demográficas están estrechamente vinculadas, al proceso de envejecimiento. La epidemiológica se refiere al paso de una situación donde prevalece la incidencia de enfermedades infectocontagiosas a un escenario donde las afecciones crónicas degenerativas son dominantes. La transición demográfica se refiere al cambio de población caracterizado por niveles de mortalidad y natalidad elevadas y sin control hacia poblaciones que tiene niveles más bajos de mortalidad y natalidad y con mayor control.

Además los fenómenos demográficos de natalidad, mortalidad y migración han contribuido y seguirán contribuyendo al rápido crecimiento del grupo de adultos mayores en nuestro país.

Entre los principales factores que afectan directamente el estado de salud de una población, se encuentran los demográficos, que determinan el volumen, la estructura y la distribución geográfica de la población. Otros factores son la vulnerabilidad asociada a la edad y los factores de riesgo relacionados con el sexo de las personas, así como el medio ambiente en el que habitan y se desarrollan



los individuos.(CONAPO; (Instituto Nacional de Geografía e Informática [INEGI]/SA, 1979-2007).

La vejez se asocia con un acelerado proceso de deterioro biológico y una gradual disminución de la participación de las personas en el mercado laboral, lo que incrementa su dependencia hacia la familia o la comunidad.

El aumento de la edad afecta al organismo en forma irreversible, desde las moléculas hasta los sistemas fisiológicos, ocasionando una mayor predisposición a desarrollar algunas enfermedades, por lo que el riesgo de muerte es cada vez mayor.

Las causas de muerte más importantes en este grupo de edad son las enfermedades cardiovasculares, la segunda se encuentran los tumores malignos, la tercera la diabetes mellitus, la cuarta y quinta causa de muerte de los hombres son las enfermedades respiratorias crónicas y las digestivas.

El incremento de las enfermedades no transmisibles, asociado en gran parte a la transición de gente adulta hacia la vejez. Al sobrepeso y la obesidad se le considera la nueva gran epidemia en México, silente y con gran impacto en la salud pública, por todas las enfermedades que favorecen. Estos desafíos han estimulado la promoción de estrategias para intensificar la prevención, detección, control y tratamiento de los factores de enfermedades crónicas.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) estima que durante los próximos diez años ocurrirán aproximadamente 20.7 millones de defunciones por enfermedades cardiovasculares en América, de las cuales 2.4 millones pueden ser atribuidas a la hipertensión arterial. En México, durante el periodo comprendido entre 1993-2005, se han observado incrementos en la prevalencia de obesidad, hipercolesterolemia, hipertensión arterial y síndrome metabólico, de acuerdo a las encuestas nacionales. Según datos de la encuesta de enfermedades crónicas.

Además de la prevalencia de trastornos psicopatológicos en la población mayor de 65 años se estima un 26%, cifra que se eleva a un 33% en los casos de institucionalización, los trastornos más frecuentes son los síndromes depresivos y la llamada patología psíquica menos, expresada mediante quejas funcionales o



hipocondriacas,. Algunos aparecen como procesos ligados a la vejez, como las demencias y los síndromes confusionales, ya que gran parte están relacionados con la degeneración cerebral o en los que la edad avanzada juega un papel importante, además causa dependencia y frecuentemente aparecen superpuestos a otros cuadros patológicos.

## *2.2 El Rol de la Enfermera para la Educación de la Salud*

La profesional de enfermería proporciona cuidados al adulto mayor para asegurar una calidad de vida optima a través de los modelos, ya que la función propia de la enfermera consiste en atender al individuo, enfermo o sano, en la ejecución de aquellas actividades que contribuyen a su salud o a su restablecimiento o a evitarle padecimientos a la hora de su muerte); actividades que él realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios. Igualmente, corresponde a la enfermera cumplir esta misión de forma que ayude al enfermo a independizarse lo más rápidamente posible.

La salud bajo la concepción del bienestar integral del hombre implica necesariamente el equilibrio de éste con su medio ambiente. En este sentido Lancaster (1983), al referirse al enfoque ecológico relacionado con la salud comunitaria expresa que: Su valor reside en la manera de concebir el sistema hombre-ambiente. La Ecología obliga a los profesionales de salud a estudiar el organismo en su totalidad, no sólo sus órganos o aparatos. Describe sistemas y comunidades humanas que necesariamente comprenden al individuo. Un punto de vista lo concibe como un grupo de órganos, ideas y sentimiento encerrados por un límite: el cuerpo. Otro punto de vista afirma que el individuo no es más que un aspecto del sistema mayor: la sociedad.

De acuerdo a la cita referenciada se deduce la importancia que juega la interacción entre el hombre y su medio. Es por ello, que los orígenes de la enfermedad no sólo se hallan en las perturbaciones de los individuos, sino en un sistema mayor como puede ser el ambiente.



En este sentido la promoción de hábitos de salud ayudaría al individuo a establecer relaciones armónicas con su ambiente y a evitar enfermedades tales como la hipertensión arterial, así como las consecuencias derivadas de un mal manejo de esta enfermedad al observar una conducta adecuada que le permitan al hombre adaptarse al medio ambiente; y así, minimizar las posibles alteraciones que puedan afectar su equilibrio.

La Organización Mundial de la Salud (2002) refiere que para mejorar la calidad de la vida no sólo hay que prevenir y tratar la enfermedad, sino además es importante promover el bienestar físico, psíquico y social. Los agentes de atención primaria pueden desempeñar una importante función a este respecto.

Al analizar la cita anterior, puede evidenciarse una vez más la necesidad de promoción de hábitos de salud por parte de la enfermera, que permitan al paciente mejorar su calidad de vida, gracias a la información proporcionada al paciente sobre los hábitos que favorecen la prevención y control de la patología.

En este sentido el autor citado señala que el desarrollo de guías para preparar al paciente para el autocuidado en casa o en el trabajo, y reducir la probabilidad de reclusión hospitalaria, debería ser una de las áreas de máxima prioridad de los servicios asistenciales, tanto por su componente terapéutico como preventivo y de promoción de la salud. La promoción de estilos de vida saludables para la prevención de complicaciones en pacientes con hipertensión arterial mediante la participación de la enfermera en la educación para la salud, requiere de la búsqueda de alternativas innovadoras que satisfagan no sólo las necesidades de información del paciente, sino también que permitan a la enfermera el desarrollo de sus capacidades creativas, brindándole la oportunidad de crecer profesional y personalmente.

Para Orem, (1993) enfermería debe identificar las capacidades potenciales de autocuidado del individuo para que ellos puedan satisfacer sus necesidades de autocuidado con el fin de mantener la vida y la salud, recuperarse de los daños y de la enfermedad y manejarse con sus efectos. El foco de enfermería es identificar el déficit entre la capacidad potencial de autocuidado y las demandas de autocuidado de los pacientes. La meta de enfermería es eliminar el déficit entre las



capacidades de autocuidado y la demanda. Los problemas de enfermería son la deficiencia de los requerimientos/necesidades universales del desarrollo y desviaciones en la salud. Los cuidados de enfermería se orientan en sistemas de enfermería compensatorio total (la enfermera realiza todo el autocuidado del paciente; sistema compensatorio parcial (enfermera y paciente realizan el autocuidado) y el sustentador-Educativo (la enfermera ayuda a superar cualquier limitación en el autocuidado).

### *2.3 Reconociendo los Factores de Abandono en el Tratamiento Médico*

Haciendo hincapié en la educación son: Factores de Riesgo (Psicosociales), Vulnerabilidad, estilo de vida, condiciones financieras desfavorables, inactividad física, soledad, Excesivo consumo de medicamentos, Fragilidad y Alimentación inadecuada. Algunos de los factores que afectan la salud se mencionan a continuación,

#### *2.3.1 Factores de riesgo.*

Los factores de riesgo son características innatas o adquiridas del individuo que se asocia con una probabilidad aumentada de fallecer o de padecer una determinada enfermedad o condición. Por lo que, los Factores de riesgo psicosociales son aquellas características o rasgos vinculados o factores sociales que aumentan la vulnerabilidad del adulto mayor, para desarrollar enfermedades o daños. Estos factores dependen de la sociedad, de las tradiciones culturales y del grado de preparación para aceptar los cambios que implica envejecer y lo que lleva consigo como es: Jubilación, viudez, desarraigo social, condiciones financieras desfavorables, soledad, maltrato, pérdida de roles sociales e inactividad física. Además de las barreras arquitectónicas, disfunciones familiares y aislamiento (López, 2003).

#### *2.3.2 Vulnerabilidad.*

De acuerdo con Lavell, (2002) la vulnerabilidad es una serie de características



diferenciadas de la sociedad, que le predisponen a sufrir daño frente al impacto de un evento físico externo que dificulta su posterior recuperación. Por lo que se considera que la capacitación es fundamental, para ello se sugiere implementar programas de capacitación de cuidadores de adultos mayores quienes deben tener conocimientos mínimos sobre el proceso de envejecimiento y el mantenimiento de la funcionalidad.

### *2.3.3 Condiciones Financieras Desfavorables.*

Es una afectación para el bienestar del adulto mayor, por dificultades para satisfacer necesidades básicas del ser humano (alimentación, vestuario, aseo personal, y vivienda confortable, etc.) y a servicios sociales y de salud lo que lo expone a problemas nutricionales, afectaciones de sus salud mental, aislamiento, inactividad entre otros.

### *2.3.4 Inactividad Física.*

Una persona es considerada sedentaria cuando su gasto semanal en actividad física no supera las 2000 calorías, también lo son aquellos que solo efectúan una actividad semanal. El riesgo de morir aumenta significativamente en aquellos sujetos de menor actividad física así como de un mayor deterioro funcional. Los ancianos con vida sedentaria viven menos y con menor calidad física que los que realizan actividades físicas sistemáticamente. La inactividad es un factor de riesgo para diversas enfermedades frecuentes en la población del adulto mayor como son las enfermedades cardiovasculares (enfermedades relacionadas con el corazón o los vasos sanguíneos), diabetes mellitus (conjunto de trastornos metabólicos, que afecta a diferentes órganos y tejidos, enfermedad crónica degenerativa y se caracteriza por hiperglucemia), hipertensión arterial (enfermedad crónica caracterizada por un incremento continuo de las cifras de presión sanguínea en las arterias) y otras.

### *2.3.5 Soledad.*

El aislamiento social ha ido considerando como uno de los factores de riesgo



para la depresión (trastorno del estado de ánimo y su síntoma habitual es un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente). La soledad emocional se define como aquella que solo puede aliviarse participando de una relación de compromiso mutuo sin el cual no se logra un sufrimiento de seguridad.

### *2.3.6 Excesivo Consumo de Medicamentos.*

El término aplicado a la polifarmacia en el adulto mayor se refiere a la utilización de diferentes fármacos por parte de un paciente que puede tener uno o varios problemas de salud. Mientras mayor sea la cantidad de medicamento que tome el adulto mayor, será mayor el riesgo de presentar efectos secundarios como cambios en el apetito, gusto, estreñimiento, debilidad, somnolencia, diarrea, náusea y otros.

### *2.3.7 Fragilidad.*

La fragilidad en el anciano se refiere a la vulnerabilidad de este y el hecho de lo precario de su homeostasis que lo mantiene en un equilibrio inestable con su medio y recuerda a un cristal que ante cualquier agresión se rompe. Los factores de riesgo son las alteraciones del equilibrio y marcha por múltiples discapacidades (sensoriales, musculares, etc.); Enfermedades agudas o crónicas (estilo de vida, factores sociales y económicos); Factores de riesgo en cuanto a desuso (inactividad, inmovilidad, déficit nutricional); Factores determinantes (mayores de 75 años, pluripatologías, polifarmacia, problemas cognitivos o afectivos, reingreso hospitalario frecuente)

Deterioro cognoscitivo (depresión) y Criterios sociodemográficos: (vivir sólo, viudez reciente, edad superior a ochenta años, Escasez de ingresos económicos).

### *2.3.8 Alimentación*

Envejecer es universal e inevitable. La vejez es un periodo importante de la vida y con ello la degeneración de los sistemas, cambios neurológicos, psicológicos entre otros.

## *2.4 Educación para el Autocuidado del Adulto Mayor por el Personal de Enfermería*



El marco de estudio estuvo formado por la Teoría de Autocuidado de Dorothea E. Orem, (1993) Modelo de Cuidados de Enfermería de Virginia Henderson, y por conceptos adicionales que completan el estudio.

#### *2.4.1 Teoría de Autocuidado de Dorothea E. Orem, (1993).*

Este marco teórico ilustra en su postulado Enfermería: los conceptos de práctica, el cual, proporciona un marco que contempla: la práctica, la educación y la gestión de enfermería, con el propósito de mejorar los cuidados. Desarrolla su teoría a partir de los cuatro elementos paradigmáticos de la enfermería: Persona, Entorno, Salud, Enfermería. La teoría general de Orem del déficit de autocuidado se configura a través de la suma de tres sub-teorías consideradas en conjunto y son: "Teoría del autocuidado" esta se refiere a una acción adquirida, es decir; que es aprendido por una persona en su contexto sociocultural, la persona inicia una acción de manera voluntaria deliberadamente con el objetivo de mantener su vida, salud y el bienestar tanto suyo como de las personas que están bajo su responsabilidad, esta acción emana de una exigencia que es sentida por la persona u observada por otra, siendo necesario su compromiso. El autocuidado está influenciado por los factores condicionantes básicos, por el estado de salud, sistema familiar o por comportamiento y recursos de cada persona. Describe tres tipos de requisitos: a) Requisitos de Autocuidado Universal (RAU) abarco los elementos físicos, psicológicos, sociales y espirituales esenciales en la vida. Cuando están satisfechos en su totalidad, contribuyen a la ayuda positiva de los procesos de vida físico, cognitivo y emocional, la integridad estructural y funcional, la maduración, la salud y el bienestar, de lo contrario si hay una insatisfacción puede conducir a estados potencialmente peligrosos para la vida.; b) Requisitos del Desarrollo Estos (RUAC), son comunes a todas las personas y se requieren a lo largo de toda la vida y en todas las situaciones de la salud cubriendo los aspectos fundamentales para la vida, el mantenimiento de la integridad de las estructuras y el funcionamiento y bienestar de la persona. En este grupo se incluyen: mantenimiento de un aporte suficiente de aire, mantenimiento de un aporte suficiente de agua, mantenimiento de un aporte suficiente de alimento, provisión



de cuidados asociados con los procesos de eliminación de desechos, incluidos los excretos, mantenimiento del equilibrio entre la actividad y reposo, mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social, prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano, promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales; c) Requisitos de Alteración o Desviación de la Salud (RUAC) se ven influenciado por los factores condicionantes básicos (FCB) que son condiciones internas y externas de la persona que afectan por una parte, a la cantidad y calidad de cuidados que requiere la persona y por otra parte, a las manifestaciones de los requerimientos y a la capacidad para el autocuidado, estos factores fueron propios de las personas o del entorno en que vive. Estos influyen, por una parte en la naturaleza y cantidad de acciones de autocuidado que necesitan llevar a cabo la persona para mantenerse en condiciones de salud satisfactorias y sacar todo el partido posible a su propia vida y por otra en las capacidades de las personas que se encargan de su autocuidado o del cuidado de quienes dependen de ella. Estos (FCB) son los siguientes: edad, sexo, estado de desarrollo, estado de salud, orientación sociocultural, factores del sistema de cuidados, factores del sistema familiar, patrón de vida, factores ambientales y disponibilidad y adecuación de los recursos, teoría del déficit del autocuidado y teoría de los sistemas.

