



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

---

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

**“USO DE SERVICIOS DE SALUD Y LA ATENCIÓN DE  
ENFERMERÍA EN ADULTOS MAYORES Y SU RELACIÓN  
CON LAS FUNCIONES ESENCIALES  
DE LA SALUD PÚBLICA”**

**TESINA**

PARA OBTENER EL GRADO DE  
**ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA EN SALUD PÚBLICA**

PRESENTA

**LIC. EN ENFERMERÍA  
MIRIAM TORRES CHIRINOS**

**ASESOR: MTRO. REY ARTURO SALCEDO ÁLVAREZ**



MÉXICO, D. F. MAYO DE 2009



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

El uso de imágenes, 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 donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



# **UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---

---

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**“USO DE SERVICIOS DE SALUD Y LA ATENCIÓN DE  
ENFERMERÍA EN ADULTOS MAYORES Y SU RELACIÓN  
CON LAS FUNCIONES ESENCIALES  
DE LA SALUD PÚBLICA”**

**TESINA**  
PARA OBTENER EL GRADO DE  
**ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA EN SALUD PÚBLICA**  
PRESENTA  
**LIC. EN ENFERMERÍA**  
**MIRIAM TORRES CHIRINOS**

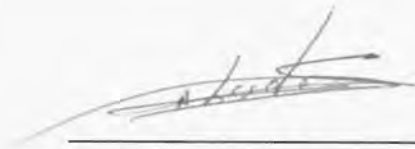
**ASESOR: MTRO. REY ARTURO SALCEDO ÁLVAREZ**



**MÉXICO, D. F. MAYO DE 2009**

---

<sup>1</sup> Este trabajo se elaboró con una submuestra del proyecto de investigación “Calidad interpersonal en la atención de enfermería y calidad de vida en adultos mayores, México 2007. PAPIIT. IN-302607.



---

Asesor: Mtro. Rey Arturo Salcedo Álvarez

Vo. Bo.

*A MI HIJO*

**SAULO SALVADOR TORRES**

**POR QUIEN VIVO CRECIENDO**

## AGRADECIMIENTOS

*A mi esposo*

**MARCO SALVADOR AMBRIZ**

Por develar lo mejor de mí

*A mi asesor de tesina*

**MTRO. REY ARTURO SALCEDO ÁLVAREZ**

Por su ejemplo inspirador

*A mis compañeras*

**Ma. TERESA GARCÍA PUGA**

**MARGARITA TORRES GARCÍA**

Por su lucha constante enriquecedora

# ÍNDICE

---

|  |    |
|--|----|
| Resumen.....   | IX |
| Prefacio.....  | X  |
| CAPÍTULO 1.  |    |
| Introducción .....   | 1  |
| CAPÍTULO 2.  |    |
| Marco teórico  |    |
| 2.1 El cambio demográfico de la población.....   | 3  |
| 2.2 Panorama mundial.....  | 3  |
| 2.3 Panorama nacional.....   | 5  |
| 2.4 Estado de salud de los adultos mayores.....  | 6  |
| 2.5 Estudios epidemiológicos en adultos mayores.....   | 7  |
| 2.6 Servicios de salud para los adultos mayores.....   | 8  |
| 2.7 Atención de enfermería a los adultos mayores.....  | 11 |
| CAPÍTULO 3   |    |
| Funciones Esenciales de la Salud Pública en relación al Uso de los<br>Servicios de Salud y la Atención de Enfermería |    |
| 3.1 Historia de la salud pública.....  | 15 |
| 3.2 Crisis de la salud pública y las funciones esenciales.....   | 16 |
| 3.3 Atención de enfermería y las Funciones Esenciales de la Salud<br>Pública.....                                    | 17 |
| CAPÍTULO 4   |    |
| Planteamiento del problema.....  | 26 |
| Objetivo general.....  | 26 |
| Objetivos específicos.....   | 26 |

## CAPÍTULO 5

### Metodología

|  |    |
|--|----|
| 5.1 Diseño.....                          | 27 |
| 5.2 Población.....                       | 27 |
| 5.3 Fuentes de información.....          | 27 |
| 5.4 Muestra.....                         | 27 |
| 5.5 Criterios.....                       | 28 |
| 5.6 Variables de estudio.....            | 28 |
| 5.7 Instrumentos de medición.....        | 28 |
| 5.8 Levantamiento de la información..... | 30 |
| 5.9 Procesamiento de la información..... | 30 |
| 5.10 Aspectos éticos.....                | 31 |

## CAPÍTULO 6

|                 |    |
|-----------------|----|
| Resultados..... | 33 |
|-----------------|----|

## CAPÍTULO 7

|                   |    |
|-------------------|----|
| Conclusiones..... | 45 |
|-------------------|----|

## ANEXOS

|                   |    |
|-------------------|----|
| Cuestionario..... | 48 |
|-------------------|----|

|                   |    |
|-------------------|----|
| BIBLIOGRAFÍA..... | 57 |
|-------------------|----|



# ÍNDICE / FIGURAS

---

|   |    |
|---|----|
| Tabla 1 Evolución histórica de los cuidados de enfermería.....  | 13 |
| Tabla 2 Criterios de muestreo.....  | 28 |
| Tabla 3 Criterios de inclusión y exclusión.....   | 28 |
| Tabla 4 Variables socio demográficas.....   | 28 |
| Tabla 5 Variables sobre situación de salud.....   | 29 |
| Tabla 6 Demanda de servicios de salud.....  | 29 |
| Tabla 7 Atención de enfermería.....   | 30 |
| <br>  |    |
| Gráfico 1 Uso de los Servicios de Salud en Adultos Mayores.....   | 33 |
| Gráfico 2 Uso de los Servicios de Salud según tipo de institución.....  | 40 |
| Gráfico 3 Uso de los Servicios de Salud según requerimiento de<br>hospitalización en Adultos Mayores.....             | 40 |
| <br>  |    |
| Cuadro 1 Uso de los Servicios de Salud por sexo en Adultos Mayores.....   | 34 |
| Cuadro 2 Uso de los Servicios de Salud por grupo de edad en Adultos<br>Mayores.....                                   | 34 |
| Cuadro 3 Uso de los Servicios de Salud por escolaridad en Adultos<br>Mayores.....                                     | 35 |
| Cuadro 4 Uso de los Servicios de Salud según ocupación y sexo en<br>Adultos Mayores.....                              | 35 |
| Cuadro 5 Uso de los Servicios de Salud por nivel de ingreso y sexo en<br>Adultos Mayores.....                         | 36 |
| Cuadro 6 Uso de los Servicios de Salud según número de enfermedades<br>en Adultos Mayores.....                        | 36 |
| Cuadro 7 Uso de los Servicios de Salud según grupo de enfermedad en<br>Adultos Mayores.....                           | 37 |
| Cuadro 8 Uso de los Servicios de Salud según grupo de enfermedad en<br>Adultos Mayores.....                           | 38 |
| Cuadro 9 Uso de los Servicios de Salud por número de consultas en<br>Adultos Mayores.....                             | 39 |
| Cuadro 10 Uso de los Servicios de Salud según motivo de la consulta en<br>Adultos Mayores.....                        | 39 |
| Cuadro 11 Uso de los Servicios de Salud según motivo de hospitalización<br>en Adultos Mayores.....                    | 41 |
| Cuadro 12 Uso de los Servicios de Salud según motivo de hospitalización y<br>días de estancia en Adultos Mayores..... | 41 |

Cuadro 13 Uso de los Servicios de Salud cartilla nacional del Adultos Mayores ..... 42

Cuadro 14 Uso de los Servicios de Salud /inmunización contra la influenza 42

Cuadro 15 Uso de los Servicios de Salud /inmunización contra la neumonía 43

Cuadro 16 Uso de los Servicios de Salud según percepción en el estado de salud en Adultos Mayores..... 43

Cuadro 17 Uso de los Servicios de Salud según percepción en la calidad de la Atención de Enfermería en Adultos Mayores..... 44

# R E S U M E N

---

El estudio de los adultos mayores es un tema de suma importancia para la salud pública. Debido a la transición demográfica y epidemiológica por la que atraviesa la población mexicana. El crecimiento de la población adulta mayor está en constante y rápido crecimiento y la forma de enfermar y morir está muy relacionada con estilos de vida poco saludables. Estos indicadores son señales de alarma, para los cuáles los profesionales de la salud debemos responder de manera efectiva y dar respuesta a las necesidades y demandas de salud de los adultos mayores.

El propósito de este trabajo fue conocer y analizar la frecuencia del uso de servicios de salud por adultos mayores y relacionarlos con las funciones esenciales de salud pública, para determinar cuáles son las acciones de enfermería de mayor impacto en la salud poblacional de los adultos mayores.

Este trabajo es parte de un estudio descriptivo y transversal de la Investigación "Calidad interpersonal de enfermería y calidad de vida de los Adultos Mayores México 2007". Programa de Apoyo para la Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT) IN-302607. De donde se tomaron datos de 420 entrevistados a quienes se les realizó una entrevista aplicando la "Encuesta para evaluar percepción de la calidad de la atención de los servicios de enfermería según el nivel de la calidad de vida en los adultos mayores", cuya técnica fue de muestreo probabilístico simple estratificado, de los doce apartados que contiene el instrumento sólo se tomaron las variables de aquellos que tuvieron utilidad para el desarrollo del presente trabajo como son: variables socio-demográficas, variables sobre la situación de salud, demanda de servicios de salud y variables sobre la calidad de la atención de enfermería

El 80% de la muestra hizo uso de los servicios de salud, siendo los de 65-75 años los de mayor prevalencia tanto en hombres como en mujeres, con escolaridad primaria, con un ingreso mensual de uno y menos de un salario mínimo, la frecuencia del uso de servicios fue de 1 a 3 veces por motivos de enfermedades crónicas degenerativas.

Más del 70% de los adultos mayores que utilizó los servicios mencionados tener entre buena y muy buena percepción la calidad de atención de enfermería.

El uso de los servicios de salud, durante el periodo de estudio se relaciona con las características socio demográficas y su estado de salud.

# P R E F A C I O

---

A nivel mundial el envejecimiento de la población, se ha convertido en un fenómeno ampliamente documentado debido a que la estructura poblacional se ha modificado de forma considerable mismo que ha llevado a uno de los problemas socioeconómicos más trascendentes, este problema es de tal impacto que organizaciones internacionales, han analizado el problema poniendo en marcha planes y programas para dar respuestas oportunas, adecuadas, viables a las necesidades de este grupo etario.

México no es la excepción, debido a que su pirámide poblacional se esta invirtiendo de manera considerable, el impacto en nuestro país de este cambio por el aumento de la población mayor de 65 años tiene su relevancia en cuanto a que la esperanza de vida es mayor, no así en la calidad de vida, haciéndose presente en ella padecimientos crónico degenerativos que hacen necesario que el sistema nacional de salud de respuesta a estos retos.

Ante este panorama los programas implementados por el Estado han querido dar solución a la problemática que actualmente viven los adultos mayores en lo que se refiere a su salud. Aunque los esfuerzos por combatir este problema son diversos, la coordinación entre ellos para dar a conocer las medidas a todo el personal que preste servicios de salud no es la adecuada debido a que la información no llega de forma oportuna y veraz al nivel operativo.

La importancia de este trabajo radica en la necesidad y aporte de conocimientos sobre el uso de servicios de salud por parte de los adultos mayores, ya que son contados los estudios relacionados bajo esta temática, que se ha convertido en un problema de salud pública.

Los resultados obtenidos de esta investigación nos proporcionan un panorama más preciso del comportamiento de los adultos mayores así como la eficacia de los servicios de salud en dar respuesta oportuna a las necesidades que demanda este grupo poblacional.

Así mismo, nos muestra la situación de morbilidad que aquejan a esta población, siendo las más representativas las crónico degenerativas así como los problemas infecciosos. Estos resultados nos muestran la carencia que hay de medidas preventivas, promoción a la salud, cambios en los estilos de vida, que impiden que los adultos mayores disfruten de una vida saludable.