La segunda teoría es la del “Déficit del Autocuidado” que expresa y desarrolla las razones por las que las personas requieren cuidados de enfermería, se asocia con factores subjetivos que afectan a personas jóvenes o maduras, cuyas acciones estuvieran limitadas por problemas de salud o de cuidados sanitarios, lo que los hace total o parcialmente incapaces de descubrir los requisitos actuales y emergentes que han de satisfacer en el cuidado de sí mismos o de quienes están a su cargo. Esta teoría se muestra que cuando la capacidad de autocuidado del individuo es menor que la demanda de cuidado terapéutico, la enfermera compensa los déficit de autocuidado o de asistencia dependiente. Por lo tanto un déficit de autocuidado representa una relación en la cual la demanda de cuidado terapéutico excede la agencia de autocuidado.

La tercera teoría es la más general “Sistemas de Enfermería”, incluye todos los términos esenciales manejados en las demás y describe la estructura y contenido de la profesión de enfermería, sugiere que la disciplina de enfermería es una acción humana articulada en sistemas de acción formados, diseñados y producido por enfermeras, a través del ejercicio y desarrollo de la agencia de autocuidado. Ante personas con limitaciones de salud o relacionadas con ellas, que plantean problemas de cuidado o de cuidado dependiente. Los elementos para planificar y llevar a cabo la ayuda de enfermería por medio de los sistemas de enfermería los cuales son: Sistemas de enfermería totalmente compensatorio; parcialmente compensatorio; sistemas de apoyo - educativo. Estos sistemas se llevan a cabo por medio de los siguientes métodos enfermeros: Actuar por otro; Guiar a otro; Apoyar a otro; Proporcionar un entorno de desarrollo; Enseñar a otro.

Los métodos de ayuda adecuados para desarrollar los sistemas de apoyo-educativo son: proporcionar un entorno que fomente el desarrollo, apoyar, guiar y enseñar. Estos métodos de ayuda Orem los describe como comunes en todas las situaciones de ayuda, puede utilizarse tanto en situaciones individuales como para grupos, seleccionándolos y combinándolos según las demandas de autocuidado y la capacidad de la agencia de autocuidado o agencia de cuidado dependiente. Se convierten en agentes de cuidados actuando en lugar de la persona, apoyándola física y/o psicológicamente, promoviendo un entorno favorable del desarrollo personal y enseñándole, de tal manera que llegue a ser capaz de satisfacer sus demandas de autocuidado actuales y futuras (Figura 1).

### El Modelo De Dorothea Orem. Conceptos y Definiciones

#### Sistema de Compensación Total



Figura 1.-Modelo de Dorothea E. Orem, (1993).

#### 2.4.2 Modelo de Cuidados de Enfermería de Virginia Henderson.

Para Virginia Henderson parte del principio de que todos los seres humanos tienen una serie de necesidades básicas que deben satisfacer dichas necesidades son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene los suficientes conocimientos para ello. Según este principio, las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente de la situación en que se encuentre cada individuo. Sin embargo, dichas necesidades se modifican en razón de dos tipos de factores:

- Permanentes: edad, nivel de inteligencia, medio social o cultural, capacidad física.
- Variables: estados patológicos.

Definición de los Conceptos Meta paradigmáticos Del Modelo:

- Persona Ser constituido por unos componentes biológicos, psicológicos, sociales y espirituales que tratan de mantenerse en equilibrio. Estos componentes son indivisibles y por tanto la persona se dice que es un ser integral.
- Salud: Independencia de la persona en la satisfacción de las catorce necesidades fundamentales.
- Entorno: Factores externos, que tienen un efecto positivo o negativo sobre la persona. El entorno es de naturaleza dinámica.
- Cuidado: Está dirigido a suplir los déficits de autonomía del sujeto APRA poder actuar de modo independiente en la satisfacción de las necesidades fundamentales.
- Necesidad: Debe considerarse en términos de requisito y no de requerimiento. Para Henderson la necesidad podríamos decir que es antes que el problema, por tanto, el problema es tal porque partimos del requisito que marcan las catorce necesidades.



- *Independencia*: “el nivel óptimo de desarrollo del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas de acuerdo con la edad, el sexo, la etapa de desarrollo en la que se encuentre cada persona”. No hay que confundirlo con *autonomía*: capacidad física e intelectual que permite a la persona satisfacer sus necesidades mediante acciones que ella misma lleva a cabo.
- *Dependencia*: Estado en el cual un sujeto no tiene desarrollado suficientemente, o inadecuado, el potencial del que dispone para satisfacer las necesidades básicas: las catorce Necesidades

1. Respirar normalmente:

- captar oxígeno y eliminar gas carbónico.

-enfermera: debe averiguar los hábitos del cliente y planificar las intervenciones.

2. Comer y bebe de forma adecuada:

-ingerir y absorber alimentos de buena calidad en cantidad suficiente para asegurar su crecimiento, el mantenimiento de sus tejidos y la energía indispensable, para su buen funcionamiento.

-enfermera: averiguar los hábitos del cliente, planificación en la elección de los alimentos, teniendo en cuenta las preferencias y los hábitos alimentarios del cliente y sus necesidades. Enseñanza acerca de los alimentos y de la nutrición.

3. Eliminar por todas las vías:

-deshacerse de las sustancias perjudiciales e inútiles que resultan del metabolismo.

Enfermera: averiguar los hábitos de eliminación del cliente, planificación de los horarios de eliminación teniendo en cuenta las actividades del cliente; enseñanza de ejercicios físicos, técnicas de relajación conocimiento de los alimentos y de los líquidos favorables a la eliminación.

4. Moverse y mantener una postura adecuada:

-estar en movimiento y movilizar todas las partes del cuerpo, con movimientos coordinados, y mantenerlas bien alineadas permite la eficacia del funcionamiento del organismo y de la circulación sanguínea.



-enfermera: averiguar las necesidades de ejercicio del c., planificación de un programa de ejercicios para el cliente teniendo en cuenta su condición física; enseñanza de ejercicios físicos moderados, técnicas de relajación y de descanso; procurar que el cliente evite comidas copiosas, tabaquismo, sobrepeso.

5. Dormir y descansar:

-enfermera: averiguar la cantidad y la calidad de sueño y reposo necesarias para el individuo; planificación de periodos de reposo y de sueño; enseñanza de técnicas de relajación, de medios para favorecer el sueño y el reposo, de un modo de vida regular.

6. Elegir ropas adecuadas, vestirse y desvestirse:

-llevar ropa adecuada según las circunstancias para proteger su cuerpo del clima y permitir la libertad de movimientos.

-enfermera: averiguar los gustos y el significado de la ropa para el cliente; enseñanza del tipo de ropa requerido según el clima, las actividades, etc.

7. Mantener la temperatura corporal:

-la oscilación normal se sitúa entre 36,1°C y 38°C.

-enfermera: a) con el calor: reducción de alimentos en cantidad y calóricos, ingesta de líquidos y alimentos fríos, disminución de los esfuerzos físicos, ventilación adecuada, indumentaria ancha y blanca. b) con el frío: aumento de alimentos en cantidad y calóricos, ingesta de líquidos y alimentos calientes, ejercicios musculares, calefacción, ropa gruesa.

8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel: enfermera: averiguar los hábitos higiénicos del cliente; planificación de hábitos higiénicos con el cliente; enseñanza de medidas de higiene:

9. Evitar los peligros del entorno: protegerse de toda agresión interna o externa, para mantener así su integridad física y psicológica. Enfermera: mantener un medio sano; enseñanza frente: prevención de accidentes, infecciones, enfermedades, a tener medios de expansión, utilización de mecanismos de defensa según las situaciones.

10. comunicarse con los demás: proceso dinámico verbal y no verbal que permite a las personas volverse accesibles unas a las otras. Enfermera: averiguar con el



cliente sus medios de comunicación: enseñanza: medidas APRA mantener la integridad de los sentidos, medios de expresar sus emociones y sentimientos, etc.

11. Actuar de acuerdo con la propia fe. Enfermera: expresión del cliente de sus creencias y valores; planificación de actividades religiosas con el cliente; informarle sobre los servicios ofrecidos por la comunidad.

12. Llevar a cabo actividades con un sentido de autorrealización: Las acciones que el individuo lleva a cabo le permiten desarrollar su sentido creador y utilizar su potencial al máximo: enfermera: averiguar los gustos y los intereses del cliente; sugerir diversos medios puestos a su disposición para realizarse.

13. Actuar en actividades recreativas: divertirse con una ocupación agradable con el objetivo de obtener un descanso físico y psicológico. Enfermera: averiguar los gustos y los intereses del cliente; planificación de actividades recreativas; e enseñanza de: actividad recreativa, de medios de precaución seguros.

14. Aprender: adquirir conocimientos y habilidades para la modificación de sus comportamientos. Enfermera: averiguar las necesidades de aprendizaje del cliente; elaboración de objetivos de aprendizaje con el cliente; motivación del cliente frente al aprendizaje; enseñanza al cliente de: recursos, de medios para aprender; ayuda aportada al cliente durante el desarrollo del aprendizaje; verificación con el cliente de la consecuencia de los objetivos.

##### 5. Enunciados Teóricos.

- *Definición de la función de enfermería:*

“Asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación(o a una muerte serena), actividades que realizaría por él mismo si tuviera la fuerza, conocimiento o voluntad necesaria, Todo esto de manera que le ayude a ganar independencia de la forma más rápida posible”.

- *Relación con el Paciente en el Proceso De Cuidar.*

1. Nivel sustitución: la enfermera sustituye totalmente al paciente.

2. nivel de ayuda: la enfermera lleva a cabo sólo aquellas acciones que el paciente no puede realizar



3. Nivel de acompañamiento: la enfermera permanece al lado del paciente desempeñando tareas de asesoramiento y reforzando el potencial de independencia del sujeto y como consecuencia su capacidad de autonomía.

- *Relación de la enfermera con el equipo de salud:*

Será una relación de respeto y nunca de subordinación, puede ocurrir la solapación de las funciones de todos ellos.

- *Equipo de Atención incluye al Paciente y a su Familia:*

Ambos participan en el proceso de cuidar modificando su participación en función de las condiciones que se den en cada momento concreto. Siempre se tratará de que ambos alcancen el máximo nivel de independencia en el menor tiempo posible.

6. Clasificación: Paradigma de integración. Es un modelo considerado de tendencia humanista y de tendencia de suplencia o ayuda, es un modelo ampliamente difundido por su característica de generalidad, sencillez y claridad.

Por tanto al conocer estas dos Teorías: el modelo de Virginia Henderson (1955) junto con el de Dorotea E. Orem, es el más conocido y trabajado en nuestro entorno. Sin embargo he escogido este último modelo para proponer su instauración a la práctica porque es el modelo que mejor se adapta a nuestro contexto sociocultural, porque se centra en la función propia de la enfermera, entendida como una manera de que el profesional comprenda las necesidades del ser humano y pueda ayudarle a solucionarlas y a llevar su vida de forma tan normal y productiva como se puede aun durante la enfermedad.

Por tanto, el adulto mayor en el escenario hospitalario, planifica la atención del adulto mayor y sus cuidadores, utilizando el proceso de enfermería bajo el marco conceptual de Dorothea Orem. El énfasis principal es el diagnosticar las demandas terapéuticas, clasificando al adulto mayor en los diferentes sistemas de enfermería a modo de determinar la cantidad y calidad del cuidado que requerirá y definir los agentes de autocuidado en la atención de salud profundizándose en los siguientes semestres del curriculum de pregrado. También existe un programa de optativo de profundización de enfermería en el adulto mayor, en donde se enfatiza en los problemas de salud y el logro de los requisitos de autocuidado más



frecuentes haciendo hincapié en la promoción, fomento y mantención de la salud utilizando el proceso de atención de enfermería en un contexto multidisciplinario.

En el ámbito de posgrado, la especialista tendrá la posibilidad de analizar el proceso del envejecimiento humano con un enfoque holístico y realizar una intervención de enfermería en un contexto multidisciplinario en un programa integrado que conduzca a una mejor calidad de vida de los adultos mayores.



## CAPITULO: 3

### Metodología

#### *3.1 Diseño de la Investigación.*

El diseño del estudio fue descriptivo correlacionar, predictivo y transversal (Polit & Hungler, 2000; Burns & Grove, 2004).

##### *3.1.1 Tipo de Estudio.*

El presente estudio es descriptivo.

##### *3.1.2 Criterios de Inclusión.*

Adultos mayores que asisten a la consulta externa de 60 a 85 años de edad, de la consulta externa de Medicina Interna y personal de Enfermería que labora en la consulta externa de Medicina Interna del Hospital de Especialidades de ISSSTEP que acepte contestar las cédula correspondiente, en el periodo del 25 al 29 de Junio del 201.

##### *3.1.3 Criterios de Exclusión.*

Adultos mayores de 85 años

Adultos mayores que no deseen contestar la encuesta

Adultos mayores que no asistan a la consulta de Medicina Interna

Adultos mayores no derechohabientes.

Adultos mayores con algún problema mental

Personal de Enfermería que no labora en el área de la consulta externa de Medicina Interna del Hospital ISSSTEP.

#### *3.2 Hipótesis.*

El adulto mayor no lleva a cabo su tratamiento médico debido a diferentes factores como limitaciones físicas, olvido para asistir a citas médicas, polifarmacia, estrés u orientación ineficaz del profesional de enfermería.

#### *3.3 Selección de la Muestra.*

El muestreo que se utiliza es no probabilístico tomando como criterios el juicio



del investigador y la conveniencia. El tamaño de la muestra se estimó mediante el análisis de potencia, estableciendo un  $\alpha \leq .05$ ; una potencia estadística de 70 %; un nivel de confianza del 95% y un tamaño del efecto  $r = .50$ , obteniendo una  $n = 49$  ( $n = 50$ ) (Polit & Hungler, 2000).

### *3.4 Recolección de Datos*

La recolección de información se llevo a cabo a través de los siguientes pasos:

- 1.- Se solicitará autorización para la realización del estudio. Posterior a la aprobación y se pedirá su colaboración en permitir la aplicación de los instrumentos de recolección de datos a los adultos mayores que asisten a la consulta externa de Medicina Interna de esta Unidad hospitalaria.
- 2.- Luego se aplicarán los instrumentos de recolección de datos a las enfermeras de la Consulta Externa de Medicina Interna
- 3.- Una vez aplicado el instrumento se procederá a la tabulación y categorización de los datos para su posterior análisis.
- 4.- Después de organizada la información recolectada se procederá al análisis de la misma para lo cual se tomará en consideración las dimensiones de la variable estudiada, así como los objetivos formulados, procedimiento que finalizará con la elaboración del informe final de investigación.

#### **3.10.2 Control de sesgos de la información.**

Se realizará una breve información a los encuestadores para familiarizarse con el instrumento, técnicas de acercamiento al encuestado, aspectos éticos, condiciones de privacidad que debe reunir el lugar donde se realizará la encuesta, revisión de la encuesta antes de entregarla para la digitación, entre otros.

En todo momento se resaltaré la importancia de su desempeño y compromiso con la calidad de la información, además de la invitación de asumir una actitud respetuosa y objetiva frente al encuestado en representación del grupo de investigación y de la Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla.



En el diseño de la base de datos se dispondrá de un instructivo con la Operacionalización de variables y se realizará triple digitación como forma de realizar control de calidad de la información registrada.

En el encuestado: Motivar su participación a través de la información del proyecto dada por los investigadores y/o las personas con quienes se propicie el contacto inicial (médico, enfermera, trabajadora social), una carta de presentación institucional con los números de teléfono y ubicación de los investigadores y garantizarles la confidencialidad en la información recolectada.

En el instrumento: Se diseñará un formulario con una redacción lógica, clara, coherente, sin condicionar las respuestas de los participantes.

### *3.3 Selección de la Muestra.*

El muestreo que se utiliza es no probabilístico tomando como criterios el juicio del investigador y la conveniencia. El tamaño de la muestra se estimó mediante el análisis de potencia, estableciendo un  $\alpha \leq .05$ ; una potencia estadística de 70 %; un nivel de confianza del 95% y un tamaño del efecto  $r = .50$ , obteniendo una  $n = 49$  ( $n = 50$ ) (Polit & Hungler, 2000).

### *3.4 Recolección de Datos.*

Para los efectos de esta investigación, el método de recolección de datos fue el cuestionario el cual consiste según Canales y Pineda, (1994) en la aplicación de un instrumento o formulario impreso, el cual se orienta a recabar la información sobre el problema de estudio y que el consultado llena por sí mismo.

#### *3. 4.1 Selección del Instrumento.*

En lo referente al instrumento de recolección de datos, este consistió en un formulario elaborado con base a la variable objeto de estudio y a las características de la muestra a la que fue aplicado. A continuación se describe el instrumento que se utilizó para el desarrollo de esta investigación:

Cedula de Factores Personales en el Adulto Mayor (FAPAM).



La cedula de factores personales biológicos y socioculturales en adultos mayores (FAPAM) fue elaborada por el investigador en el año 2012. Este instrumento está conformada por 26 ítems los cuales estuvieron dirigidos a recolectar la información referida a las variables factores personales biológicos: 2 (edad, y sexo), psicológicos: 6 (1, 2, 6, 7, 9, 10), socioculturales: Autocuidado en sus diferentes dimensiones: 12 (3,4, 5, 8, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 20 ) y Trato digno: 6 (18, 19, 21, 22, 23, 24) con una escala tipo Likert: Nunca = 1 A veces= 2 Siempre= 3 y un ítems con dos opciones de respuesta y otro ítem que complementa la anterior con varias opciones de respuestas.

Cedula de Tracto Digno de Enfermería al Adulto Mayor (CETRADEAM). Esta cedula fue elaborada por el investigador en el año 2012, teniendo como marco de referencia el autocuidado. Esta consta de cinco ítems con una escala de respuesta 3. SI, 2.NO, y 1. A veces.

#### *3.4.2 Aplicación del Instrumento.*

En la Prueba piloto fue aplicado a 21 pacientes adultos mayores que asisten a la consulta externa de Medicina Interna del Hospital ISSSTEP, en esta se probó el diseño de la encuesta el lenguaje utilizado fue el adecuado ya que comprendieron bien las preguntas no fueron confusas y accedieron a contestarla.

Se analiza cuantitativamente mediante las técnicas de la estadística descriptiva, es decir se implementaran cuadros y gráficos de distribución frecuencias y porcentajes permitiendo una distribución de igual forma se implementaran diagramas las cuales permitirán una visión amplia de los resultados obtenidos de las respuestas las cuales poseerán su respectivo análisis.

#### *3.4.3 Preparación de Datos.*

Se vació toda la información en una base de datos, de la cual se obtuvieron resultados representados por graficas. Todo esto posterior a que los expertos realicen cualquier observación no sólo en lo referente a la correspondencia del



instrumento con lo que se pretende medir, sino también en cuanto a la redacción y claridad de los ítems, así como en lo relacionado con las opciones de respuesta.

### 3.5 Análisis de Datos

La confiabilidad del instrumento se hará mediante la prueba denominada Alpha de Cronbach. Es decir el valor se expresará en un rango de 0 a 1, en donde mientras más se acerque a 1 el valor obtenido, mayor podrá considerarse la confiabilidad.

### Conclusiones

#### *4.1 Conclusiones Relativas a los Objetivos Específicos.*

#### *4.2 Conclusiones Relativas al Objetivo General.*

<b>Objetivo general:</b> Identificar las causas que ocasionan el abandono del tratamiento médico en el adulto mayor en el hospital ISSSTEP de Puebla, a través de diferentes instrumentos de investigación para detectar los factores que limitan los tratamientos médicos.	
<b>Objetivo específico:</b> Identificar las causas que implican en el adulto mayor el abandono del tratamiento médico a través de una entrevista para aplicar el instrumento que detecte los motivos por los cuales no continua con el control indicado de acuerdo a su patología y formular una guía de educación para que el paciente atienda su salud	<b>Objetivo específico:</b> Analizar la información ofrecida por los Profesionales de Enfermería sobre la promoción educativa para mejorar la calidad vida del adulto mayor que acuden a la Consulta Externa del Medicina Interna Hospital "ISSSTEP".
	<b>Objetivo específico:</b> Identificar la metodología de enseñanza para el cuidado



	y tratamiento médico del adulto mayor que utilizan las enfermeras en los pacientes que acuden a la consulta de Medicina Interna del Hospital ISSSTEP.
	<b>Objetivo específico:</b> Comparar los elementos que deben tomarse en cuenta para optimizar las actividades educativas de los profesionales de enfermería en la promoción de estilos de vida saludables del adulto mayor que asisten a la Consulta Externa de Medicina Interna del Hospital "ISSSTEP".

### Conclusiones:

- El adulto mayor no está satisfecho con el apoyo que le proporciona su familiar, esto está relacionado a diferentes factores como: abandono por parte de la familia, pérdida de su cónyuge o consecuencia de su patología.
- Reciben atención satisfactoria por parte del profesional de enfermería de la consulta externa de medicina interna, se les explica su tratamiento a seguir, llamándolos por su nombre, se les permite que expresen sus ideas y dudas etc.
- Pero les es difícil concretar una cita con el médico cuando por alguna razón no le es posible acudir a su consulta programada, debido a una sobre población de adultos mayores que requiere atención médica especializada.
- Otro factor es la fatiga que a veces presenta el adulto mayor que puede ser causado por la patología que cursa, la alimentación inadecuada, la polifarmacia o el sedentarismo.



- El 88% conoce las posibles complicaciones de su enfermedad sin embargo no es responsable de su tratamiento médico por que no respeta las indicaciones de forma correcta
- La depresión es muy frecuente en el adulto mayor causado por múltiples factores como es la pérdida de la salud, pérdida de un familiar, económico o el aislamiento familiar y social, por consecuencia pierde el interés en sus actividades habituales por ejemplo el ejercicio. Higiene personal, alimentación etc.
- El personal de enfermería no se presenta con el paciente cuando llega a la consulta de medicina interna debido el exceso de trabajo y mayor ingreso poblacional de usuarios
- El personal de enfermería no está capacitado para la atención del paciente con enfermedades crónicas degenerativas, lo que no permite tratar con dignidad al paciente y por consiguiente no en mejorar la atención
- No existe un modelo de capacitación continua adaptado a las necesidades educativas para el autocuidado que requiere el paciente que ingresa a la consulta externa

**Recomendaciones:**

- Con la intervención educativa de autocuidado en el adulto mayor con la teoría de Dorothea Orem y muestre la disponibilidad de reanudar el seguimiento de su tratamiento médico.
- El Personal de Enfermería representa un apoyo importante en la orientación de los pacientes, en relación a sus dudas sobre sus consultas medicas, su salud, estilos de vida y encargarse de canalizarlo con el profesional correspondiente. Por lo que es importante recalcar que Enfermería no es solo el personal que recibe y entrega expedientes, o apoya al médico a escribir recetas.



- Se hace una atenta invitación para que el personal de enfermería que presta sus servicios en la consulta de Medicina Interna del Hospital ISSSTEP, promueva la educación enfocado a la persona, familia o comunidad; esto ayudara a identificar cambios físicos durante el tratamiento promoviendo el apego terapéutico en la unida medica, pero todo va a depender también de que el adulto mayor desee cambiar su estilo de vida con ayuda de las redes sociales.



## Referencias

- Burns, N. & Grove, S. (2004). *Investigación de Enfermería*, (3ª ed.), Madrid, España: Saunders Elsevier
- Bolaños, C.H. y Sánchez-Galicia, C.E, 2010. Actividades para el cuidado de la salud con adultos mayores, desde la perspectiva de terapia ocupacional. México: Limusa, p. 24.
- Canales, F y Pineda, E. (1994). Metodología de la Investigación. Editorial OPS. Washington, E.U.A. Reimpresión. Imprenta Universitaria. Universidad Central de Venezuela
- Castellón Sánchez del Pino, A., 2003. Calidad de vida en la atención al mayor. *Rev. Mult Gerontol*, 13 (3), pp. 188-192.
- Centro Hospitalario Cataluña e Instituto Mexicano del Mexicano del Seguro Social, 2006. Estudio de factibilidad técnica y viabilidad económica para el diseño del plan gerontológico institucional 2006-2025, México.
- Estimaciones del CONAPO con base en las defunciones de INEGI/S SA, 1979-2007. Principales causas de mortalidad en México 1980 – 2007 Documento de Trabajo para el, XLIII Periodo de Sesiones de la Comisión de Población y Desarrollo “Salud, morbilidad, mortalidad y desarrollo” Nueva York, 12 a 16 de abril de 2010”.
- Lange I, Reyes A, Zavala M, Arechabala C. Formación de los estudiantes de Pregrado en Enfermería Gerontológica en Chile. En Libro de Resumen del Primer Congreso Iberoamericano de Enfermería Gerontogeriatrica, Logroño, España 2000; pág 175-80.
- López-Martínez, J., Crespo-López, M., 2008 Cuidadoras y cuidadores: el efecto del género en el cuidado no profesional de los mayores. *Boletín sobre envejecimiento*, 35, IMSERSO, España. Montes de Oca-Zavala, V., 2005. Redes comunitarias, género y envejecimiento. México: UNAM (1), pp. 15-22.
- Organización Mundial de la Salud (OMS), 2002. Envejecimiento activo: un marco político. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 37 (S2), pp. 74-105.



Organización Mundial de la Salud, 2003. Organización Panamericana de la Salud. CE 44/10 ESP. Washington, D.C., 18 de junio de 2003.

Polit, D. & Hungler, B. (2000). *Investigación Científica en Ciencias de la Salud*. 6ª Ed.. México D. F. Mc Graw-Hill Interamericana.

Rivera, MS. Cuidar como arte de Enfermería Clase magistral dictada a alumnos de pos título en enfermería PUC. 2000.

Secretaria de Salud, *Norma Oficial Mexicana [NOM]-167-[SSA] 1-1997 (SSA, 1997), para la Prestación de Servicios de Asistencia Social para Menores y Adultos Mayores*. Recuperado en enero 8, 2012 disponible en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/167ssa17.html>



## CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

Lugar y fecha: Hospital ISSSTEP, Consulta de Medicina Interna, JUNIO- 2012

Por medio de la presente autorizo que mi caso participe en el protocolo de investigación titulado: Causas que Ocasionan el Abandono del Tratamiento Médico en el Adulto mayor que Acude a la Consulta de Medicina Interna del Hospital ISSSTEP en Junio de 2012

Registrado ante el Comité Local de Investigación o la CNIC con el número.

El objetivo es: Identificar las causas que ocasionan el abandono del tratamiento médico en el adulto mayor a través de diferentes instrumentos de investigación para mejorar su estilo de vida

Se me ha explicado que mi participación consiste en: Contestar una encuesta para identificar las causas por las que no asistí a mi consulta médica programada..

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:

El Investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado para llevar mi tratamiento de forma adecuada, así como responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o mi tratamiento.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento, en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.