La propuesta presentada en este estudio nos vierte una opción para actuar de manera puntual llevando a cabo los programas ya existentes, mejorando la atención brindada por parte de los servicios de salud y al mismo tiempo esto repercutirá de forma favorable en la salud y la calidad de vida de los adultos mayores.

## INTRODUCCIÓN

**D**ebido a la transición demográfica y epidemiológica que actualmente vive la población mexicana, ha traído como consecuencia un incremento en la proporción de individuos de mayor edad que envejecen y son víctimas de enfermedad. Las enfermedades crónicas en este período de la vida son muy frecuentes mismas que a mayor edad, son causa de incapacidad e invalidez. Los hospitales en áreas urbanas de nuestro país tienen una ocupación del 30% con personas de más de 60 años de edad y de los recursos destinados a la salud en gran medida son consumidos por los Adultos Mayores (AM)<sup>1</sup>.

El deterioro del estado de salud de los AM ha conllevado a una baja calidad de vida, aspecto que nos ofrece una visión tanto cualitativa como cuantitativa de las necesidades asistenciales que requieren y por ello es de suma relevancia tomarlos en los primeros planos de importancia para la planeación de la atención a la salud.

Por lo expuesto anteriormente y debido a la magnitud y trascendencia de las enfermedades presentes en los AM, se ha reconocido al envejecimiento como un problema de Salud Pública (SP) y que exige que se pongan en marcha acciones inmediatas que puedan propiciar un porvenir más seguro para los AM<sup>2</sup>.

Para intentar dar respuesta a los problemas de salud que aquejan a la población mundial de donde los AM no son la excepción, organizaciones internacionales han presentado iniciativas de acción bajo la perspectiva de lo esencial de la SP.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), en año 2000 presentó la iniciativa: “La Salud Pública en las Américas”. Resultado de este trabajo se obtuvieron once Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP), cuya definición nace del concepto de la SP, que se refiere a la acción colectiva, que involucra al estado y a la sociedad civil, encaminada a proteger y mejorar la salud de las personas<sup>3</sup>.

Estas funciones esenciales darán las herramientas necesarias para la creación e implementación de programas dirigidos a la población adulta, así mismo permitirán que los servicios de salud sean otorgados de manera eficaz-eficiente.

De igual manera es importante señalar que al hablar de prestación de servicios de salud, no podemos hacer a un lado la calidad de la atención como estos son otorgados. Existen tres elementos que determinan la calidad de la prestación de los servicios en los diferentes niveles de atención tanto públicos como privados a saber son: a) La cobertura, b) La heterogeneidad, y c) La equidad<sup>4</sup>.

Por lo tanto, el Sistema de Salud en México requiere que cada uno de sus miembros dedicados al cuidado de la salud se involucren en las acciones destinadas a mejorar la calidad de los servicios en sus diversos ámbitos.

El profesional de enfermería como miembro clave del equipo de salud debe sumarse y desarrollar la cultura de calidad e incorporarse a los programas de mejora continua, ya que esta profesión es dinámica y por ello modificable en función a las necesidades de la población, así mismo es oportuno implementar estrategias que refuercen la identidad profesional, contribuir al desarrollo de la disciplina, mejorar la organización y credibilidad en los servicios de enfermería, primordialmente en el otorgamiento de cuidados técnicos y científicos humanizados que requieren y demandan los AM.

Por lo tanto es necesario llevar acabo cada una de las FESP, en sus diferentes ámbitos de acción.

Durante el presente trabajo, nos daremos a la tarea de analizar las FESP, con base al Uso de los Servicios de Salud (USS) y la Atención de Enfermería (AE) que reciben los AM.

A partir de los resultados, se considerará, si se está coadyuvando para que los servicios de salud otorgados a los AM sean de mejor calidad, y al mismo tiempo estaremos corroborando la aplicación de las FESP, lo cual implica también la atención de enfermería.

Por las razones expuestas anteriormente consideramos que este trabajo tendrá una utilidad práctica y contribuirá a incrementar los conocimientos actuales sobre este tema.

## MARCO TEÓRICO

### 2.1 El Cambio Demográfico de la Población.

**P**ara la comprensión de éste capítulo es importante recordar tres puntos , el primero de ellos consiste en definir de acuerdo con La Organización Mundial de la Salud (OMS) el concepto de envejecimiento, éste organismo dice que es: “Un proceso fisiológico que se inicia en el momento mismo de la concepción y se hace más evidente después de la madurez, en él se producen cambios cuya resultante es la disminución de la adaptabilidad del organismo a su entorno”<sup>6</sup>, el segundo de ellos consiste en recordar que la dinámica poblacional se basa en el estudio de las poblaciones humanas y sus movimientos debido a tres fenómenos fundamentales; a) natalidad, b) mortalidad y la c) migración. El tercer punto consistirá en analizar el panorama internacional y nacional de los AM.

La transición demográfica consiste en la translación de una población en donde el mayor número de habitantes se ubica en los grupos de menor edad a una población inversa, es decir que debido al incremento en la esperanza de vida, y a la disminución de la natalidad y a la mortalidad más tardía, ahora son los grupos de mayor edad los que concentran la mayor parte de la población.

### 2.2 Panorama Mundial

A nivel mundial a mediados del siglo XX se observó un rejuvenecimiento de la población debido al aumento acelerado de la esperanza de vida y a la disminución de la mortalidad infantil, así como a la leve baja en los niveles de fecundidad. Alrededor de 1970 se produce el máximo rejuvenecimiento de la población mundial. En los últimos treinta años, la estructura poblacional se modificó debido



al intenso descenso de la fecundidad. Ahora, a principios del siglo XXI el envejecimiento de la población será uno de los problemas socioeconómicos más trascendentales de este siglo<sup>7</sup>.

En 1998, La Organización Mundial de la Salud (OMS) realizó su informe anual con base al análisis de las tendencias demográficas y de salud desde 1955 y proyectadas al año 2025, como resultado de éste análisis emitió cincuenta puntos álgidos relevantes. Entre sus principales conclusiones sobresalen las siguientes<sup>8</sup>:

1. El número de personas mayores de 65 años crecerá de las actuales 390 millones a unos 800 millones en el año 2025, alcanzando el 10% de la población mundial total.
2. Para muchos países en desarrollo se espera, especialmente de Latinoamérica y Asia, un crecimiento del 300% en la población de AM.
3. La población de niños menores de 5 años crecerá un 0.25% anual en el periodo 1995-2025, mientras que la población de AM se incrementará a un ritmo del 2.6%.
4. En el mundo, la esperanza de vida al nacer en 1955 era de 48 años; en 1995, 65 años; y en el año 2025 alcanzará los 73 años.

*Help Age International* es una red global de organizaciones sin fines de lucro con la misión de trabajar en todo el mundo con y para las personas mayores en desventaja y lograr una mejoría duradera en la calidad de sus vidas. Ésta organización realizó el *Informe sobre el Envejecimiento y el Desarrollo* en el mundo, dentro de sus principales preocupaciones destaca que el rápido crecimiento del número de personas mayores en todo el mundo está creando una revolución demográfica sin precedentes, ya que durante el pasado siglo y debido a los avances en higiene, suministro de agua, control de enfermedades infecciosas se redujo ostensiblemente el riesgo de muerte prematura y como consecuencia, la proporción de población mayor de 60 años está aumentando rápidamente.

En 1950 había aproximadamente 200 millones de personas mayores de 60 años en el mundo, para el año 2000 fueron 550 millones, y para el 2025 se espera alcanzarán los 1,200 millones<sup>9</sup>.

Los días 5 a 9 de abril de 2002, se reunieron en Madrid España más de 6,000 miembros de organizaciones no gubernamentales de los cinco continentes para realizar el *Foro Mundial ONG sobre Envejecimiento*, este evento fue paralelo a la II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento que convocó la Organización de Naciones Unidas (ONU). Algunas de las estadísticas más relevantes sobre el envejecimiento de la población en el mundo son las siguientes<sup>10</sup>:

1. El 22% de los habitantes del planeta será mayor de 60 años en el 2050.
2. En 2050 habrá 2,000 millones de personas mayores en lugar de los 600 millones que existen actualmente.
3. Un millón de personas, aproximadamente llega cada mes a los 60 años, el 80% de ellas vive en países en desarrollo.
4. Se espera que para 2050 el porcentaje de personas mayores aumente de 8% a 21%, mientras que el de los niños descenderá del 33% a 20%.
5. En las regiones desarrolladas el número de personas de tercera edad supera actualmente al de niños.

En síntesis, la transición demográfica ocasionada por el incremento en la esperanza de vida, y a la disminución de la natalidad y la mortalidad han modificado la estructura poblacional por lo que en un lapso de 10 años la población de AM alcanzará el 10% de la población mundial total y para el año 2050 el 22%. Adicionalmente, no se prevé que las condiciones de vida tengan una mejora sustantiva, sobre todo en los países en desarrollo. Situación que obliga a tomar medidas urgentes para planear la atención médica y de enfermería que estos AM requerirán para la atención integral a su salud.

### **2.3 Panorama Nacional**

El envejecimiento de la población es un tema que suscita creciente interés, principalmente en lo referente a su impacto económico en la sociedad. Este proceso social y demográfico consta de tres niveles: a) a nivel de los individuos, el envejecimiento se refiere a la ampliación de los horizontes de vida derivada del incremento en la sobrevivencia y la longevidad, situación que obligadamente exige nuevas demandas y necesidades específicas; b) a nivel poblacional, el envejecimiento se deriva del descenso de la fecundidad y el incremento en la esperanza de vida y c) a nivel de la sociedad, el envejecimiento es una figura metafórica que ilustra el surgimiento de una estructura demográfica compleja<sup>11</sup>.

En México, los AM son cada día más. En el 2006 se estimó una población de 107.5 millones, lo que representa el 5% de AM de la población total del país. Se calcula que para el año 2030 este sector de la población será de 12%.

La política de población en México, que en 1974 se reorientó hacia la reducción del crecimiento demográfico mediante el empleo intensivo de la anticoncepción moderna, hizo posible uno de los cambios más significativos que se han dado en México, ya que inició el envejecimiento demográfico como parte del gran proceso de transición demográfica moderna, que se concluirá a mediados del siglo XXI. Dicha transición de manera simplificada, constituye el paso de elevados a bajos niveles de mortalidad y fecundidad<sup>12</sup>.

En México, los porcentajes de población mayor de 65 años aún son bajos (4.87% en el año 2000) no obstante, el Consejo Nacional de Población ha estimado que en los próximos cincuenta años se alcanzará el 25%.

La proporción de población mayor de 65 años según estado de residencia, muestra variaciones importantes que van desde 2.3% en Quintana Roo, hasta 6.2% en Zacatecas. Los Estados del norte, el centro del país y el sureste tienen proporciones más bajas de AM que se encuentran por debajo de la media nacional (4.87%), debido principalmente a fenómenos migratorios, el resto de los estados se encuentran arriba de la media nacional. Un fenómeno similar se observa en las ciudades consideradas como polos de desarrollo, estas ostentan una estructura de AM más alta debido principalmente al fenómeno de la disminución de la natalidad así como también a las mejores condiciones de vida que se tienen, tal es el caso de las áreas metropolitanas de Jalisco, Puebla y el Distrito Federal<sup>13</sup>.

## **2.4 Estado de Salud de los Adultos Mayores**

La población mexicana presenta una transición epidemiológica, caracterizada por nuevos daños a la salud (muerte, enfermedad y discapacidad), estos daños tienden a presentarse de manera creciente en los AM.

La mortalidad de los diferentes grupos de edad se ha modificado. En los años 50 la mitad de los decesos se concentraban en los menores de cinco años y el 15% en los AM, para el año 2005 el 50% de las muertes las ocupan los AM, debido a padecimientos no transmisibles, como padecimientos crónicos, discapacidades, procesos neoplásicos, padecimientos mentales y muchos otros procesos patológicos, situación que obligadamente genera nuevas necesidades de servicios de salud.

Un estudio multicéntrico que se desarrolla en siete ciudades de América Latina y el Caribe –en el que se incluye la zona metropolitana de la Ciudad de México- y que tiene por objetivo evaluar el estado de salud de los AM ha mostrado que las

personas de éste grupo están envejeciendo con más problemas funcionales, peor estado de salud y mayores limitaciones de atención en comparación con AM de países desarrollados<sup>14</sup>.