El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera hacerme



cambiar de parecer respecto a mi permanencia de mi representado (a) en el mismo.

---

**Nombre y firma de la persona**

**Juana Toribio Pájaro**

**69700061**

**Nombre, firma y matricula del Investigador Responsable**

Números telefónicos a los cuales se puede comunicar en caso de emergencia y/o dudas y preguntas relacionadas con el estudio



**Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla**

Centro Interdisciplinario de Posgrados

Investigación y Consultoría

Objetivo: Identificar las causas que ocasionan el abandono del tratamiento médico en el adulto mayor que asiste a la consulta externa de Medicina Interna del hospital ISSSTEP de Puebla, a través de diferentes instrumentos de investigación para detectar los factores que limitan el control de su patología (as).

Para lo cual le solicito de la manera más atenta que conteste las preguntas del cuestionario con sinceridad, ya que los resultados de este cuestionario servirán de referencia para identificar los factores que le impiden un seguimiento oportuno de su tratamiento médico.

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Anote con una X la respuesta que corresponda a su criterio de acuerdo a la siguiente escala

Nunca = 1 A veces= 2 Siempre= 3

Nun		1	2	3
1	¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?	Nunca	A veces	Siempre
2	¿Su familia le apoya para que usted cumpla en su tratamiento médico?	Nunca	A veces	Siempre
3	¿Guarda de manera especial sus medicamentos para su tratamiento médico?	Nunca	A veces	Siempre



4	¿Tiene ganas de cumplir con su medicación como se lo ha indicado su médico?	Nunca	A veces	Siempre
5	¿Conoce las posibles complicaciones de su enfermedad?	Nunca	A veces	Siempre
6	¿Se siente con fatiga o con pérdida de energía?	Nunca	A veces	Siempre
7	¿Con frecuencia se deprime usted?	Nunca	A veces	Siempre
8	¿Para usted es lo mismo estar sano o enfermo?	Nunca	A veces	Siempre
9	¿Ha perdido interés en sus actividades habituales?	Nunca	A veces	Siempre
10	¿Ha sentido que no vale la pena seguir viviendo?	Nunca	A veces	Siempre
11	¿Entiende las indicaciones del médico sobre los medicamentos que toma para su enfermedad?	Nunca	A veces	Siempre
12	¿Deja de tomar sus medicamentos por que ha sentido que le “caen mal”?	Nunca	A veces	Siempre
13	¿Es cansado o aburrido tomar todos los días los mismos medicamentos?	Nunca	A veces	Siempre
14	¿Cuándo se siente mejor deja de tomar sus medicamentos?	Nunca	A veces	Siempre
15	¿Alguna vez ha tomado algún medicamento que le hayan recomendado para su tratamiento sin previa consulta de su médico?	Nunca	A veces	Siempre
16	¿Cuando sale de visita o viaja lleva sus medicamentos?	Nunca	A veces	Siempre
17	¿Acude oportunamente a su consulta médica?	Nunca	A veces	Siempre
18	¿Durante su consulta el médico deja que usted exprese sus comentarios o dudas?	Nunca	A veces	Siempre
19	¿Siente que su médico se preocupa por su salud?	Nunca	A veces	Siempre



20	¿Entiende las indicaciones del médico sobre el horario y dosis de sus medicamentos para su tratamiento?	Nunca	A veces	Siempre
21	¿Le es difícil concretar una cita con su médico?	Nunca	A veces	Siempre
22	¿La enfermera se dirige a usted por su nombre cuando acude a su cita médica?	Nunca	A veces	Siempre
23	¿La enfermera conoce en qué consiste el tratamiento de usted?	Nunca	A veces	Siempre
24	¿Cuándo le pregunta algo a la enfermera le contesta de forma amable?	Nunca	A veces	Siempre

¿Requiere de algún medio de apoyo para trasladarse?

SI ( )                      NO ( )

¿Si su respuesta es afirmativa marque con una cruz el medio de apoyo que utiliza? Bastón ( )    Andadera ( )    Silla de ruedas ( )    Muletas ( )

Otros \_\_\_\_\_



**Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla**

Centro Interdisciplinario de Posgrados

Investigación y Consultoría

Objetivo: Analizar la información ofrecida por los profesionales de enfermería sobre la promoción educativa para mejorar la calidad de vida del adulto mayor que acuden a la consulta externa de Medicina Interna del Hospital ISSSTEP.

Para lo cual le solicito que conteste las preguntas con sinceridad, ya que los resultados de este cuestionario servirán de referencia para identificar los factores que le impiden un seguimiento oportuno de su tratamiento médico.

1.- ¿Cuándo el paciente llega a la consulta, usted se presenta con él?

3. SI                      2. NO                      1. A VECES

2.- ¿Identifica usted la patología (as) de su paciente que asiste a la consulta?

3. SI                      2. NO                      1. A VECES

3.- ¿Proporciona información al paciente y familiar sobre educación de autocuidado?

3. SI                      2. NO                      1. A VECES

4.- ¿Identifica cuales son las necesidades más frecuentes del adulto mayor que acude por primera vez a consulta externa de Medicina Interna?

3. SI                      2. NO                      1. A VECES

5. ¿Cuándo proporciona educación sobre el autocuidado se basa en alguna teórica?

3. SI                      2. NO                      1. A VECES



**Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla**

Centro Interdisciplinario de Posgrados

Investigación y Consultoría

**FORMATO: LISTA DE COTEJO**

**Nombre del tema:** Abandono del Tratamiento Médico en el Adulto Mayor que Acude a la Consulta de Medicina Interna del Hospital ISSSTEP

**Fecha:**

DESARROLLO DE HABILIDADES	VALORACIÓN Y CALIFICACIÓN			
	PARÁMETROS	Rara vez o nunca 40%	Ocasionalmente 60%	Casi siempre 80%
1. ¿Se presenta ante el adulto mayor con amabilidad y respeto?				
2. ¿Da a conocer al adulto mayor de forma clara los objetivos de aprendizaje?				
3. ¿Realiza la introducción del tema utilizando los elementos?				
4. ¿Realiza el desarrollo de los contenidos de forma ordenada y clara?				



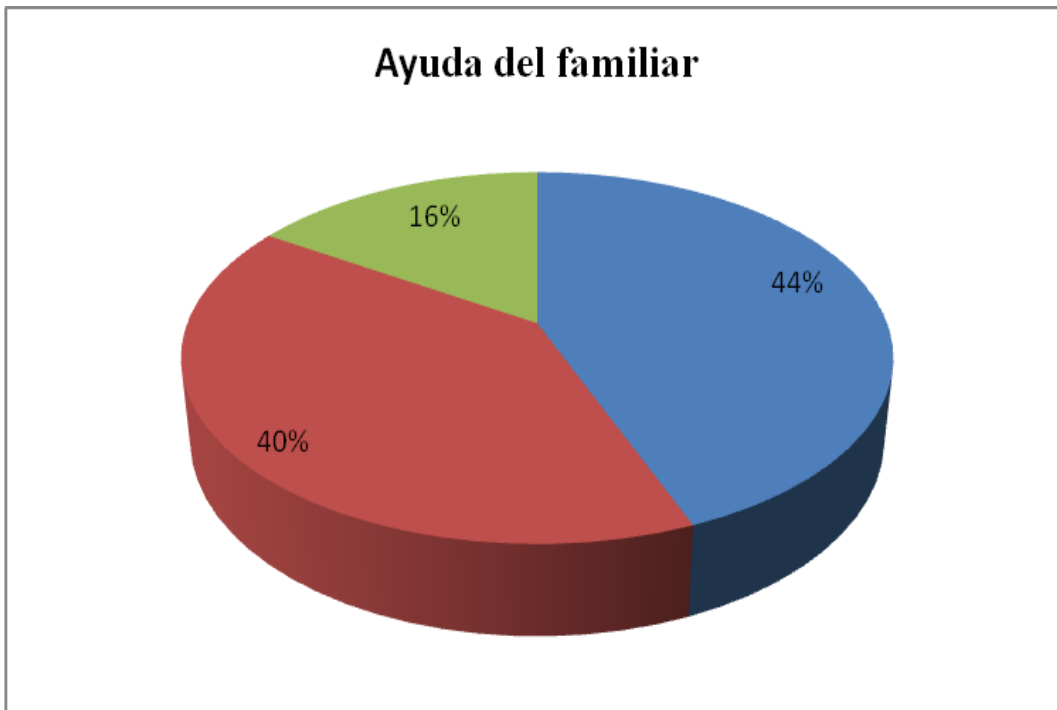
5. ¿Motiva la participación del adulto mayor empleando los recursos didácticos?				
6. ¿Aplica el instrumento de evaluación para verificar el logro de los objetivos?				
7. ¿Utiliza el señalador de forma?				
8. ¿Presenta la conclusión del tema?				
9. ¿Presenta plan de clase?				
10. ¿Presenta esquemas e ilustraciones?				
11. ¿Realiza preguntas al adulto mayor o al familiar sobre el tema?				

NOMBRE Y FIRMA DE LA SUPERVISORA	
NOMBRE Y FIRMA DEL ASESOR DE	
NOMBRE Y FIRMA DE LA ALUMNA	

<b>OBSERVACIONES</b>

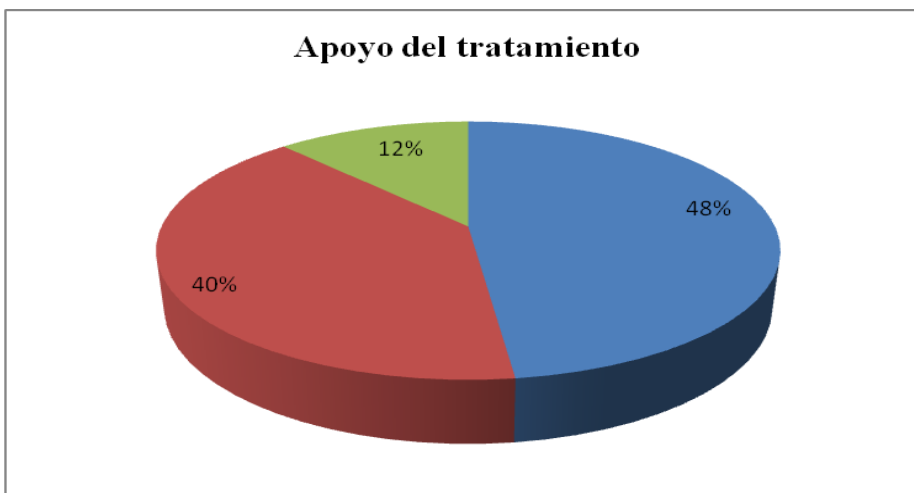
**CLAVE:**            10-9= MB, Muy Bien a excelente (sin error)  
                          8= B, Bien (con el mínimo de error)  
                          7= R, Regular (con error)  
                          6= M, Mal.

## Graficas



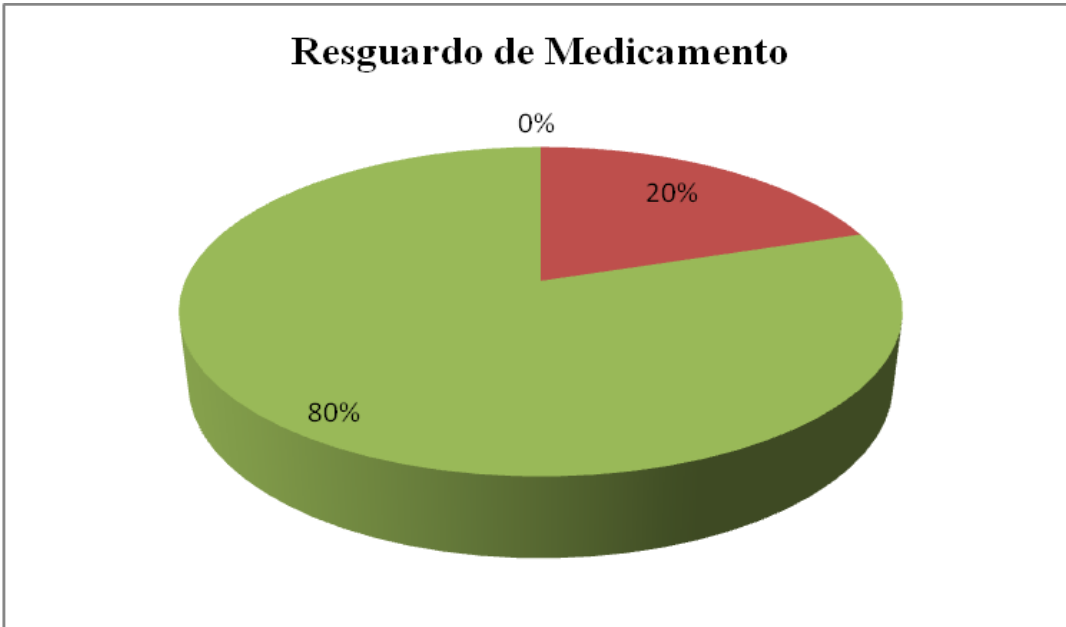
Fuente: ISSSTEP, consulta externa de Medicina Interna, Junio 2012.

En el Ítem 1, el 44% siempre está satisfecho de la ayuda que recibe de su familiar, el 40% de los sujetos encuestados a veces están satisfechos y el 16% de los sujetos encuestados nunca están satisfechos con la ayuda, por lo tanto cuando se cuenta con el apoyo de la familia el adulto mayor disminuye el riesgo que abandone su tratamiento médico.



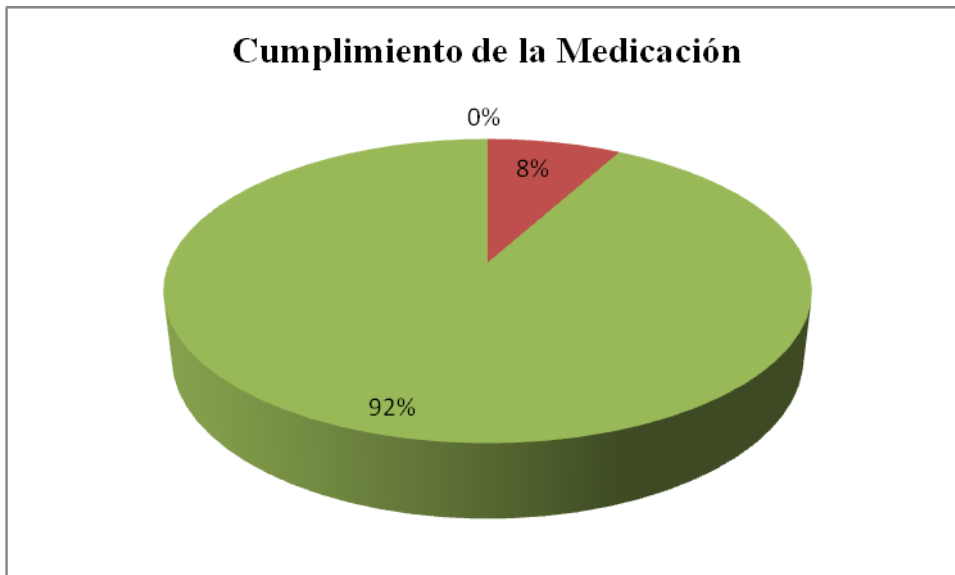
Fuente: ISSSTEP, consulta externa de Medicina Interna, Junio 2012

En el Ítem 2 el 48% siempre recibe el apoyo de su familia, el 40% a veces recibe apoyo de su familia y el 12% nunca recibe apoyo de su familia, este porcentaje indica, cuando el adulto mayor recibe apoyo de su familia está motivado para llevar a cabo su tratamiento eficazmente.

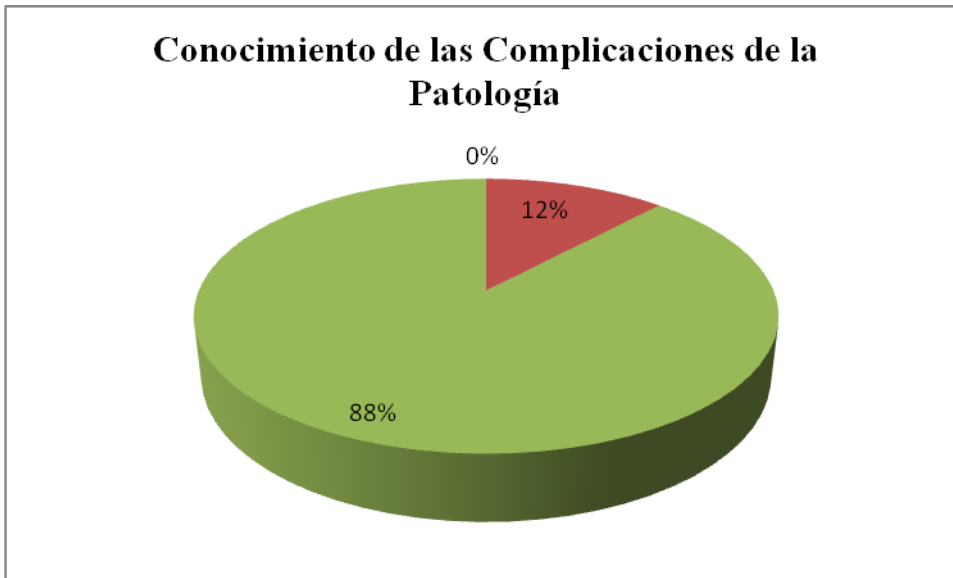


Fuente: ISSSTEP, consulta externa de Medicina Interna, Junio 2012.

En el Ítem 3, el 80% siempre guarda de manera especial sus medicamentos para su tratamiento médico, mientras que el 20% de los sujetos encuestados a veces los guarda, esto indica que el adulto mayor tiene interés en llevar a cabo su tratamiento médico.

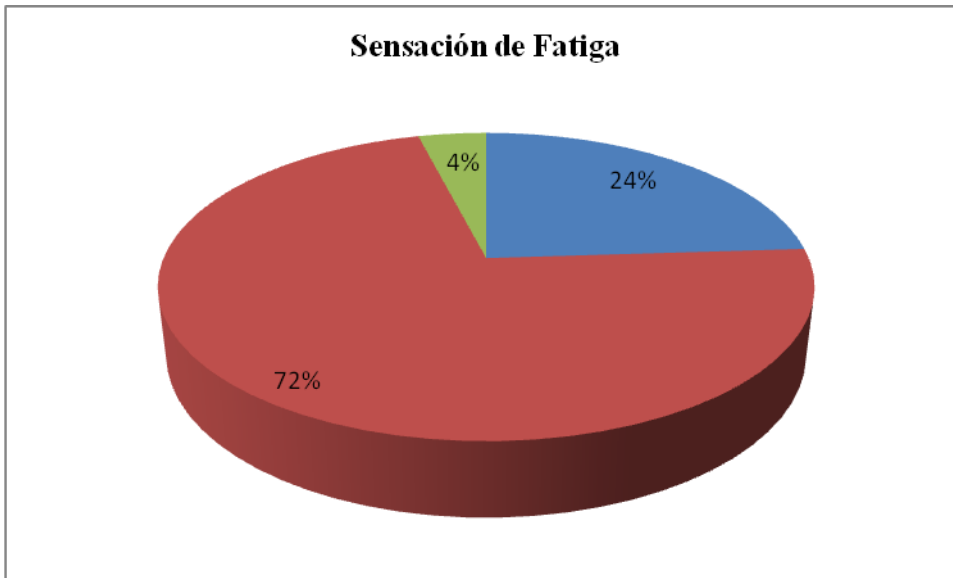


En el Ítem 4, el 92% siempre tiene ganas de cumplir con su medicación como se lo ha indicado el médico, el 8% de los sujetos encuestados a veces cumple con su medicación médica, por lo tanto el adulto mayor tiene interés en su tratamiento de su patología (as).

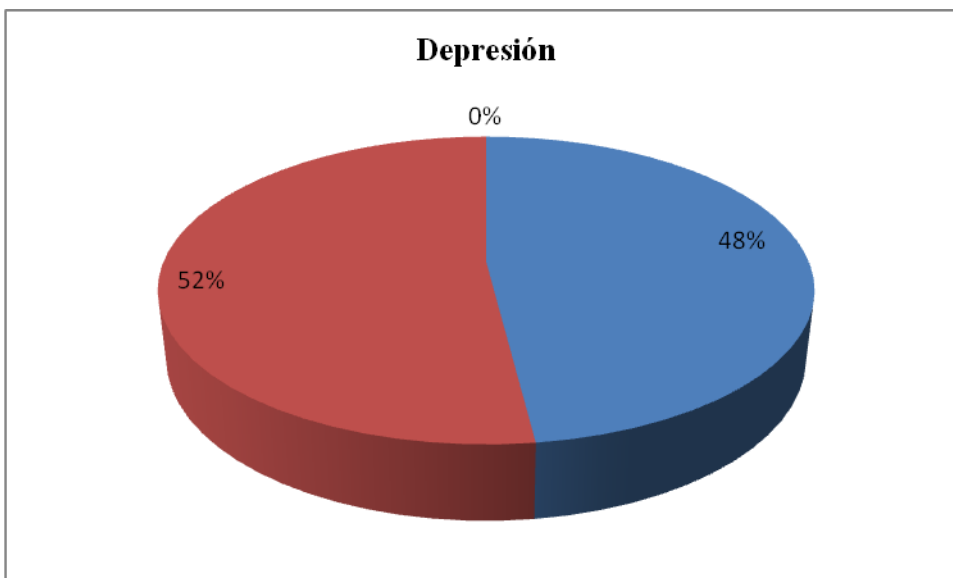


Fuente: ISSSTEP, consulta externa de Medicina Interna, Junio 2012.

En el Ítem 5, el 88% siempre conoce las posibles complicaciones de su enfermedad mientras que el 12% de los sujetos encuestados a veces conocen las complicaciones de su patología. Por lo tanto las complicaciones de la patología (as) del adulto mayor se prolongaran siempre y cuando lleven su tratamiento médico de forma adecuada.

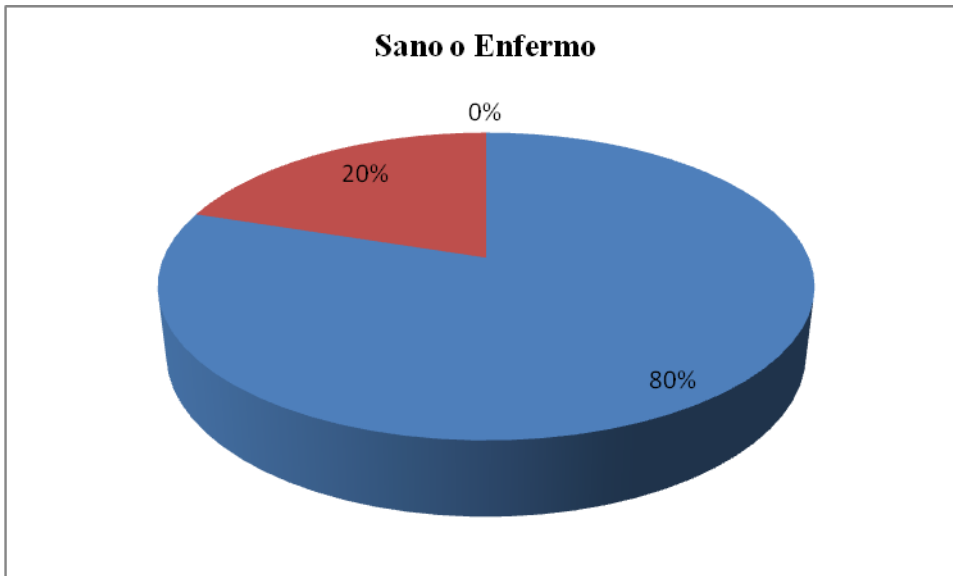


En el Ítem 6, tan sólo el 4% siempre se siente con fatiga o con pérdida de energía, el 72% de los sujetos encuestados a veces tienen la sensación de fatiga y el 24% nunca se siente cansado o con falta de energía, esto puede ser causado por la falta de alimentación, polifarmacia o el sedentarismo.



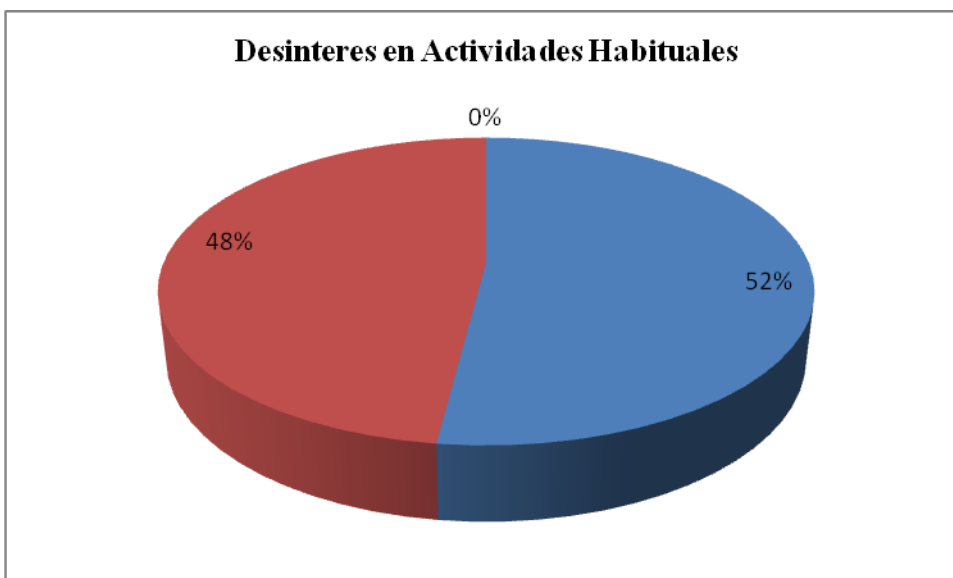
Fuente: ISSSTEP, consulta externa de Medicina Interna, Junio 2012.

En el Ítem 7, el 52% a veces se deprime frecuentemente y el 48% de los sujetos encuestados nunca se deprime esto indica que la depresión es frecuente en el adulto mayor por múltiples factores.



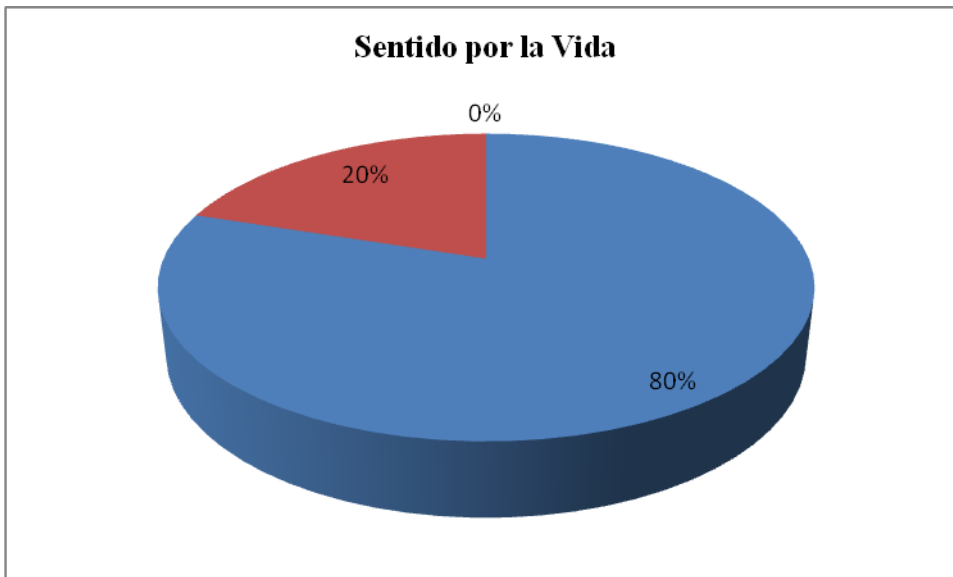
Fuente: ISSSTEP, consulta externa de Medicina Interna, Junio 2012.

En el Ítem 8, Para el 80% de los encuestados nunca es lo mismo estar sano o enfermo. Sin embargo, para el 20% a veces significa lo mismo. Este porcentaje define que el adulto mayor tiene interés en su calidad de vida.