Los conceptos de salud y salud pública, han venido evolucionando, desde que en 1948, la OMS definió la salud como el completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de dolencias o enfermedades; esta expresión ha evolucionado desde una definición conceptual hasta una serie de escalas que permiten medir la percepción general de salud. Tanto la vitalidad, como el dolor y la discapacidad, se dejan influir por las experiencias personales y por la expectativa de una persona<sup>15</sup>.

En la redefinición del concepto de salud, ahora se incluyen las variables de expectativas de salud, capacidad de adaptación al medio, soporte social, autoestima y la habilidad del individuo para competir con limitaciones y discapacidad, mismos que en su conjunto son un indicador de la calidad de vida<sup>16</sup>.

Como podemos advertir, al concepto de salud se le han venido incorporando nuevos elementos de análisis y estudio. Si bien en un principio se hacía referencia únicamente a cuestiones biológicas, pronto se consideró también al medio (estilos de vida, política sanitaria y sistemas de salud) como un factor predisponente al fenómeno salud-enfermedad-muerte. Actualmente, el concepto que engloba todos los anteriores es el de “Calidad de Vida”

## **2.5 Estudios Epidemiológicos en Adultos Mayores**

Considerando que los únicos estudios epidemiológicos probabilísticos existentes en México, que además tienen representatividad nacional, debido a que están realizados en base a un marco muestral maestro, lo que les da un alto nivel de confiabilidad, son los realizados por el Sistema Nacional de Encuestas en Salud, para la realización de éste capítulo, únicamente tomaremos datos de éstas encuestas.

En 1993 la Dirección General de Epidemiología realizó la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas, estudio probabilístico de base poblacional, de estos datos se estudió el subgrupo de 60 a 69 años de edad para determinar las prevalencias de hipertensión arterial y diabetes mellitus, así como la identificación de factores de riesgo genéticos, ambientales y de estilos de vida asociados a dichas enfermedades. Los resultados más relevantes fueron:

La prevalencia de hipertensión fue de 38%, obesidad 25% diabetes 21%. La obesidad se encontró asociada a la hipertensión, mientras que los antecedentes familiares, la microalbuminuria e hipercolesterolemia se asociaron a diabetes mellitus<sup>17</sup>.

En otro estudio similar, pero ahora utilizando los datos de la Encuesta Nacional de Salud II (ENSA II) y analizando los datos del grupo poblacional de 60 años y más, se encontró que las enfermedades crónicas informadas con mayor frecuencia destacan la hipertensión arterial (9.9%), diabetes mellitus (9.0%), cardiopatías (3.3%) y ceguera, sordera o parálisis (2.8%). Sólo se encontraron diferencias por género en la prevalencia de hipertensión arterial, siendo ésta mayor en las mujeres (12.9%) que en los hombres (6.6%). Por otra parte se observa una mayor prevalencia de diabetes, hipertensión arterial, enfermedades del corazón y úlcera gástrica en los residentes de las zonas urbanas.

## **2.6 Servicios de Salud para los Adultos Mayores**

El envejecimiento de la población tiene un significado muy importante para el sector salud, ya que el deterioro funcional que presentan los AM se agrava cuando padecen más de una enfermedad, esta situación se traduce en una mayor demanda de servicios de atención médica.

Los daños a la salud que actualmente aquejan a los AM son las enfermedades crónico-degenerativas y las lesiones, problemas que son más costosos y complejos de tratar, dichos daños generan nuevos retos de atención y la necesidad de movilizar recursos financieros para la salud, además es indispensable modernizar y ampliar la infraestructura sanitaria, así mismo surge la necesidad urgente de capacitación del recurso humano para atender las demandas relacionadas con los padecimientos que están afectando a la población en general pero con una mayor prevalencia a los AM.

El cuidado geriátrico debe enfocarse hacia la evaluación global, la prevención de discapacidades y la protección de la independencia. El objeto es identificar tempranamente factores de riesgo o señales oportunas del deterioro antes de que éste ocurra o sea irreversible. Son escasos los hospitales que cuentan con un servicio de geriatría a pesar de la necesidad de participación de un equipo de especialistas en geriatría y gerontología, cuyo objetivo sea la preservación funcional del paciente envejecido.

La carencia de personal y de servicios especializados de geriatría en las instituciones de salud puede propiciar una atención inadecuada con resultados

negativos tanto para el paciente, sus familiares, así como la duplicidad de esfuerzos y la derrama excesiva de recursos financieros.

Los problemas que comúnmente se presentan en las instituciones de salud que no cuentan con servicios geriátricos son<sup>18</sup>:

1. Egresos prematuros que generan complicaciones, reingresos y alta probabilidad de enfermar y morir.
2. Estancias prolongadas mas allá de lo necesario, que propician estados físicos y psicológicos perjudiciales.
3. Tratamientos tecnificados y agresivos que aumentan las iatrogenias.
4. Limitación de acceso a los servicios de salud, por los altos costos de los tratamientos gerontológico.
5. Consulta externa en la que se solicitan estudios en cada entrevista, gran número de medicamentos prescritos y en ocasiones al regreso del paciente este no sólo no mejora, sino que empeora.

El estado de salud de la población de AM, tiene un peso específico que recae en el sistema de salud e impacta en la eficiencia de los mismos; esta población demanda atención médica con mayor frecuencia que el resto de la población, además los servicios que ellos requieren suelen ser onerosos, en 1999 los egresos hospitalarios de esta población representaron el 12%, cuando en 1993 era sólo el 8.3%, es decir en sólo 6 años incrementaron su demanda de atención en 25%.

Otro serio problema que se enfrentará el Sistema Nacional de Salud en breve tiempo es el financiamiento para la atención de este grupo de población; dos de las enfermedades crónicas prioritarias en el IMSS son la diabetes y la hipertensión arterial, en 1996 se atendieron 280,000 AM, para el año 2000, esta cifra se incremento a 670,000, probablemente, este incremento se debe a la vigilancia que se ejerce desde los programas de atención, no obstante, se estima que en el año 2010 se presentaran 1,100,000 casos y para el año 2020 serán 1,500,000. Los recursos presupuéstales actualmente ya son insuficientes y no está ocurriendo, ni se prevé, un crecimiento de la plantilla del personal ni de la infraestructura<sup>19</sup>.

Es un hecho indiscutible que las consecuencias en el estado de salud del AM dependen en gran medida del nivel socioeconómico, así como de los estilos de vida, estado de nutrición, actividad física, consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, así como de los hábitos de auto cuidado de cada adulto, pero también del tipo de servicio de salud donde se atiende.

Finalmente es importante señalar que en México existen escasos estudios sobre el uso de servicios de salud.

A continuación se muestran los aspectos más importantes de tres documentos analizados con relación al presente trabajo:

a) Uso de los servicios de salud por la población de 60 años y más en México.

1. El 20.5% de la población informó haber tenido algún problema de salud en las dos semanas previas al levantamiento de la encuesta.
2. La edad promedio fue de 69.6 años.
3. La tasa de utilización de los servicios de salud fue de 11.4%, casi el doble de la nacional para todos los grupos de edad que es de 5.8%.
4. El análisis por sexo indica que la tasa de utilización de servicios de salud es en las mujeres la más alta (60.0%).
5. El 66.2% de los usuarios en las zonas rurales y 30.4% en las urbanas no tienen derecho a la seguridad social<sup>20</sup>.

b) De acuerdo a la ENSA II.

1. 53% de los adultos mayores cuentan con seguridad social.
2. De cada 100 derechohabientes 76 pertenecen al IMSS, 17 al ISSSTE, 4 a las Secretarías de Defensa y Marina, o bien a PEMEX o alguna institución de seguridad estatal, los 3 restantes tienen seguro médico privado o por su trabajo.
3. Las mujeres utilizan más los servicios de salud que los hombres, 65 de cada 100 mujeres demandaron algún servicio, mientras que sólo 50 de cada 100 de los hombres, esta diferencia disminuye conforme avanza la edad.
4. En esta encuesta el 84 % de los adultos mayores clasificó como buena la atención médica recibida<sup>21</sup>.

c) Factores que intervienen en la utilización de los servicios de salud por el adulto mayor Tampico – Tamaulipas – México 2003-2004.

1. El 80% uso frecuentemente un servicio de salud y el 20% prefirió no hacerlo.
2. El servicio de salud donde percibieron la atención fue; 44% IMSS, 14% consulta privada, 13% ISSSTE, 11% a centros comunitarios, 7% a PEMEX y 9% a otros servicios.
3. Las mujeres acuden con mayor frecuencia al centro comunitario, y también van, en mayor porcentaje que los hombres, a consulta privada 32% y 20% respectivamente<sup>22</sup>.

## **2.7 Atención de Enfermería a los Adultos Mayores**

En México se ha venido observando una transición epidemiológica, la cual a generado cambios en la manera de enfermar y de morir. Esta transición está muy relacionada al envejecimiento de la población y a la práctica de estilos de vida poco saludables.

Los problemas de salud, que actualmente se presentan en la población de AM, imponen nuevos retos a los profesionales de la enfermería en la manera de organización y gestión de los servicios de salud que este grupo poblacional demanda una atención compleja, duradera y costosa, ya que debió a sus múltiples patologías requieren de la participación de múltiples áreas de especialidad.

Ante esta situación, la protección de la salud de los AM requiere de estrategias integrales, que disminuyan los riesgos a su salud y por consecuencia favorezcan una cultura de salud. Por consiguiente los profesionales de la enfermería deben dar respuesta a las necesidades de salud de los AM adaptando o reestructurando sus servicios basados en altos niveles de calidad, seguridad y eficiencia.

En 2007 el Presidente Felipe Calderón Hinojosa inició una “Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una Mejor Salud”, cuyo objetivo general es disminuir, mediante medidas anticipatorias, el impacto de las enfermedades y lesiones sobre los individuos, familias, comunidades y sociedad en su conjunto.

Dicha estrategia incluye acciones de:

1. Promoción de la salud.
2. Prevención y control de riesgos sanitarios.
3. Detección temprana de enfermedades.

Los resultados que se esperan de estos resultados de esta estrategia son:

1. Evitar muertes.
2. Reducir las tasas de morbilidad.
3. Mejorar los indicadores de calidad y bienestar

Las enfermeras(os) de México, estamos íntimamente ligados a los objetivos y estrategias que marca el Plan Nacional de Salud 2007-2012 y en la atención de los retos en salud que enfrenta nuestra nación. El tercer objetivo que marca este plan es prestar servicios de salud con calidad y seguridad<sup>23</sup>. Para lograr este objetivo es necesario, definir, medir y evaluar en base en la percepción de los usuarios los servicios de enfermería, la opinión que estos tienen de nuestro desempeño.



En el marco de la atención, enfermería debe hacer referencia a la respuesta profesionalizada de los requerimientos de cuidados para la salud de las personas y su entorno (familia y comunidad), adicionalmente, la aportación profesional en los servicios de salud responde a la necesidad de orientación de las prestaciones en base a necesidades reales de la población y requiere:

1. La delimitación del campo de actuación.
2. La sistematización de las prestaciones de cuidados.
3. La evaluación de la efectividad y la eficiencia de la atención.
4. La gestión de los cuidados en el sistema de salud deberá recaer en la dirección enfermera, cuyo perfil será una enfermera con alto grado de capacitación y profesionalidad en el campo de la gestión y de la enfermería.

Al hablar de prestación de servicios no se puede dejar a un lado, la calidad como estos son otorgados por lo tanto abordaremos en los siguientes párrafos la idoneidad de la atención.

El concepto de calidad incluye dos dimensiones: a) La técnica, consistente en seguir la mejor estrategia de atención que la ciencia actual hace posible, y b) La interpersonal, consistente en lograr la mayor satisfacción posible del usuario respetando su autonomía y sus preferencias. Un sistema de salud que no ubica a la calidad en el centro de sus preocupaciones corre el riesgo de gastar su valioso recurso sin lograr el efecto deseado o, peor aún, de producir iatrogenia e insatisfacción<sup>24</sup>.