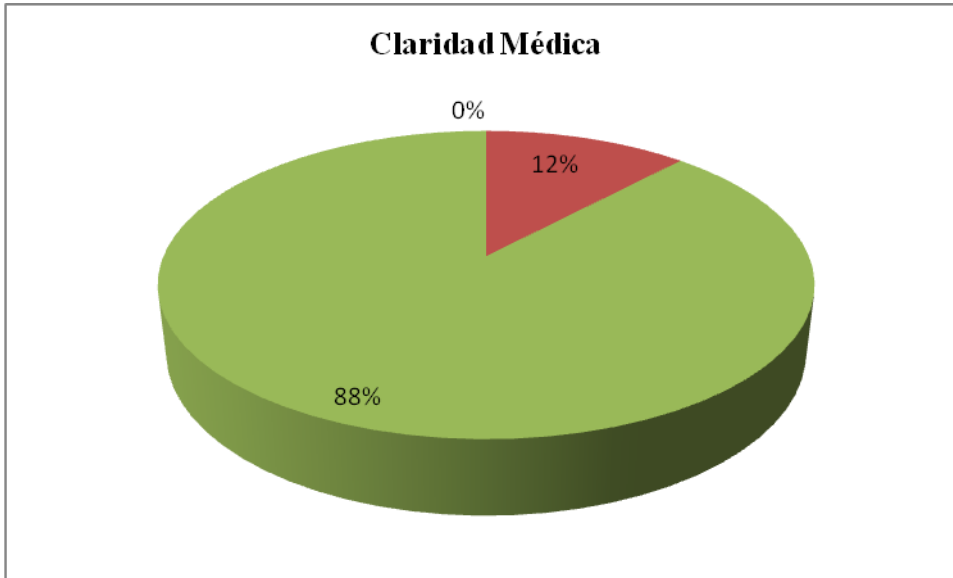
Fuente: ISSSTEP, consulta externa de Medicina Interna, Junio 2012.

En el Ítem 9, el 52% de los encuestados nunca ha perdido interés en sus actividades habituales y el **48%** a veces presenta desinterés por las mismas, este porcentaje indica que casi la mitad de la población encuestada tiene desinterés de sus actividades habituales que pueden ser causados por el desarrollo de la patología(as) o por tener pérdidas familiares, económicas o sociales.



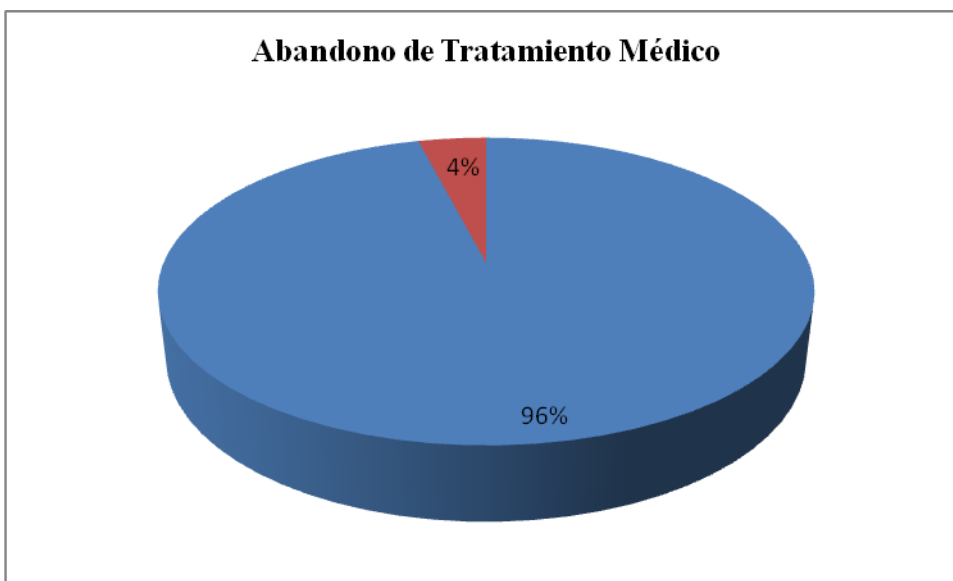
Fuente: ISSSTEP, consulta externa de Medicina Interna, Junio 2012.

En el Ítem 10, para el 80% de los encuestados nunca ha sentido que no vale la pena seguir viviendo. Sin embargo, para el 20% a veces ha sentido que no vale la pena seguir viviendo, por lo tanto el adulto mayor encuestado tiene motivos para seguir viviendo.



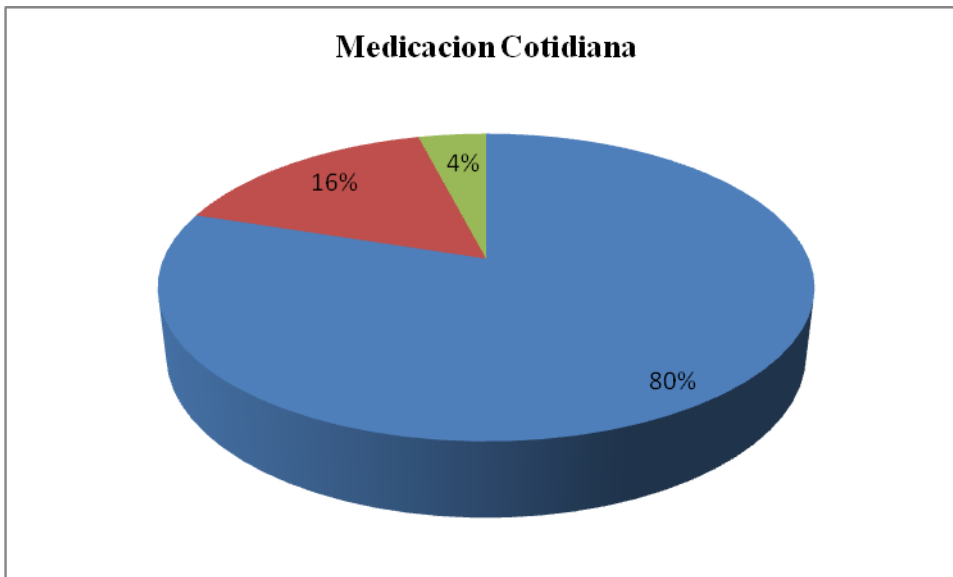
Fuente: ISSSTEP, consulta externa de Medicina Interna, Junio 2012.

En el Ítem 11, el 88% siempre entiende las indicaciones del médico sobre los medicamentos prescritos para su enfermedad, mientras que el 12% de los sujetos encuestados a veces entienden las indicaciones del médico con respecto a los medicamentos que se ministra para su patología. Por lo tanto el médico da con claridad las indicaciones al adulto mayor cuando asiste a la consulta.



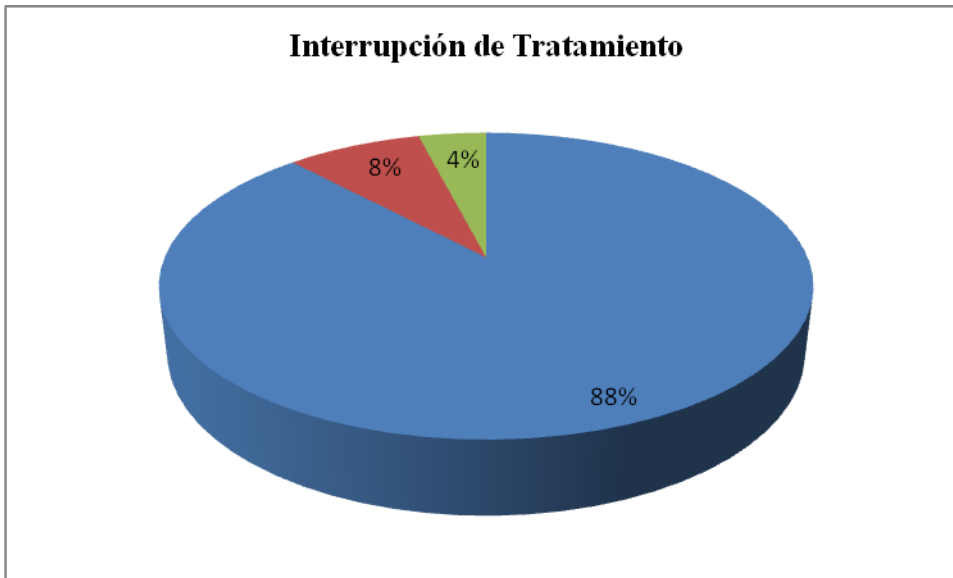
Fuente: ISSSTEP, consulta externa de Medicina Interna, Junio 2012.

En el Ítem 12, el 96% de los encuestados nunca dejan de tomar sus medicamentos a pesar de que les provoque una sensación de malestar. Sin embargo, el 4% a veces si abandonan el tratamiento médico por sentirse mal. Esto indica que casi un 100% de los adultos mayores encuestados llevan a cabo su tratamiento médico como lo indico su médico.



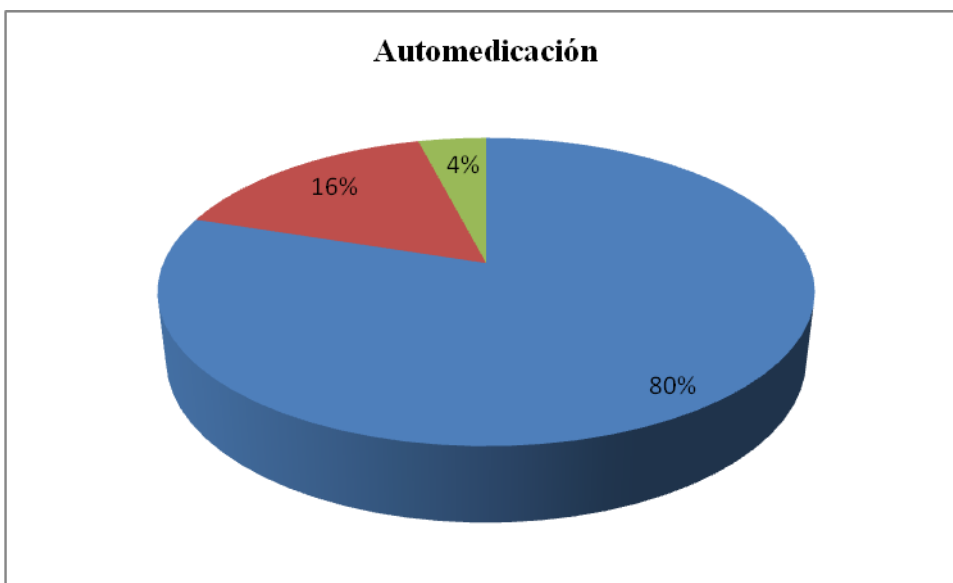
Fuente: ISSSTEP, consulta externa de Medicina Interna, Junio 2012.

En el Ítem 13 el 80% nunca se ha cansado o aburrido de tomar todos los días los mismos medicamentos, el 16% a veces y el 4% siempre se aburren de tomarlos, por lo tanto la población encuestada adulta mayor lleva a cabo su tratamiento médico, pero el 20% que se aburre se le debe invitar a que tome sus medicamentos para que no presente complicaciones en su organismo.



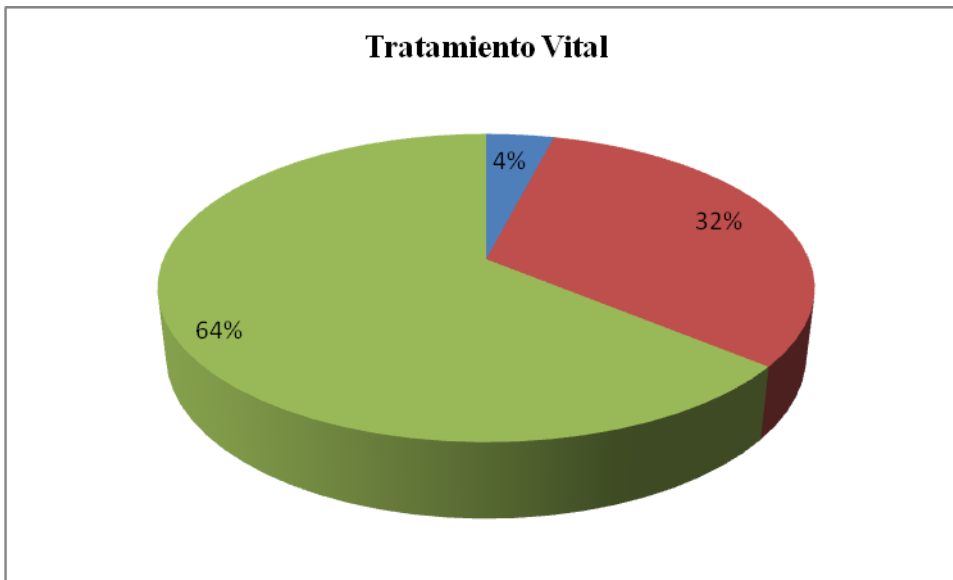
Fuente: ISSSTEP, consulta externa de Medicina Interna, Junio 2012.

En el Ítem 14 el 88% nunca deja de tomar sus medicamentos cuando se siente mejor, el 8% de los sujetos a veces cuando se siente mejor deja de tomarlos y el 4% siempre suspende su tratamiento indicado a pesar de sentirse bien. Por lo tanto el adulto mayor tiene interés en llevar a cabo su tratamiento médico y su patología (as) están controladas.



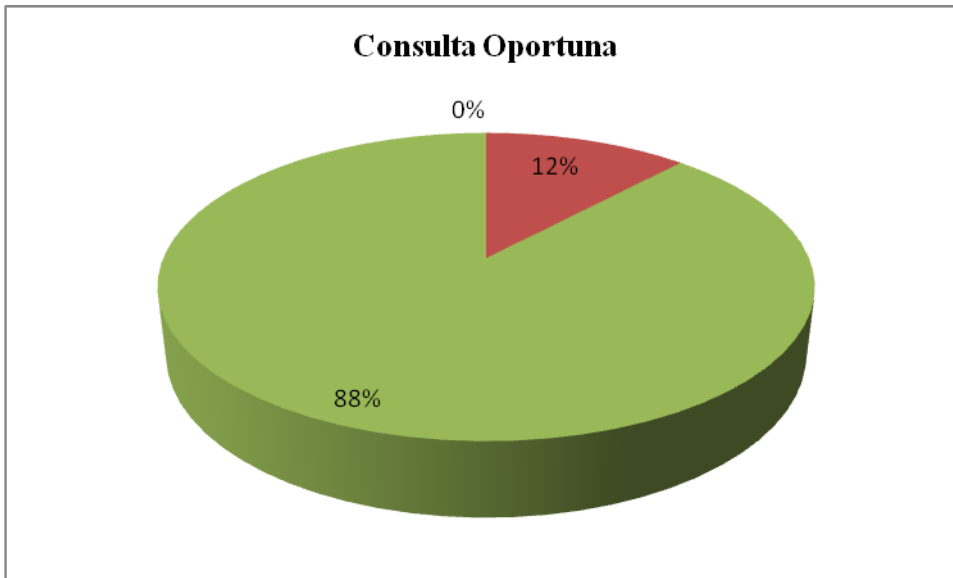
Fuente: ISSSTEP, consulta externa de Medicina Interna, Junio 2012.

En el Ítem 15 el 80% nunca ha tomado algún medicamento que la hayan recomendado para su tratamiento sin previa consulta de su médico, el 16% de los sujetos a veces se toman medicamentos no prescritos por el médico y el 4% siempre se auto médica, esto confirma que el tratamiento médico es el adecuado para su patología (as).



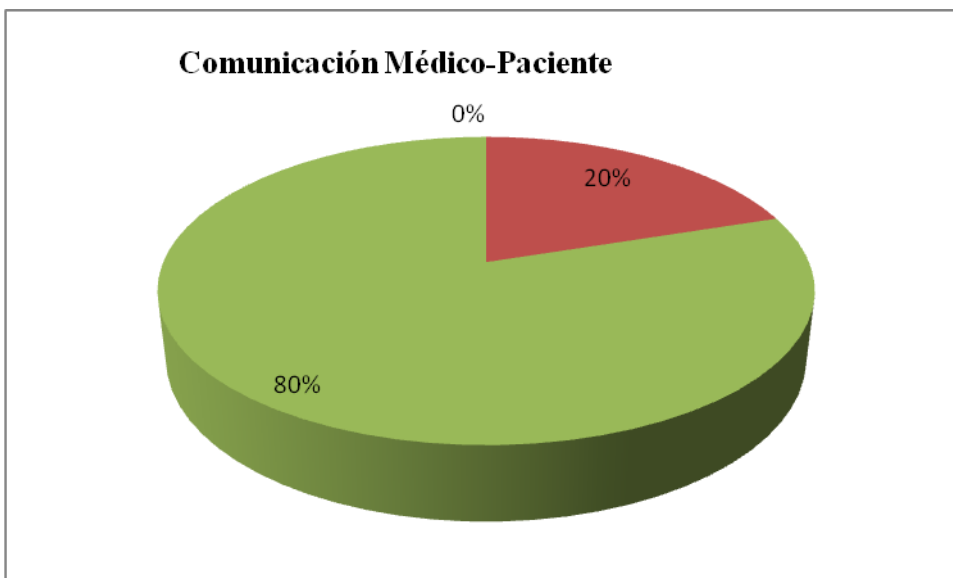
Fuente: ISSSTEP, consulta externa de Medicina Interna, Junio 2012.

En el Ítem 16, el 64% de los sujetos encuestados siempre que sale de visita o viaja lleva sus medicamentos, el 32% a veces y el 4 % nunca llevan consigo sus medicamentos cuando sale, por lo tanto existe un riesgo en la falta del tratamiento médico al no llevar consigo sus medicamentos cuando salen de viaje.



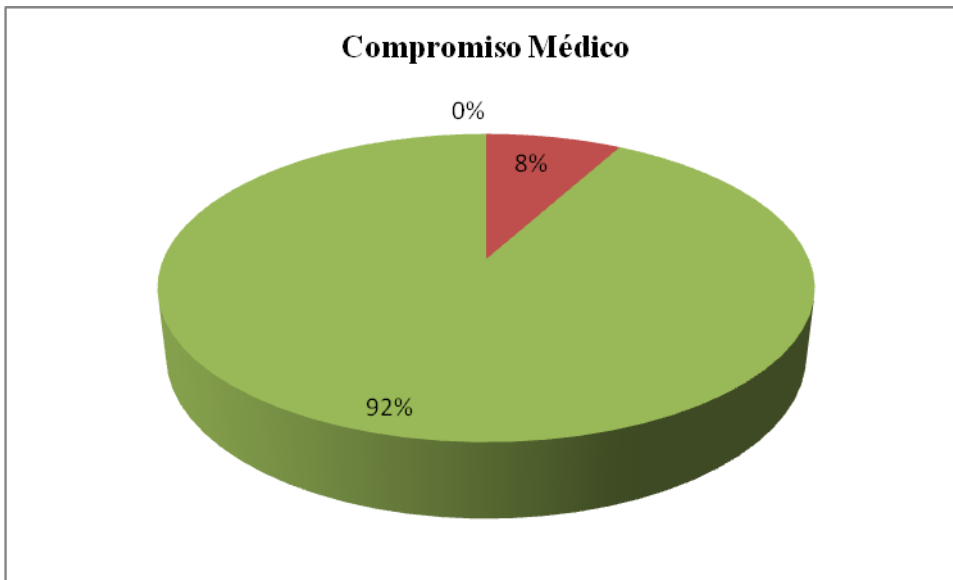
Fuente: ISSSTEP, consulta externa de Medicina Interna, Junio 2012.

En el Ítem 17, el 88% siempre acude oportunamente a su consulta médica, mientras que el 12% de los sujetos encuestados a veces acuden oportunamente a su consulta, este porcentaje indica que el adulto mayor tiene interés en acudir a su consulta médica para tener un control de su salud.



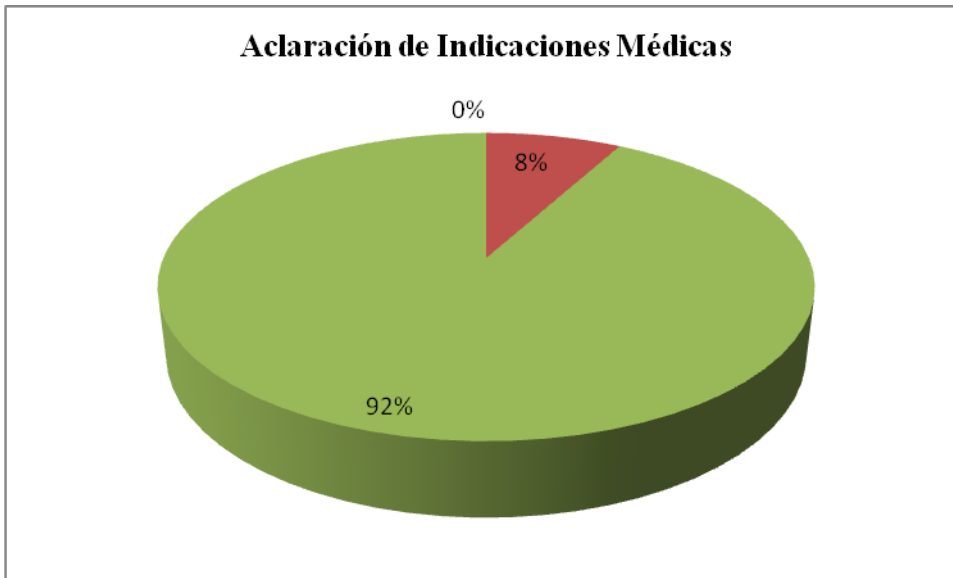
Fuente: ISSSTEP, consulta externa de Medicina Interna, Junio 2012.

En el Ítem 18, el 80% refiere que siempre su médico deja que exprese sus comentarios durante la consulta, mientras que el 20% de los sujetos encuestados a veces su médico les permite que expresen sus dudas en la consulta, por lo tanto el trato con el paciente es digno.



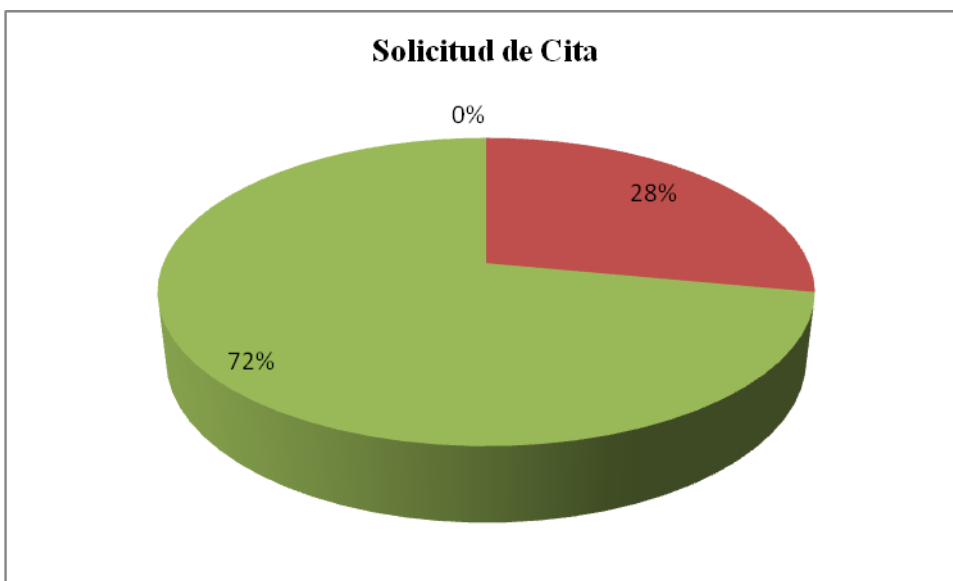
Fuente: ISSSTEP, consulta externa de Medicina Interna, Junio 2012.

En el Ítem 19, el 92% refiere que siempre siente que su médico se preocupa por su salud, mientras que el 8% de los sujetos encuestados a veces siente que su médico esta comprometidos con su salud, esto es un motivo para que no falte a su consulta médica.



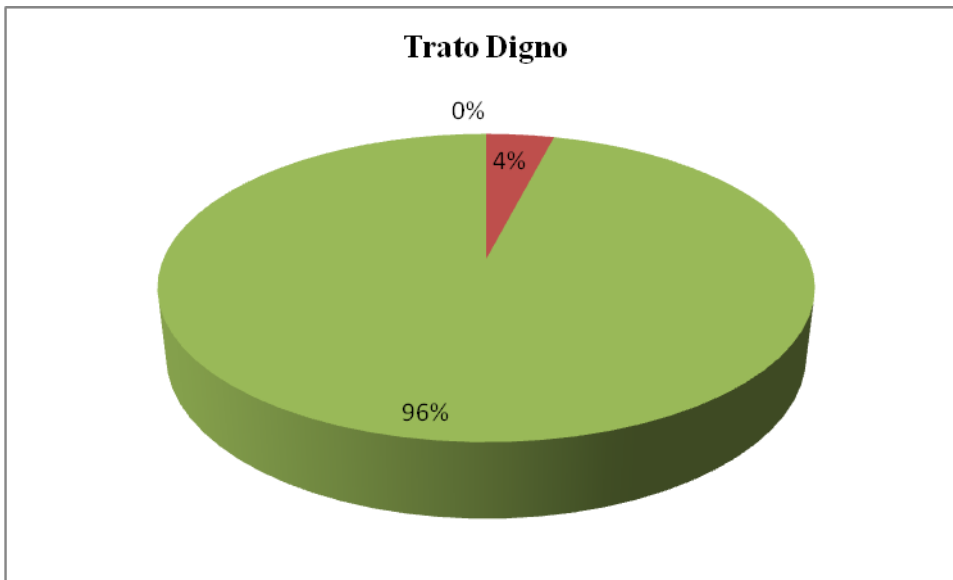
Fuente: ISSSTEP, consulta externa de Medicina Interna, Junio 2012.

En el Ítem 20, el 92% refiere que siempre entiende las indicaciones del médico sobre el horario y dosis de sus medicamentos para su tratamiento, mientras que el 8% de los sujetos encuestados a veces les queda claro las indicaciones medicas, el adulto mayor no tiene problema para llevar a cabo su tratamiento médico.



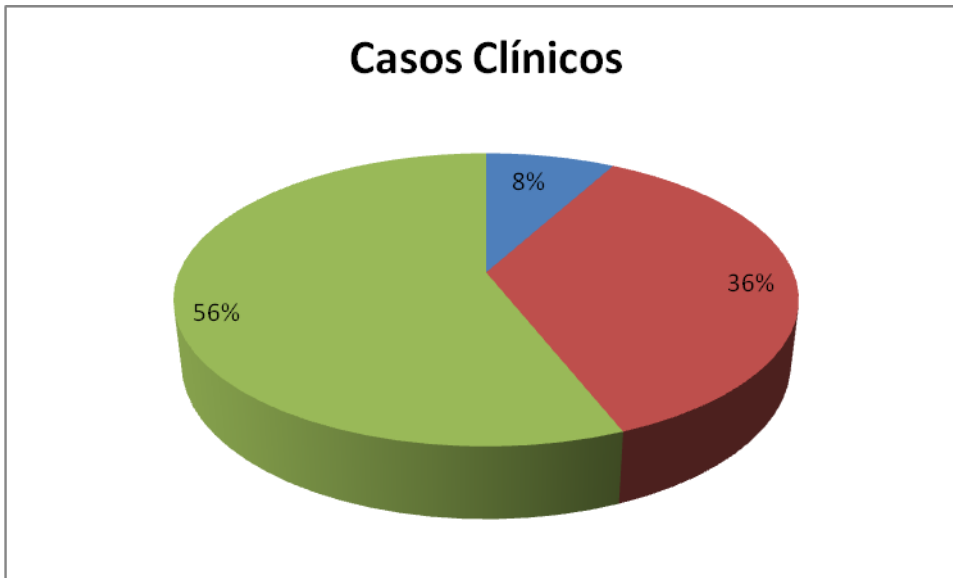
Fuente: ISSSTEP, consulta externa de Medicina Interna, Junio 2012.