El informe sobre la salud en el mundo 2000, al referirse a la capacidad de respuesta de un sistema de salud, menciona que este concepto de calidad tiene que ver con la satisfacción o insatisfacción del usuario de las expectativas de la población con respecto al trato que debería recibir, haciendo particular referencia al respeto de los derechos humanos, a la dignidad del paciente y al respeto de su idiosincrasia<sup>25</sup>.

En 1988 se realizó una encuesta a una muestra aleatoria de 2,179 usuarios del Estado de México, en general, la insatisfacción manifestada se debe a la mala calidad técnica de las acciones de exploración y diagnóstico (28%); a los tiempos de espera prolongados (22%); a la deficiente relación interpersonal o el mal trato que brindó el personal (18%); a los efectos negativos o la ausencia de resultados de los medicamentos (14%); a la no resolución de los problemas mediante la atención (12%); y a la deficiente o inadecuada acción terapéutica y acciones de tratamiento durante la consulta (6%)<sup>26</sup>.

De acuerdo con Ishikawa, garantía de calidad “Es asegurar la calidad de un producto de modo que el cliente pueda comprarlo con confianza y utilizarlo largo tiempo con confianza y satisfacción”. En una empresa de salud, la garantía de calidad, es asegurar el servicio de modo que se gane la plena confianza del cliente (paciente o usuario) y su completa satisfacción<sup>27</sup>.

Si bien es cierto que la garantía de calidad en salud es un hecho deseable, cierto es también que ésta se debe de entender como parte de un sistema continuo de retroalimentación en donde la definición de los procedimientos es esencial y necesaria antes de la medición y evaluación, en el caso enfermería en México<sup>28</sup>. La “Comisión Interinstitucional de Enfermería” ha definido ya los “Indicadores de Calidad de la Atención de Enfermería” con la definición, monitoreo y evaluación de éstos indicadores se estarán dando los primeros pasos para sistematización de la “Auditoria en Salud” en enfermería, y con esto se podrá realizar un mejor control en el cumplimiento de las normas, se vigilará más eficientemente el uso de los recursos, se detectarán tempranamente las fallas en el cuidado, se podrán hacer oportunamente recomendaciones específicas para mejorar los procedimientos de atención y se permitirá la evaluación constante.

En el caso de enfermería, la garantía de calidad, se logrará al asegurar que los pacientes o usuarios depositen en nosotros toda su confianza y los cuidados que les proporcionemos sean de su completa satisfacción.

Es importante enfatizar que la evolución histórica de la evaluación de los cuidados de enfermería ha tenido destacados representantes, los más importantes son<sup>29</sup>:

**Tabla 1: Evolución Histórica de los cuidados de Enfermería**

| <b>Autor</b>                 | <b>Año</b>   | <b>Aportación</b>  |
|------------------------------|--------------|--|
| F. Nightingale               | 1858         | Logró reducir la mortalidad entre los heridos de la guerra de Crimen al imponer lineamientos sobre higiene y cuidados básicos de 40 a 2%.    |
| M Phaneuf                    | 1960<br>1968 | Publica los primeros trabajos referentes a la necesidad de auditar la práctica de enfermería.<br>Publica los primeros estándares de calidad. |
| Donabedian                   | 1966         | Establece el marco conceptual de calidad asistencial al definir los conceptos de Estructura, Proceso y Resultado                             |
| American Nursing Association |              | Conceptualización de modelos de trabajo.   |
| R. C. Jelinek                | 1975         | Evaluación de la calidad según diferentes grados de dependencia.   |
| M. Changon                   | 1979         | Método de Apreciación de la Calidad Sobre las Enfermeras.  |
| A. Jacquerye                 | 1983         | Guía para la Evaluación de la Calidad de los Cuidados de Enfermería  |

De acuerdo con Suzanne Kérouac<sup>30</sup> la gestión del cuidado, la enfermera como gestora del cuidado a los pacientes, familias, comunidades y poblaciones se responsabiliza de planificar, organizar, dirigir y controlar los recursos financieros,

humanos y materiales con la intención de atender con la mejor eficacia posible los objetivos de la organización, por consiguiente la enfermera deberá de tener siempre presente al enfermo en su contexto familiar, social y cultural para saber qué prefiere el paciente y dejarle escoger dentro de un tratamiento. Los profesionales de la enfermería tienen que tener en cuenta las variables físicas, psicológicas y socioculturales que existen alrededor del enfermo, porque un mismo tratamiento puede producir efectos diferentes dependiendo de cada situación particular, por esta razón es muy importante buscar la colaboración del paciente y de su familia como participantes activos en los cuidados de la enfermería. Por consiguiente, el personal de enfermería tiene que acompañar al paciente para dejarlo elegir el tipo de atención que quiere recibir.

La atención de enfermería se distingue por ser extremadamente directa, íntima y constante con la persona enferma durante todo el proceso salud-enfermedad, por esta razón los cuidados de la enfermería deben ser un balance perfecto entre lo humanístico y lo científico.

Para el caso particular de este trabajo, sólo nos ocuparemos de la satisfacción del paciente con la atención de enfermería.

## FESP EN RELACIÓN AL USS Y LA AE

### 3.1 Historia de la Salud Pública<sup>31</sup>.

**P**ara el entendimiento más preciso de este capítulo mencionaremos cómo a lo largo de la historia los conceptos de salud/enfermedad han cambiado y a su vez cuales han sido las aportaciones de la salud pública sin que este término se conociera como tal.

Los egipcios pensaban que la enfermedad tenía un origen sobrenatural, mágico-religioso, sus aportaciones para corregir tal situación fueron rituales mágico-psicológicos (esotéricos-religiosas) y remedios dietéticos (empíricas).

En la antigua Grecia encontramos dos vertientes importantes de la salud pública, Higea (prevención) y Panacea (curación), aunque la génesis de la salud/enfermedad siga basada en causas sobrenaturales. Las acciones para la salud pública que se establecieron en esta época fueron: maniobras dietéticas, y desarrollo de la higiene personal.

Con el Imperio Romano se crearon estrategias para la SP de gran importancia estas fueron: Higiene, desarrollo de infraestructura (acueductos, alcantarillado, baños públicos) y la organización de la atención médica (hospitales privados y de esclavos).

En la edad media debido a la pérdida de la higiene e infraestructura, a las condiciones deplorables del medio ambiente y a la aparición de grandes epidemias como la peste y lepra que terminaron con la población en diferentes momentos, se establecieron medidas preventivas (aislamiento y cuarentena), estrategias para la SP.

Durante el renacimiento/Ilustración, la metodología científica posibilitó nuevos avances en el conocimiento de enfermedades y sus mecanismos de transmisión. La higiene pasa de ser un asunto privado a un asunto público, enfatizando así la importancia del medio físico sobre la salud.

Ya en la era industrial/positivismo, nacen las políticas sanitarias públicas que tienen su impacto en la salud de la población, junto con todo esto, los avances tecnológicos y el liberalismo económico se crean nuevos estilos de vida y condiciones de trabajo que afectan la salud de los individuos dando por resultados patologías sobreañadidas y acortamiento de la vida. Debido a estos nuevos factores de afección a la salud se promulga la Ley de salud pública (1800-1890 inglesa), se constituye la OMS (1851 París).

En el siglo XX la esperanza de vida se incrementa y la mortalidad por infecciones se reduce. Se expanden los servicios médicos, las vacunaciones masivas y el uso de antibióticos. Todo esto fue un efecto beneficioso enmascarado haciendo a un lado otros factores esenciales para la salud tales como: alimentación, reducción de la natalidad y salubridad del medio. No se explicaban el origen de las enfermedades presentes en algunos grupos, ni las causas de las enfermedades infecciosas. Por consiguiente en los años 70. Se realiza investigación sobre factores que determinan la salud y su distribución sobre la población (epidemiología). Las nuevas tecnologías trajeron como consecuencia mejoras a la salud aunque la tendencia a la deshumanización sigue en aumento haciendo que se presenten las patologías crónicas vinculadas a los nuevos estilos de vida en la población mundial, donde México no es la excepción.

### **3.2 Crisis de la Salud Pública y las Funciones Esenciales**

Ante el panorama mundial debido a los problemas que afectan la salud de la población y ante la crisis que experimenta la SP, organizaciones internacionales han intentado dar respuesta, analizando desde un punto primigenio rescatando así los elementos esenciales que den sustento a la SP.

El Instituto de Medicina (IM) de Estados Unidos de América (EUA) en 1978 publicó un libro titulado “El futuro de la salud pública”. El propósito principal de este documento era la de que existía una crisis de vastas proporciones en la SP<sup>32</sup>. Gracias al proyecto que resultó del informe sobre el futuro de la SP elaborado por este mismo instituto se introdujo el término de “Funciones Esenciales de Salud Pública”.

Tiempo después la Organización Panamericana de la Salud (OPS) propone la revisión de la situación de la salud pública en América Latina, para definir si la crisis planteada en EUA afecta a los países de la región y en qué medida. Posteriormente se comienza a plantear en la región de las Américas la necesidad

de que la SP se trace cambios, a consecuencia del insuficiente avance de los países en el campo de la salud y de la incapacidad de las sociedades y de los gobiernos de promover y proteger la salud de las poblaciones<sup>33</sup>. Este organismo describe las funciones esenciales como las condiciones que permiten mejorar los métodos de la SP.

Por consecuencia se entiende por FESP a aquellos procesos y movimientos de la sociedad que constituyen condición para el desarrollo integral de la salud y el logro del bienestar y cómo tales orientan y modulan la organización y el comportamiento de los campos, sectores y actores que componen una sociedad determinada<sup>34</sup>.

### **3.3 Atención de Enfermería y las FESP**

Las funciones esenciales no son programas de SP, pero si constituyen la base para crear o mejorar los programas de atención a la salud dirigidos a la población.

Se piensa que el trabajo relacionado con las FESP debería hacerse con grupos interdisciplinarios, pero sin duda alguna es de importancia prestar especial atención a los profesionales de la enfermería ya que esta profesión cumple funciones claves en materia de SP.

En general las enfermeras han participado más y con mayor eficacia en los aspectos de SP, debido a la identificación cercana, la comprensión y la confianza de las enfermeras con sus clientes, su capacidad para comunicarse y sus actitudes para entender los aspectos culturales que están generalmente muy desarrolladas. Estas características que poseen dicho profesional facilitan tanto la prestación de servicios de salud individuales como las FESP dirigidas a la población.

Es de gran trascendencia el trabajo que realiza el profesional de enfermería ya que organizaciones han difundido declaraciones para describir la Enfermería de Salud Pública (ESP). La declaración más reciente es la *Scope and Standards of Public Health Nursing Practice* (Alcances y normas para el ejercicio de la enfermería de salud pública) que describe a la ESP como la práctica para la promoción y la protección de la salud de las poblaciones utilizando conocimientos tanto de las ciencias de enfermería como de las sociales y las de SP<sup>35</sup>.

Finalmente, con el propósito de ilustrar este trabajo, a continuación se presentan las FESP, adoptadas por la iniciativa *“La salud pública en las América”* propuestas

por la OPS<sup>36</sup>. Mismas que en México se han materializado a través de diversas políticas públicas de salud para los AM, así como las principales acciones de enfermería, las cuales se mencionan a continuación.

### **FESP 1: Monitoreo y análisis de la situación de los AM**

- Evaluación actualizada de la situación y las tendencias de salud de los AM
- Identificación de necesidades de salud de los AM, incluida la demanda de servicios de salud.
- Manejo de estadísticas vitales y situación actual de los AM.
- Generación de información útil para el buen desempeño de los servicios de salud a los AM.
- Identificación de recursos externos al sector para mejorar la promoción de la salud y la calidad de vida de los AM.
- Desarrollo de tecnología, experiencia y métodos para el manejo, interpretación y comunicación de la información.
- Desarrollo de organismos de evaluación de la calidad de los dtos reunidos y su correcto análisis.

#### Uso de Servicios de Salud

- Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas. Dirección General de Epidemiología 1993.
- Encuesta Nacional de Salud II.
- Primera Encuesta Nacional sobre Discriminación en México. Por la Secretaría de Desarrollo Social 2005.
- Encuesta Nacional de Adicciones 1993.
- Principales causas de morbilidad 2006.
- Principales causas de mortalidad 2005.

#### Atención de Enfermería

- Diagnóstico de Salud.
- Censos Actualizados.

### **FESP2: Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública de los AM**

- Llevar a cabo investigación y vigilancia de brotes epidémicos, enfermedades transmisibles y no transmisibles, factores de comportamiento, accidentes, exposición a sustancias tóxicas o agentes ambientales perjudiciales para la salud de los AM.

- Contar con infraestructura de salud pública para la realización del análisis de la población AM.
- Desarrollo de programas activos de vigilancia epidemiológica y de control de enfermedades infecciosas de los AM.
- Capacidad de conectarse a redes internacionales que permitan afrontar mejor los problemas de salud de mayor interés de los AM.
- Preparación del Sistema Nacional de Salud (SNS) y su capacidad de vigilancia a nivel local para generar respuestas rápidas, dirigidas al control de problemas de salud o de riesgos específicos que afectan a los AM.

#### Uso de Servicios de Salud

- Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica.
  - Sistema de Notificación Semanal.
  - Sistemas Especiales de Vigilancia Epidemiológica.
  - Red Hospitalaria de Vigilancia Epidemiológica.
  - Sistema Epidemiológico y Estadístico de Defunciones.
  - Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública.

#### Atención de Enfermería

- Notificación oportuna y confiable de información de enfermedades que afectan a la población, la cual se genera desde los diferentes niveles de atención.

### **FESP 3: Promoción de la salud de los AM**

- Fomento de los cambios en los modos de vida y en las condiciones del entorno para el desarrollo de una cultura de la salud de los AM.
- Evaluación del impacto en la salud de las políticas públicas de los AM.
- Desarrollo de acciones educativas y de comunicación social dirigidas a promover condiciones, modos de vida, comportamientos y ambientes saludables para los AM.
- Reorientación de los servicios de salud con el propósito de desarrollar modelos de atención que favorezcan la promoción de la salud.

#### Uso de Servicios de Salud

- A través del Primer, Segundo y Tercer Nivel de Atención.
- Uso de la Cartilla Nacional del Adulto Mayor.
- Uso de la Cartilla para personas mayores de 60 años de PREVENIMSS.



## Atención de Enfermería

- Llevando a cabo acciones del Paquete Básico de Servicios de Salud para Población Abierta.
- Atención al paciente hospitalizado.
- Enseñanza del autocuidado y educación para la salud para la prevención de complicaciones.
- Educación a familiares y convivientes.

## **FESP 4: Participación Social para la Salud de los AM**

- Poder de los ciudadanos para cambiar sus modos de vida y ser parte activa del proceso dirigido al desarrollo de comportamientos y ambientes saludables de manera que influyan en las decisiones que afectan su salud.
- Participación de la comunidad organizada en las decisiones y acciones relativas a los programas de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la salud.

## Uso de Servicios de Salud

- Organismos no gubernamentales.
- Redes sociales.

## Atención de Enfermería

- Visitas domiciliarias.
- Orientación de las actividades que realizan grupos de autoayuda.

## **FESP 5: Desarrollo de políticas y capacidad institucional para la planificación y gestión en materia de salud pública de los AM**

- Definición de objetivos de salud pública, que sean medibles y congruentes con un marco de valores que promueva la igualdad.
- Desarrollo, seguimiento y evaluación de las decisiones, a través de un proceso participativo, que se acoherente con el contexto político y económico en el que se desarrollan esas decisiones.
- Capacidad institucional para la gestión de los sistemas de salud pública, con especial interés en los procesos de construcción, ejecución y evaluación de iniciativas dirigidas a resolver los problemas de salud de los AM.

## Uso de Servicios de Salud

- Políticas para la vejez.
  - Instituto Nacional de la Personas Adultas Mayores (INAPAM).
  - NOM-167-SSA1-1997.
  - Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores.
  - Programa Nacional del Adulto Mayor.

## Atención de Enfermería

- Mantenerse informada y difundir toda información oficial relacionada con la atención a los AM para ayudar a fortalecer una conciencia social en la atención de los AM.

## **FESP 6: Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en material de salud pública de los AM**

- Capacidad institucional para desarrollar el marco reglamentario con el fin de proteger la salud pública y la fiscalización de su cumplimiento.
- Capacidad de generar nuevas leyes y reglamentos dirigidos a mejorar la salud de los AM, así como fomentar el desarrollo de entornos saludables.
- Protección de los AM en sus relaciones con el sistema de salud.

## Uso de Servicios de Salud

- NOM-167-SSA1-1997, para la prestación de servicios de asistencia social para menores y adultos mayores.
- NOM – 001 – SSA2 –1993, Que establece los requisitos arquitectónicos para facilitar el acceso, tránsito y permanencia de los discapacitados a los establecimientos de atención médica del Sistema Nacional de Salud.
- Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores.

## Atención de Enfermería

- Participación de enfermería en diversos grupos interdisciplinarios para el diseño de políticas públicas.

## **FESP 7: Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud para los AM**

- Promoción de la equidad en el acceso efectivo de los AM a los servicios de salud.
- Desarrollo de acciones dirigidas a superar obstáculos de acceso a las intervenciones en materia de salud pública y facilitar la vinculación de los AM a los servicios de salud, sin incluir la financiación de dicha atención.
- Seguimiento y evaluación del acceso a los servicios de salud.
- Estrecha colaboración con instituciones gubernamentales y no gubernamentales con el fin de fomentar el acceso equitativo a los servicios de salud necesarios.

### Uso de Servicios de Salud

- Sistema Nacional de Salud.
  - Secretaría de salud
  - Instituto Mexicano del Seguro Social
  - ISSSTE

### Atención de Enfermería

- Supervisión y evaluación de metas de los programas de salud relacionados con AM.

## **FESP 8: Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública para los AM**

- Identificación de un perfil para los recursos humanos en la salud pública que sea adecuado para la asignación de los servicios de salud pública.
- Educación, capacitación y evaluación del personal de salud pública con el fin de identificar las necesidades de los servicios de salud pública y de la atención de salud.
- Definición de requisitos para la acreditación de profesionales de la salud en general y la adopción de programas de mejoramiento continuo de la calidad de los servicios de salud.
- Formación de alianzas activas con programas de perfeccionamiento profesional que aseguren la adquisición de experiencias en salud pública significativa para todos los estudiantes.
- Desarrollo de capacidades para el trabajo interdisciplinario y multicultural en materia de salud pública.

- Formación ética del personal de salud pública, con especial atención a principios y valores tales como la solidaridad, la igualdad y el respeto a la dignidad de las personas.

#### Uso de los Servicios de Salud.

- Programas Académicos de Salud Pública.
  - Nueve programas en salud pública.
- Programas Académicos para la Atención de los Adultos Mayores.
  - Ocho programas enfocados a la atención de los AM.

#### Atención de Enfermería.

- 

### **FESP 9: Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud a los AM**

- Promoción de la existencia de los sistemas de evaluación y el mejoramiento de la calidad de los servicios.
- Fomento de la elaboración de normas sobre las características básicas que deben tener los sistemas de garantía y mejoramiento de la calidad y supervisión del cumplimiento de los proveedores de servicios.
- Definición, explicación y garantía de los derechos de los usuarios.
- Existencia de un sistema de evaluación de las tecnologías de la salud que colabore en los procesos de adopción de decisiones de todo el sistema de la salud y contribuya a mejorar su calidad.
- Utilización de la metodología científica para la evaluación de intervenciones de diversos grados de complejidad en materia de salud.
- Existencia de sistemas de evaluación de la satisfacción para mejorar la calidad de los servicios de salud.

#### Uso de Servicios de Salud

- Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud.
- Programa Nacional del Adulto y del Anciano.

#### Atención de Enfermería

- Indicadores de calidad en el cuidado.

## FESP 10: Investigación en salud pública

- Investigación rigurosa dirigida a aumentar el conocimiento que apoye la adopción de decisiones en sus diferentes niveles.
- Ejecución y desarrollo de soluciones innovadoras en materia de salud pública, cuyo impacto pueda ser medido y evaluado.
- Establecimiento de alianzas con los centros e instituciones académicas, con el fin de realizar estudios oportunos que apoyen la adopción de decisiones del SNS en todos sus niveles y en todo su campo de actuación.

### Uso de Servicios de Salud

- 

### Atención de Enfermería

Enfermería ha tenido una participación muy activa en la generación de conocimiento en esta área, a continuación se reseñan los principales trabajos:

- González-González BA, Zarza-Arizmendi MD, Zárate-Grajales RA, Salcedo-Álvarez R A, Alba-Leonel A, Rubio-Domínguez S. Adultos Mayores, calidad de Vida y uso de medicina alópata con prácticas alternas, México 2007. Revista CONAMED. 2008; 13 (2): 23–29.
- Aguilar-Navarro S.G. Incontinencia Urinaria en el Adulto Mayor. Rev Enfer Inst Mex del Seguro Soc. 2007; 15(1): 51-56.
- Hernández-Herrera D.E., Ferrer-Villegas J. Prevención de caídas en el adulto mayor: intervención de enfermería. Rev Enfer Inst Mex Seguro Soc 2007; 15(1): 47-50.
- Salcedo-Álvarez R. A., Zárate-Grajales R. A., Zarza-Arizmendi M. D., Reyes-Audiffred V., Rubio-Domínguez S. y Fajardo-Ortiz G. La percepción de los adultos mayores de la calidad de la atención de enfermería. Revista Mexicana de Enfermería cardiológica. 2007; 15 (1):19-23.
- Salcedo-Álvarez R. A., Zárate-Grajales R. A., Zarza-Arizmendi M. D., Reyes V., Rubio-Domínguez S. y Fajardo-Ortiz G. La calidad de vida de los adultos mayores y su percepción en la calidad de la atención de enfermería. Revista Enfermería Universitaria. 2007; 4 (3): 7-9.
- Salcedo-Álvarez R A, Fajardo-Ortiz G, Zarza-Arizmendi MD. Discriminación en adultos mayores y atención de enfermería. Epidemiología. 2007; 24 (52): 1-3.
- Zea MC, Torres BP. Adultos mayores dependientes hospitalizados: la transición del cuidado. Invest Educ Enferm. 2007; (25)1: 40-49.

- Conceicao F.R, Salles R. E, Nogueira C. N, de Freitas R. MT, Silami de M. C, Nogueira M.A. La actuación del equipo de enfermería en la higiene bucal de los ancianos dependientes hospitalizados. Invest. Educ. enferm 2006; 24(1): 48-57.
- Peeñarrieta MI, Mercado EJ, Piñones S, Gutiérrez T, Ángel B. Factores que intervienen en la utilización que hacen los adultos mayores de los servicios de salud. Invest. Educ. enferm 2006; (24)2: 30.38.
- Brigerio M “Envejecimiento exitoso” y “tercera edad”: Problemas y retos para la promoción de la salud. Invest Educ Enferm. 2005; 23(1): 102-109.

### **FESP 11: Reducción del impacto de las emergencias y desastres en la salud de los AM**

- Desarrollo de políticas, la planificación y realización de acciones de prevención, mitigación, preparación, respuestas y rehabilitación temprana para reducir el impacto de los desastres sobre salud pública.
- Enfoque integral con relación a los daños y la etiología de todas las emergencias o desastres posibles en la realidad del país.
- Participación de todo el SNS en la reducción del impacto de emergencias o desastres.
- Gestión de la cooperación intersectorial e internacional en la solución de los problemas de salud generados por emergencias y desastres.

#### Uso de Servicios de Salud

- Participación en la ejecución de políticas públicas de salud.

#### Atención de Enfermería

- Participación de enfermería en los servicios de emergencia y urgencias médicas.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las características socio demográficas y el estado de salud ¿constituyen un factor determinante en el uso de servicios de salud por AM en dos poblaciones del sur de la Ciudad de México?