En el Ítem 21, el 72% siempre le es difícil concretar una cita con su médico, mientras que el 28% de los sujetos encuestados a veces le es difícil esta situación, por lo tanto pone en riesgo la salud del adulto mayor por la falta de valoración o de medicamentos para llevar su tratamiento médico.



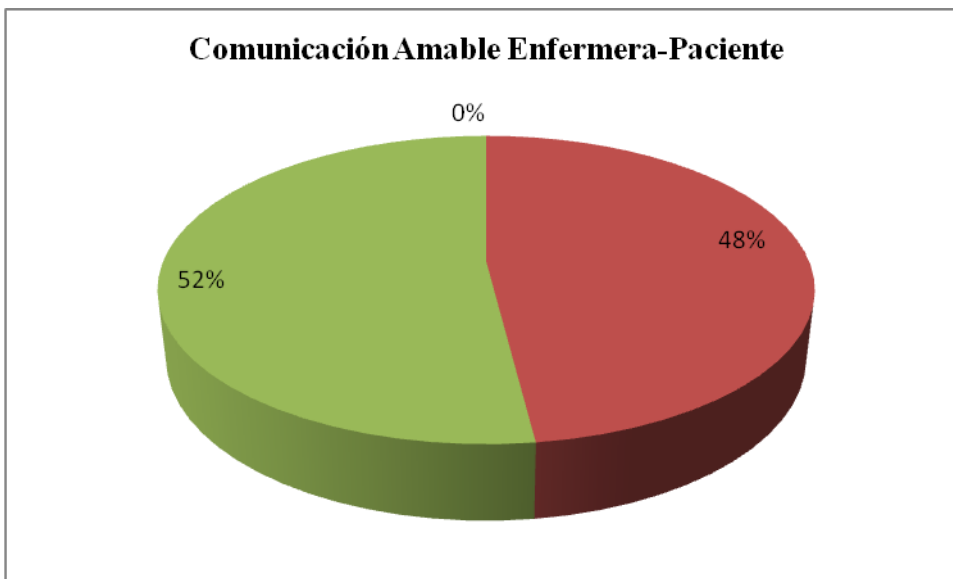
Fuente: ISSSTEP, consulta externa de Medicina Interna, Junio 2012.

En el Ítem 22, el 96% de nombre cuando acude a su cita médica, mientras que el 4% de los sujetos encuestados mencionan que a veces la enfermera se dirige a ellos por su nombre, por lo tanto la enfermera si da trato digno al adulto mayor. Los adultos mayores refieren que siempre la enfermera se dirige a usted por su nombre



Fuente: ISSSTEP, consulta externa de Medicina Interna, Junio 2012.

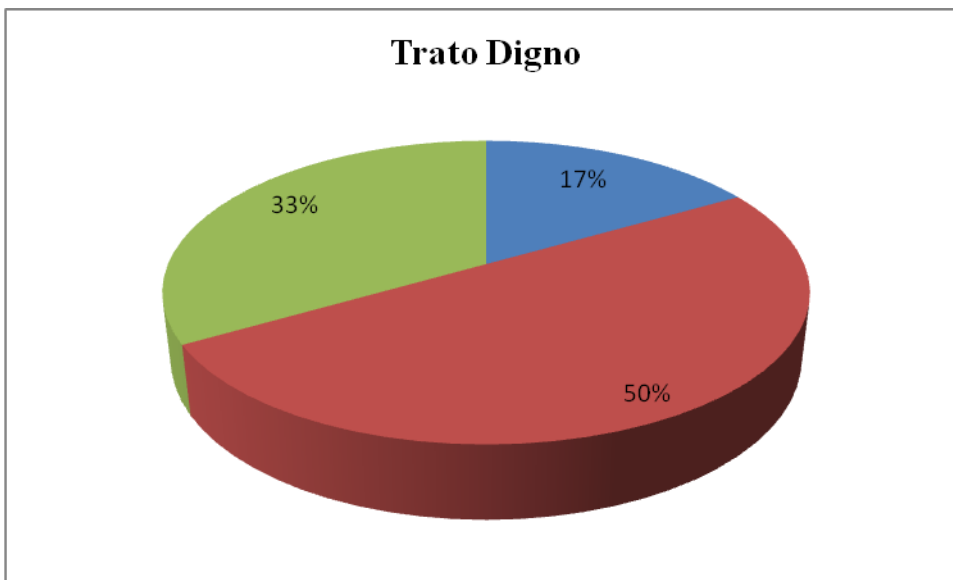
En el Ítem 23, el 56% refiere que siempre su enfermera conoce en qué consiste su tratamiento, el 36% de los sujetos encuestados mencionan que a veces conoce su padecimiento y el 8 % que nunca conoce de su caso. Esto indica que la enfermera no está actualizada en el tratamiento médico del adulto mayor.



Fuente: ISSSTEP, consulta externa de Medicina Interna, Junio 2012.

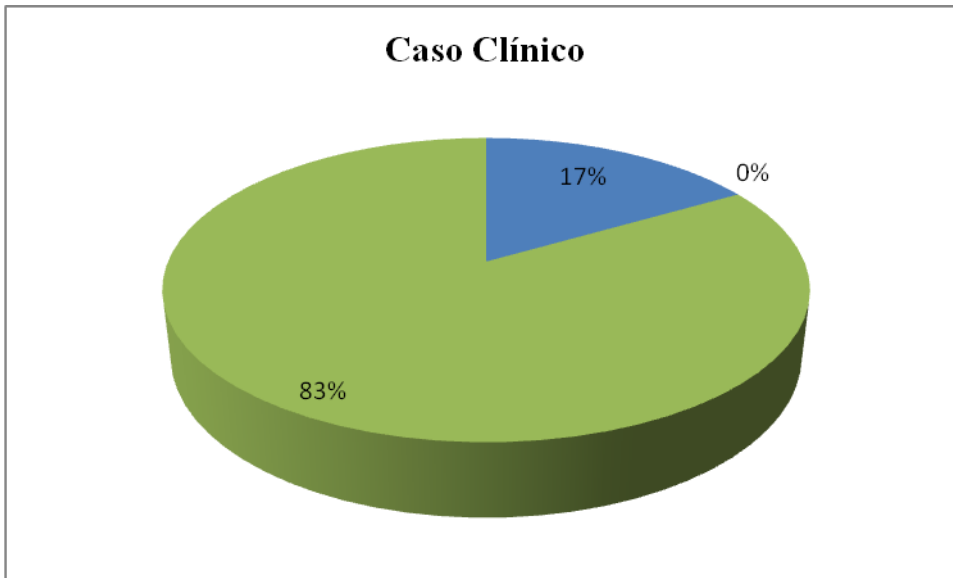
En el Ítem 24, el 52% de los adultos mayores refieren que siempre que le preguntan algo a la enfermera le contesta de forma amable, mientras que el 48% de los sujetos encuestados refiere que a veces la enfermera se dirige amablemente, por lo tanto el personal de enfermería debe capacitarse en el trato digno del derechohabiente.

**a) Cedula de Tracto Digno de Enfermería al Adulto Mayor**



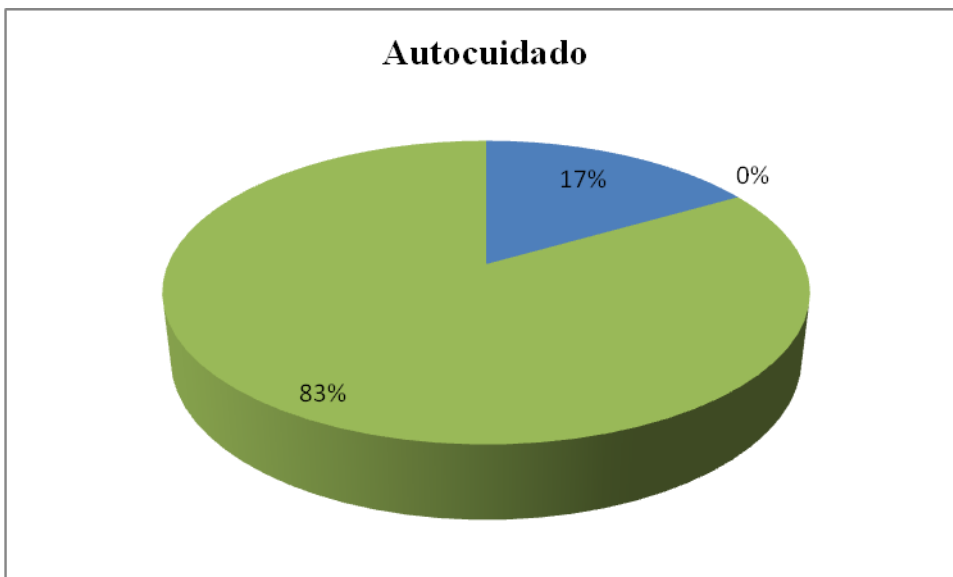
Fuente: ISSSTEP, consulta externa de Medicina Interna, Junio 2012.

En el Ítem 1, el 50% de las Enfermeras siempre se presentan con el paciente que llega a la consulta, el 33% a veces y el 17% nunca se presentan con el paciente como parte del trato digno, por lo tanto el personal de enfermería necesita capacitación sobre el indicador de trato digno.



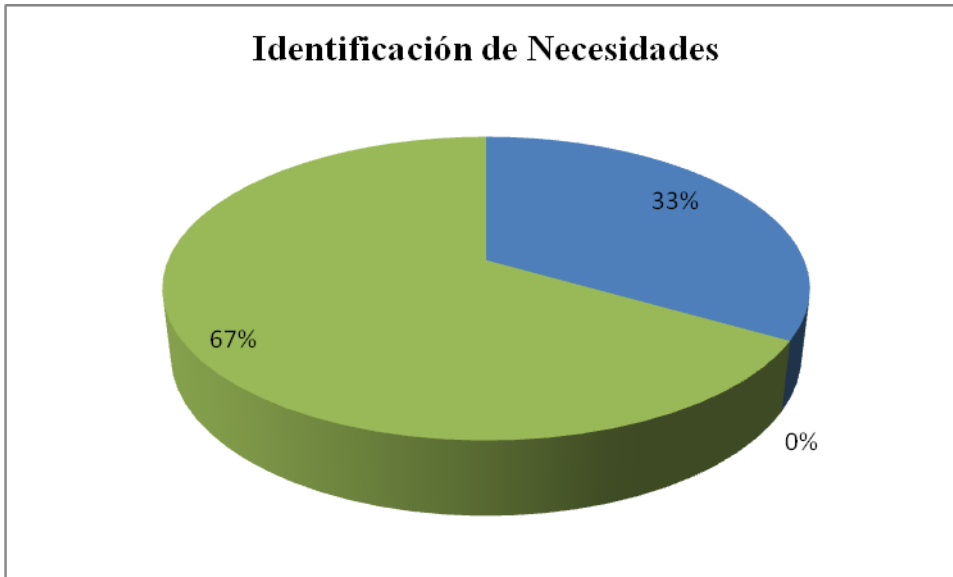
Fuente: ISSSTEP, consulta externa de Medicina Interna, Junio 2012.

En el Ítem 2, el 83% de las Enfermeras siempre identifica la patología de su paciente que asiste a la consulta, mientras que el 17% nunca lo identifica, el personal de enfermería se interesa en la patología del paciente que acude a la consulta de Medicina Interna.



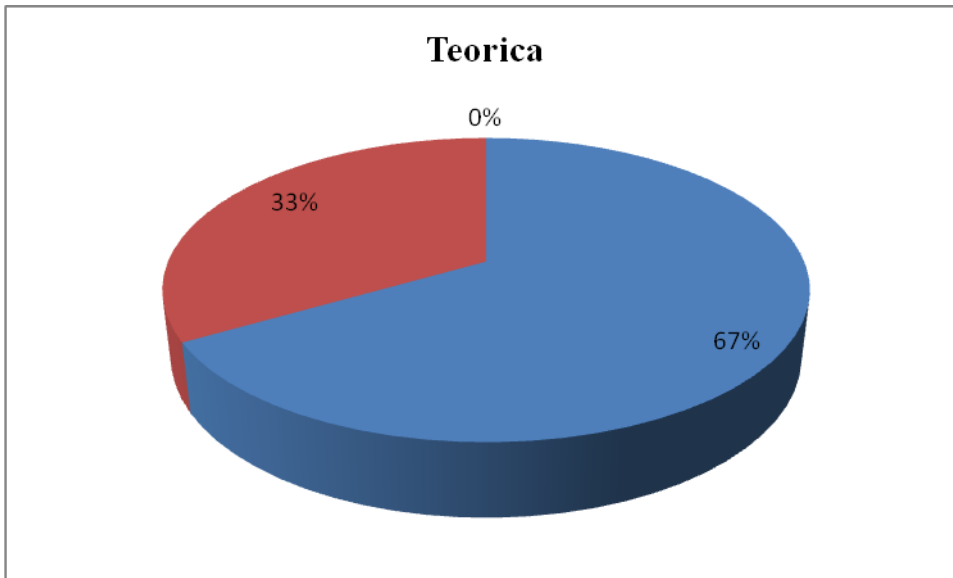
Fuente: ISSSTEP, consulta externa de Medicina Interna, Junio 2012.

En el Ítem 3, el 83% de las Enfermeras siempre proporciona información al paciente y familiar sobre educación de autocuidado, mientras que el 17% nunca lo hace. Por lo tanto el personal de enfermería se interesa en la educación del adulto mayor sobre su patología (as).



Fuente: ISSSTEP, consulta externa de Medicina Interna, Junio 2012.

En el Ítem 4, el 67% de las Enfermeras siempre identifica cuales son las necesidades más frecuentes del adulto mayor que acude por primera vez a la consulta externa de Medicina Interna, mientras que el 33% nunca las identifica, esto es importante para que el adulto mayor se sienta con confianza al acudir a su consulta posterior.



Fuente: ISSSTEP, consulta externa de Medicina Interna, Junio 2012.

En el Ítem 5, el 67% de las Enfermeras nunca proporciona educación sobre el autocuidado en base alguna teórica. Sin embargo, para el 33% a veces proporcionan autocuidado basados en una teoría. Por lo tanto el personal de enfermería necesita capacitación sobre el autocuidado basado en alguna teórica de enfermería.