## OBJETIVOS

### Objetivo General.

“Conocer y analizar la frecuencia del uso de servicios de salud por AM y relacionarlos con las FESP, para determinar cuáles son las acciones de enfermería de mayor impacto en la salud poblacional de los AM” para elaborar propuestas efectivas para el cuidado integral del AM.

### Objetivos específicos

- Identificar características socio demográficas de los AM.
- Describir la frecuencia del uso de los servicios de salud por parte de los AM.
- Indagar el motivo del uso de los servicios de salud por los AM.
- Conocer el estado de salud de los AM.
- Conocer la percepción de la calidad de la atención de enfermería por parte de los AM.
- Elaborar propuestas efectivas para el cuidado integral del AM, relacionadas con las FESP.

## METODOLOGÍA

### 5.1 Diseño

**S**e trató de un estudio observacional, descriptivo y transversal<sup>37 38</sup> esta tesina forma parte de la investigación “Calidad interpersonal de enfermería y calidad de vida de los Adultos Mayores México 2007”. PAPIIT – IN302607 de la cual se tomaron datos de la encuesta aplicadas en Adultos Mayores “Encuesta para evaluar percepción de la calidad de la atención de los servicios de enfermería según el nivel de la calidad de vida en los adultos mayores” México, 2007”.

### 5.2 Población

La población, consistió en un total de 420 adultos mayores encuestados de la localidad de San Luis Tlaxialtemalco y la Unidad de Atención Primaria “Dr. José Castro Villagrana”.

### 5.3 Fuentes de información

Fuente primaria: “Encuesta para evaluar percepción de la calidad de la atención de los servicios de enfermería según el nivel de la calidad de vida en los adultos mayores”. México, 2007”.

Fuente secundaria: referencias bibliográficas de revistas científicas, libros de especialidad del área en cuestión.



## 5.4 Muestra

**Tabla 2: Criterios de muestreo**

| Población   | Situación de los adultos mayores  | Tipo de muestreo   |
|---|---|--|
| AM residentes de la Localidad de San Luis Tlaxiataltemalco.                                       | Se conto con un listado exhaustivo y mapas de localización de las viviendas, los adultos mayores pudieron ser ubicados. | Técnica de muestreo probabilístico                         |
| AM residentes de la zona de influencia de la Unidad de Atención Primaria "Dr. Castro Villagrana". |   | Muestreo aleatorio simple estratificado por conglomerados. |

## 5.5 Criterios

**Tabla 3: Criterios de inclusión y exclusión**

| Criterios de inclusión   | Criterios de exclusión                                    |
|--|---|
| AM residentes de San Luis Tlaxiataltemalco o que demanden algún servicios de salud en cualquiera de las unidades médicas participantes.        | Personas que no sean adultos mayores.                     |
| AM en condiciones de salud física y mental que les permitan uso de razón suficiente para contestar la entrevista de manera lógica y coherente. | AM en estado de coma o con alteraciones de la conciencia. |
| AM que acepten participar.   | AM que no acepten participar.                             |

## 5.6 Variables de estudio

**Tabla 4: Variables socio demográficas**

| Variable                | Definición  | Indicador                               | Reactivo                  | Fuente       |
|-------------------------|---|---|---------------------------|--------------|
| Ocupación               | Actividad productiva actual o última en la que se desempeñó el adulto mayor | Rama específica de un sector productivo | Ocupación actual o última | Cuestionario |
| Nivel máximo de estudio | Nivel académico máximo alcanzado  | Cualitativo ordinal                     | Nivel máximo de estudios  | Cuestionario |
| Edad                    | Tiempo cronológico en años  | Años                                    | N/A                       | Cuestionario |
| Sexo                    | Característica del sexo biológico   | Cualitativo nominal                     | Sexo del entrevistado     | Cuestionario |

**Tabla 5: Variables sobre situación de salud**

| <b>Variable</b>    | <b>Definición</b>                         | <b>Indicador</b>                 | <b>Reactivo</b>   | <b>Fuente</b> |
|--------------------|---|----------------------------------|---|---------------|
| Situación de Salud | Estado de salud que tiene el adulto mayor | Entidades patológicas que padece | Tipo de enfermedad (se exploran enfermedades crónicas, infecciosas, neoplásicas, mentales, discapacidad, dolor crónico y otro tipo de padecimientos). | Cuestionario  |

**Tabla 6: Demanda de servicios de salud**

| <b>Variable</b>           | <b>Definición</b>                                  | <b>Indicador</b>     | <b>Reactivo</b>   | <b>Fuente</b> |
|---------------------------|--|----------------------|---|---------------|
| Demanda de servicios      | Frecuencia de demanda de atención médica           | Cuantitativo ordinal | Durante los últimos seis meses cuantas veces consultó al médico | Cuestionario  |
| Motivo de consulta        | Necesidad de salud que generó la consulta          | Cualitativo nominal  | Cuál o cuales fueron los motivos de la consulta                 | Cuestionario  |
| Derechohabencia           | Institución de salud que le corresponde            | Cualitativo nominal  | Para sus consultas acudió a                                     | Cuestionario  |
| Hospitalización           | Internamiento para la atención                     | Cualitativo nominal  | Durante los últimos seis meses requirió hospitalizarse          | Cuestionario  |
| Motivo de hospitalización | Necesidad de salud que requiere de hospitalización | Cualitativo ordinal  | Cuál fue el motivo de esa hospitalización                       | Cuestionario  |
| Nombre del hospital       | Nombre del hospital donde se atendió               | Cualitativo nominal  | En cual hospital se hospitalizó                                 | Cuestionario  |
| Días estancia             | Número de días que se hospitalizó                  | Cuantitativo ordinal | Cuantos días estuvo hospitalizada                               | Cuestionario  |
| Anti influenza            | Antecedente de inmunización contra la influenza    | Cualitativo nominal  | Le han vacunado contra la influenza                             | Cuestionario  |
| Antineumocócica           | Antecedente de inmunización contra la neumonía     | Cualitativo nominal  | Le han vacunado contra neumococo                                | Cuestionario  |
| Cartilla de salud         | Tenencia de la CNSAM                               | Cualitativo nominal  | Cuenta Usted con su Cartilla Nacional de Salud del Adulto Mayor | Cuestionario  |

**Tabla 7: Atención de enfermería**

| Variable          | Definición  | Indicador   | Reactivo  | Fuente       |
|-------------------|---|---|---|--------------|
| Evaluación global | El adulto mayor emite un juicio de evaluación general.        | Todas las variables referentes a la percepción (Proceso mediante el cual la conciencia integra los estímulos sensoriales sobre objetivos, hechos o situaciones y los transforma en experiencias) de trato digno, se evaluarán con base a una escala cualitativa de cinco variantes. | En general como califica usted la calidad de los servicios de enfermería en donde Usted se atiende. | Cuestionario |
| Recomendaciones   | El adulto mayor hace recomendaciones para aumentar la calidad |   | ¿Qué acciones recomendaría Usted para mejorar los servicios de la atención de enfermería?           | cuestionario |

### 5.7 Instrumentos de medición

Este trabajo se realizó mediante una entrevista, en donde se aplicó una encuesta estructurada con doce apartados.

- A. Datos del encuestador.
- B. Datos de identificación del adulto mayor encuestado.\*
- C. Características de la vivienda.
- D. Situación de salud.\*
- E. Demanda de servicios de salud.\*
- F. Calidad de la atención de enfermería.\*
- G. Autopercepción del estado de salud.\*
- H. Variables exploradoras sobre la capacidad del adulto mayor para realizar actividades básicas de autosuficiencia.
- I. Autopercepción de su estado emocional.
- J. Autopercepción de su estado de integración social.
- K. Satisfacción con los logros obtenidos por el adulto mayor.
- L. Ingresos económicos.\*

Nota: \* Para fines de este trabajo sólo se utilizaron estas variables.

### 5.8 Levantamiento de la información

Para el levantamiento de las cédulas se capacitó a través de un curso-taller a alumnos de nivel licenciatura que cursaban la asignatura de Metodología de la Investigación.

## **5.9 Procesamiento de la información**

Primeramente se codificaron las variables de los cuestionarios, posteriormente se capturaron en una máscara de captura para SPSS versión 15.0 y finalmente analizados con el procesador estadístico de datos del mismo paquete de análisis.

## **5.10 Aspectos éticos**

Para la realización de esta investigación nos adherimos a los principios de la “Declaración de Helsinki<sup>39</sup>” y a los de “La ley General de Salud<sup>40</sup>”, Título Segundo. De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos CAPITULO I Disposiciones Comunes. Artículo 13 y 14.- En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

Esta investigación se considera de riesgo mínimo de acuerdo al artículo 17 y en cumplimiento con los siguientes aspectos mencionados con el Artículo 21.

No obstante, se solicitó el consentimiento informado a cada uno de los participantes y se les informó que estamos estudiando la calidad interpersonal de la atención de enfermería (trato amable, humano y respetuoso) y calidad de vida en los adultos mayores, y que el objetivo de esta investigación es “Conocer la percepción de la calidad interpersonal de la atención de los servicios de enfermería que tienen los adultos mayores de acuerdo a sus características sociodemográficas, de salud y a su nivel de calidad de vida”

Asimismo se les informó que no realizaremos procedimiento de diagnóstico o de tratamiento y que no tomaremos ningún tipo de muestra biológica como sangre, suero, orina, saliva, cabello, etc.

Les informamos que esta investigación no representa ningún riesgo para su salud, ni para su integridad física o moral.

Se informó además que si bien esta investigación No les traerá algún tipo de beneficio directo e inmediato, los resultados que se deriven de ésta, coadyuvarán para mejorar los programas educativos permanentes y continuos, así como los de formación profesional de postgrado de enfermería, y esto se verá reflejado en el incremento de la calidad de la atención de los servicios de enfermería que se otorgan a toda la población.

Se les informó también que toda pregunta, duda o aclaración, será respondida a plena satisfacción por el responsable de este proyecto y que además la firma de la “Carta de aceptación” NO compromete al aceptante absolutamente a nada, ni siquiera a terminar de contestar la encuesta y se le garantizará que NO tendrá

represalia alguna, ni se le condicionará ningún tipo de servicio o de atención médica o de enfermería.

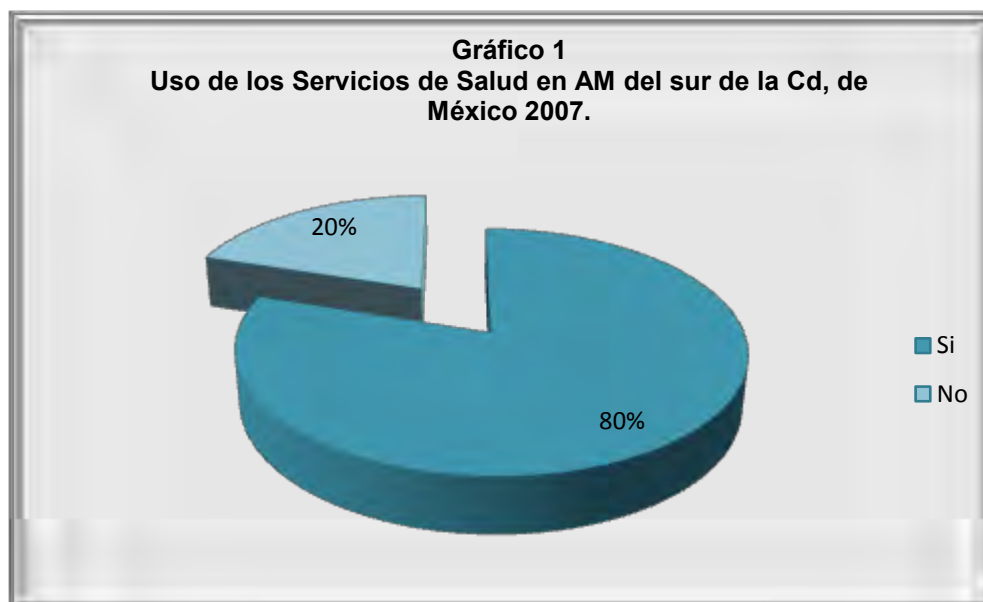
Además, se les informó que No se divulgará ningún dato de manera individual y que toda la información que él proporcione se analizará de manera conjunta y únicamente con fines estadísticos.

Finalmente se dejó muy claro que su participación es plenamente voluntaria y que no recibirá a cambio dádiva alguna ni en producto ni en especie a cambio de su participación en este proyecto de investigación.

La carta de consentimiento informado, se firmó por duplicado y se otorgó al participante, en ella se incluyeron claramente los datos de identificación y de localización del responsable de esta investigación.

## RESULTADOS

**E**l total de personas entrevistadas incluyó a 420 AM. De estos, 336 (80.0%) informó haber utilizado algún servicio de salud en los últimos seis meses de realizada la entrevista. Así mismo 84 personas (20.0%) mencionó no haber utilizado algún servicio de salud (gráfica 1).



Fuente: Elaboración propia con base en datos del proyecto "Calidad interpersonal en la atención de enfermería y calidad de vida en adultos mayores" México 2007. PAPIIT. IN-30207.

El análisis por sexo indica que la mayor demanda de servicios fue por parte de las mujeres en comparación con los hombres, en cuanto a las personas que no utilizaron servicios de salud, 32 (22.3%) fueron masculinos y 52 (18.8%) femeninos (cuadro 1).

| <b>Cuadro 1</b>   |                |          |                |          |              |          |
|---|----------------|----------|----------------|----------|--------------|----------|
| <b>Uso de Servicios de Salud por sexo en AM del sur de la Cd. México, 2007.</b> |                |          |                |          |              |          |
| <b>Variable</b>   | <b>Hombres</b> |          | <b>Mujeres</b> |          | <b>Total</b> |          |
|   | <b>Nº</b>      | <b>%</b> | <b>Nº</b>      | <b>%</b> | <b>Nº</b>    | <b>%</b> |
| <b>Si</b>   | 111            | 77.7     | 225            | 81.2     | 336          | 80.0     |
| <b>No</b>   | 32             | 22.3     | 52             | 18.8     | 84           | 20.0     |
| <b>Total</b>  | 143            | 34.0     | 277            | 66.0     | 420          | 100.0    |

Fuente: Elaboración propia con base en datos del proyecto "Calidad interpersonal en la atención de enfermería y calidad de vida en adultos mayores" México 2007. PAPIIT. IN-30207.

Los resultados por grupo de edad y sexo muestran que las personas entre 65-75 años de edad que hicieron uso de los servicios de salud ocupan el primer lugar, 157 son mujeres (69.7%) y 74 hombres (66.6%). De igual manera la edad en primer lugar de los que no utilizaron los servicios de salud se encuentran entre 65-75 años, 40 mujeres (77.0%) y 25 hombres (78.0%), cabe señalar que se encontraron 2 personas del género femenino que hicieron uso de los servicios de salud con más de 96 años y representa el 1.0%. (cuadro2).

| <b>Cuadro 2</b>   |                |          |           |          |              |          |                |          |           |          |              |          |
|---|----------------|----------|-----------|----------|--------------|----------|----------------|----------|-----------|----------|--------------|----------|
| <b>Uso de Servicios de Salud por grupo de edad y sexo en AM del sur de la Cd, de México 2007.</b> |                |          |           |          |              |          |                |          |           |          |              |          |
| <b>Grupo de Edad</b>  | <b>Hombres</b> |          |           |          |              |          | <b>Mujeres</b> |          |           |          |              |          |
|   | <b>SI</b>      |          | <b>NO</b> |          | <b>Total</b> |          | <b>SI</b>      |          | <b>NO</b> |          | <b>Total</b> |          |
|   | <b>Nº</b>      | <b>%</b> | <b>Nº</b> | <b>%</b> | <b>Nº</b>    | <b>%</b> | <b>Nº</b>      | <b>%</b> | <b>Nº</b> | <b>%</b> | <b>Nº</b>    | <b>%</b> |
| <b>65-75 años</b>   | 74             | 66.7     | 25        | 78.1     | 99           | 69.2     | 157            | 69.7     | 40        | 77.0     | 197          | 71.1     |
| <b>76-85 años</b>   | 30             | 27.0     | 4         | 12.6     | 34           | 23.8     | 54             | 24.0     | 10        | 19.2     | 64           | 23.1     |
| <b>86-95 años</b>   | 7              | 6.3      | 3         | 9.3      | 10           | 7.0      | 12             | 5.3      | 1         | 1.9      | 13           | 4.8      |
| <b>96 y + años</b>  | 0              | 0.0      | 0         | 0.0      | 0            | 0.0      | 2              | 1.0      | 1         | 1.9      | 3            | 1.0      |
| <b>Total</b>  | 111            | 77.7     | 32        | 22.3     | 143          | 100.0    | 225            | 81.2     | 52        | 18.8     | 277          | 100.0    |

Fuente: Elaboración propia con base en datos del proyecto "Calidad interpersonal en la atención de enfermería y calidad de vida en adultos mayores". México 2007. PAPIIT. IN-302607.

En lo que respecta al nivel de escolaridad en los AM entrevistados que hicieron uso de los servicios, se observa en primer término que 75 (33.3%) mujeres cuentan con primaria incompleta y 32 (28.9%) hombres con primaria completa, en cuanto a las mujeres y los hombres que no hicieron uso de los servicios, la cifra más significativa cuentan con la primaria completa, 10 (31.2%) hombres y 22 (42.3%) mujeres. (Cuadro 3)

**Cuadro 3**  
**Uso de Servicios de Salud por escolaridad y sexo en AM del sur de la Cd, de México 2007.**

| Escolaridad         | Hombres |      |    |      |       |       | Mujeres |      |    |      |       |       |
|---------------------|---------|------|----|------|-------|-------|---------|------|----|------|-------|-------|
|                     | SI      |      | NO |      | Total |       | SI      |      | NO |      | Total |       |
|                     | Nº      | %    | Nº | %    | Nº    | %     | Nº      | %    | Nº | %    | Nº    | %     |
| Sabe leer/escribir  | 17      | 15.3 | 2  | 6.2  | 19    | 13.2  | 36      | 16.0 | 8  | 15.3 | 44    | 16.0  |
| Primaria incompleta | 26      | 23.4 | 9  | 28.1 | 35    | 24.4  | 75      | 33.3 | 12 | 23.0 | 87    | 31.4  |
| Primaria completa   | 32      | 28.9 | 10 | 31.2 | 42    | 29.3  | 62      | 27.5 | 22 | 42.3 | 84    | 30.3  |
| Secundaria          | 12      | 10.8 | 2  | 6.2  | 14    | 9.9   | 12      | 5.3  | 1  | 2.0  | 13    | 4.7   |
| Bachillerato        | 6       | 5.4  | 1  | 3.1  | 7     | 5.0   | 21      | 9.3  | 5  | 9.6  | 26    | 9.3   |
| Licenciatura        | 13      | 11.7 | 6  | 19.0 | 19    | 13.2  | 13      | 6.0  | 0  | 0.0  | 13    | 4.7   |
| NS/NR               | 5       | 4.5  | 2  | 6.2  | 7     | 5.0   | 6       | 2.6  | 4  | 7.7  | 10    | 3.6   |
| <b>Total</b>        | 111     | 77.7 | 32 | 22.3 | 143   | 100.0 | 225     | 81.2 | 52 | 18.8 | 277   | 100.0 |

Fuente: Elaboración propia con base en datos del proyecto "Calidad interpersonal en la atención de enfermería y calidad de vida en adultos mayores". México 2007. PAPIIT. IN-302607.

Con lo que respecta a la ocupación y que hicieron uso de los servicios de salud, de los más representativos, 30 hombres (27%) cuentan con un oficio, mientras que 129 mujeres (57.3 %) se dedican al hogar, 12 hombres (10.8%) y 16 mujeres (7.1%) son comerciantes. Es importante destacar que 7 hombres (6.3%) y 16 mujeres (7.1%) mencionó no trabajar y que 42 hombres (37.8%) y 44 mujeres (19.6) no sabe o no respondió a la pregunta.

**Cuadro 4**  
**Uso de Servicios de Salud según ocupación y sexo en AM del sur de la Cd, de México 2007.**

| Ocupación           | Hombres |      |    |      |       |       | Mujeres |      |    |      |       |       |
|---------------------|---------|------|----|------|-------|-------|---------|------|----|------|-------|-------|
|                     | SI      |      | NO |      | Total |       | SI      |      | NO |      | Total |       |
|                     | Nº      | %    | Nº | %    | Nº    | %     | Nº      | %    | Nº | %    | Nº    | %     |
| Algún oficio        | 30      | 27.0 | 15 | 47.0 | 45    | 32.0  | 3       | 1.3  | 2  | 3.8  | 5     | 2.0   |
| Empleado            | 9       | 8.1  | 3  | 9.3  | 12    | 8.3   | 12      | 5.3  | 1  | 2.0  | 13    | 4.6   |
| Hogar               | 2       | 1.8  | 0  | 0.0  | 2     | 1.3   | 129     | 57.3 | 30 | 57.6 | 159   | 57.4  |
| Comerciante         | 12      | 10.8 | 4  | 12.5 | 16    | 11.1  | 16      | 7.1  | 4  | 7.6  | 20    | 7.2   |
| Jubilado/Pensionado | 8       | 7.2  | 0  | 0.0  | 8     | 5.5   | 2       | 1.0  | 0  | 0.0  | 2     | 0.7   |
| No trabaja          | 7       | 6.3  | 1  | 3.1  | 8     | 5.5   | 16      | 7.1  | 1  | 2.0  | 17    | 6.1   |
| Otros               | 1       | 1.0  | 1  | 3.1  | 2     | 1.3   | 3       | 1.3  | 0  | 0.0  | 3     | 1.0   |
| NS/NR               | 42      | 37.8 | 8  | 25.0 | 50    | 35.0  | 44      | 19.6 | 14 | 27.0 | 58    | 21.0  |
| <b>Total</b>        | 111     | 77.7 | 32 | 22.3 | 143   | 100.0 | 225     | 81.2 | 52 | 18.8 | 277   | 100.0 |

Fuente: Elaboración propia con base en datos del proyecto "Calidad interpersonal en la atención de enfermería y calidad de vida en adultos mayores". México 2007. PAPIIT. IN-302607.



De los usuarios de los servicios de salud 108 (48.0%) de las mujeres reportó tener < de 1 salario mensual y sólo 2(0.8%) personas perciben más de 6 salarios, así mismo 46 (41.4%) hombres percibe < de 1 salario. De igual forma tanto hombres como mujeres que no hicieron uso de los servicios perciben < de 1 salario mensual, 12 hombres (37.6%) y 31 mujeres (59.6%) de los más representativos. (Cuadro 5).

**Cuadro 5**  
**Uso de Servicios de Salud por nivel de ingreso y sexo en AM del sur de la Cd, de México 2007.**

| Nivel de Ingreso | Hombres    |             |           |             |            |              | Mujeres    |             |           |             |            |              |
|------------------|------------|-------------|-----------|-------------|------------|--------------|------------|-------------|-----------|-------------|------------|--------------|
|                  | SI         |             | NO        |             | Total      |              | SI         |             | NO        |             | Total      |              |
|                  | Nº         | %           | Nº        | %           | Nº         | %            | Nº         | %           | Nº        | %           | Nº         | %            |
| ≤1 salario       | 46         | 41.4        | 12        | 37.6        | 58         | 40.5         | 108        | 48.0        | 31        | 59.6        | 139        | 50.0         |
| 1 salario        | 38         | 34.2        | 8         | 25.0        | 46         | 32.1         | 53         | 23.5        | 12        | 23.0        | 65         | 23.6         |
| 2 salarios       | 6          | 5.4         | 3         | 9.3         | 9          | 6.2          | 10         | 4.4         | 4         | 7.6         | 14         | 5.0          |
| 3 salarios       | 3          | 2.7         | 4         | 12.6        | 7          | 5.0          | 12         | 5.3         | 2         | 3.9         | 14         | 5.0          |
| 4 salarios       | 1          | 1.0         | 1         | 3.1         | 2          | 1.3          | 3          | 1.3         | 0         | 0.0         | 3          | 1.0          |
| 5 salarios       | 3          | 2.7         | 1         | 3.1         | 4          | 3.0          | 4          | 1.7         | 2         | 3.9         | 6          | 2.1          |
| 6 salarios       | 3          | 2.7         | 0         | 0.0         | 3          | 2.0          | 1          | 0.4         | 1         | 2.0         | 2          | 1.0          |
| ≥ 7 salarios     | 3          | 2.7         | 0         | 0.0         | 3          | 2.0          | 1          | 0.4         | 0         | 0.0         | 1          | 0.3          |
| NS/NR            | 8          | 7.2         | 3         | 9.3         | 11         | 7.9          | 33         | 15.0        | 0         | 0.0         | 33         | 12.0         |
| <b>Total</b>     | <b>111</b> | <b>77.7</b> | <b>32</b> | <b>22.3</b> | <b>143</b> | <b>100.0</b> | <b>225</b> | <b>81.2</b> | <b>52</b> | <b>18.8</b> | <b>277</b> | <b>100.0</b> |

Fuente: Elaboración propia con base en datos del proyecto "Calidad interpersonal en la atención de enfermería y calidad de vida en adultos mayores". México 2007. PAPIIT. IN-302607.

Del total de la población 336 (80.0%), que utilizó los servicios de salud, 123 (36.8%) de los individuos presenta al menos un proceso patológico, 81 individuos (24.1%) dos procesos, 53 (16.0%) tres procesos; el número de procesos identificados en una sola persona (0.2%) es hasta de siete. Cabe destacar que 44 (13.0%) de los AM no presentaron enfermedad alguna. (Cuadro 6)

**Cuadro 6**  
**Uso de Servicios de Salud según número de enfermedad en AM del sur de la Cd, de México 2007.**

| Nº Enfermedades | Si         |             | No        |             | Total      |              |
|-----------------|------------|-------------|-----------|-------------|------------|--------------|
|                 | Nº         | %           | Nº        | %           | Nº         | %            |
| Una             | 123        | 36.8        | 23        | 27.3        | 146        | 35.0         |
| Dos             | 81         | 24.1        | 10        | 12.0        | 91         | 21.8         |
| Tres            | 53         | 16.0        | 2         | 2.3         | 55         | 13.0         |
| Cuatro          | 24         | 7.1         | 3         | 3.5         | 27         | 6.4          |
| Cinco           | 8          | 2.3         | 0         | 0.0         | 8          | 1.9          |
| Seis            | 2          | 0.5         | 0         | 0.0         | 2          | 0.4          |
| Siete           | 1          | 0.2         | 0         | 0.0         | 1          | 0.2          |
| Ninguna         | 44         | 13.0        | 41        | 48.9        | 85         | 20.2         |
| NS/NR           | 0          | 0.0         | 5         | 6.0         | 5          | 1.1          |
| <b>Total</b>    | <b>336</b> | <b>80.0</b> | <b>84</b> | <b>20.0</b> | <b>420</b> | <b>100.0</b> |

Fuente: Elaboración propia con base en datos del proyecto "Calidad interpersonal en la atención de enfermería y calidad de vida en adultos mayores". México 2007. PAPIIT. IN-302607.

Los procesos patológicos identificados en esta población se han agrupado de la siguiente manera: enfermedades crónico degenerativas (Diabetes Mellitus e hipertensión arterial), enfermedades infecciosas (Infecciones Respiratorias Agudas (IRAS) y Enfermedades Diarreicas Agudas (EDAS)), Neoplasias, Enfermedades mentales (depresión, Alzheimer y Parkinson), discapacidades (parálisis, sordera y ceguera), dolor crónico y otras afecciones (accidentes, caídas y violencia). (Cuadro 7)

| <b>Cuadro 7</b>  |            |             |           |            |            |              |
|--|------------|-------------|-----------|------------|------------|--------------|
| <b>Uso de Servicios de Salud según grupo de enfermedad en AM del sur de la Cd, de México 2007.</b> |            |             |           |            |            |              |
| Grupo de Enfermedades  | SI         |             | NO        |            | Total      |              |
|  | Nº         | %           | Nº        | %          | Nº         | %            |
| Crónico-degenerativas  | 189        | 33.7        | 20        | 36.3       | 209        | 34.0         |
| Infecciones  | 63         | 11.2        | 0         | 0.0        | 63         | 10.2         |
| Neoplasias   | 7          | 1.2         | 0         | 0.0        | 7          | 1.1          |
| Salud mental   | 49         | 8.9         | 4         | 7.2        | 53         | 8.6          |
| Discapacidades   | 68         | 12.1        | 11        | 20.0       | 79         | 12.9         |
| Dolor  | 97         | 17.2        | 8         | 14.5       | 105        | 17.0         |
| Otras afecciones   | 88         | 15.7        | 12        | 22.0       | 100        | 16.2         |
| <b>Total</b>   | <b>561</b> | <b>91.0</b> | <b>55</b> | <b>9.0</b> | <b>616</b> | <b>100.0</b> |

Fuente: Elaboración propia con base en datos del proyecto "Calidad interpersonal en la atención de enfermería y calidad de vida en adultos mayores". México 2007. PAPIIT. IN-302607.

En el rubro según grupo de enfermedad sobresalen las enfermedades crónico-degenerativas 189 (33.7%), dentro de las cuales la hipertensión arterial cuenta con 91 casos (48.1%), la diabetes Mellitus con 58 casos (30.8%) y la combinación de ambas 40 casos (21.1%). De los AM, 97 (17.2%) viven con presencia de dolor; en otras afecciones 88 (15.7%), de estas sobresalen las caídas con 73 (83.0%), los accidentes 12 (13.6%) y la violencia 3 (3.4%). Las personas que viven con algún tipo de discapacidad son 68 (12.1%), la sordera está en el primer sitio con 26 (38.2%), seguida de la ceguera con 23 (34.0%) y parálisis con 14 (20.5%). (Cuadro 8). Los procesos infecciosos también están presentes en esta población estudiada con 63 (11.2%) casos, (cuadro 7); ocupando el primer sitio las IRAS con 37 casos (58.8%), seguida de las EDAS 26 casos (41.2%). (Cuadro 8).

| <b>Cuadro 8</b>   |   |       |       |
|---|---|-------|-------|
| <b>Uso de Servicios de Salud según grupo de enfermedad* en AM del sur de la Cd, de México 2007.</b> |   |       |       |
| Grupo de enfermedad   |   | Nº    | %     |
| Crónico-degenerativas   | Diabetes Mellitus (DM)                  | 58    | 30.8  |
|   | Hipertensión Arterial Sistémica (HAS)   | 91    | 48.1  |
|   | Ambas (DM / HAS)                        | 40    | 21.1  |
|   | Total                                   | 189   | 100.0 |
| Infecciones   | Infecciones Respiratorias Agudas (IRAS) | 37    | 58.8  |
|   | Enfermedades Diarreicas agudas (EDAS)   | 26    | 41.2  |
|   | Total                                   | 63    | 100.0 |
| Neoplasias  | • No específicas                        | 7     |       |
| Salud Mental  | Depresión                               | 35    | 71.6  |
|   | Alzheimer                               | 5     | 10.2  |
|   | Parkinson                               | 5     | 10.2  |
|   | Depresión / Párkinson                   | 2     | 4.0   |
|   | Depresión / Alzheimer                   | 2     | 4.0   |
| Total   | 49                                      | 100.0 |       |
| Discapacidad  | Parálisis                               | 14    | 20.5  |
|   | Sordera                                 | 26    | 38.2  |
|   | Ceguera                                 | 23    | 34.0  |
|   | Sordera / ceguera                       | 5     | 7.3   |
| Total   | 68                                      | 100.0 |       |
| Presencia de dolor  | Dolor                                   | 97    |       |
| Otras afecciones  | Accidentes                              | 12    | 13.6  |
|   | Caídas                                  | 73    | 83.0  |
|   | Violencia                               | 3     | 3.4   |
|   | Total                                   | 88    | 100.0 |

Fuente: Elaboración propia con base en datos del proyecto "Calidad interpersonal en la atención de enfermería y calidad de vida en adultos mayores". México 2007. PAPIIT. IN-302607.

Con relación a la frecuencia de consultas que los AM demandaron, encontramos que 68 hombres (61.0%) y 137 mujeres tuvo de una a tres consultas, cabe resaltar que el número de consultas mencionadas por 4 hombres y 5 mujeres fue de hasta diez consultas. (Cuadro 9).

**Cuadro 9**  
**Uso de Servicios de Salud por número de consultas en AM del sur de la Cd, de México 2007**

| Nº Consultas | Hombres    |             | Mujeres    |             | Total      |              |
|--------------|------------|-------------|------------|-------------|------------|--------------|
|              | Nº         | %           | Nº         | %           | Nº         | %            |
| 1-3 veces    | 68         | 61.2        | 137        | 61.0        | 205        | 61.0         |
| 4-6 veces    | 33         | 29.8        | 75         | 33.3        | 108        | 32.1         |
| 7-9 veces    | 6          | 5.4         | 8          | 3.5         | 14         | 4.1          |
| 10 y + veces | 4          | 3.6         | 5          | 2.2         | 9          | 2.8          |
| <b>Total</b> | <b>111</b> | <b>33.0</b> | <b>225</b> | <b>66.9</b> | <b>336</b> | <b>100.0</b> |

Fuente: Elaboración propia con base en datos del proyecto "Calidad interpersonal en la atención de enfermería y calidad de vida en adultos mayores". México 2007. PAPIIT. IN-302607.

Entre los motivos más frecuentes que los entrevistados reportaron en su búsqueda de atención médica prevalecieron las enfermedades crónico degenerativas 172 episodios (51.1%), por infecciones 40 episodios (12.0%); es importante resaltar que 37 AM (11.0%) acudieron a los servicios de salud para recibir un chequeo general y sólo 11 (3.2%) demandó servicios preventivos. (Cuadro 10)

**Cuadro 10**  
**Uso de Servicios de Salud según motivo de la consulta en AM del sur de la Cd, de México 2007**

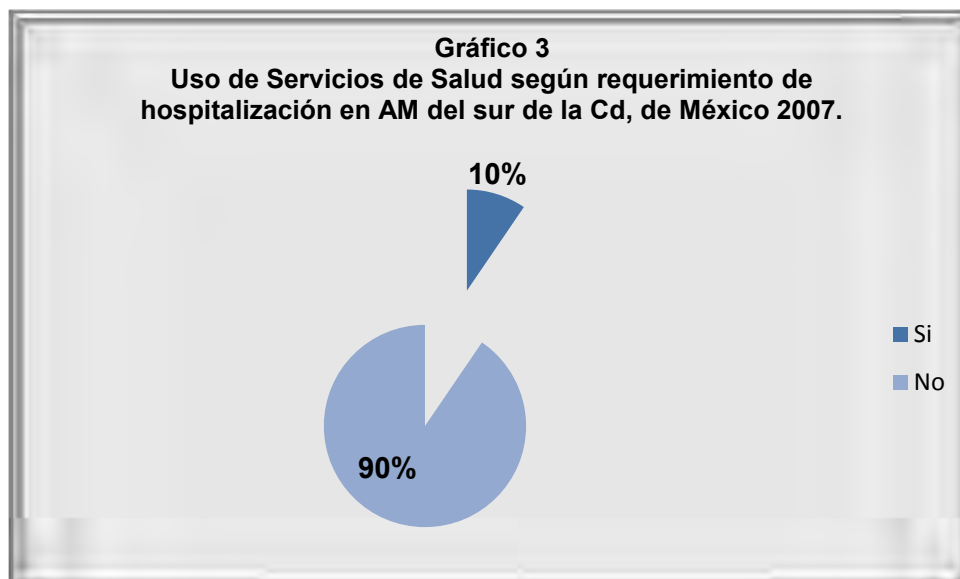
| Motivo de Consulta                   | Nº         | %            |
|--------------------------------------|------------|--------------|
| Enfermedades crónicas                | 172        | 51.1         |
| Infecciones                          | 40         | 12.0         |
| Enfermedades mentales                | 3          | 1.0          |
| Dolor                                | 24         | 7.1          |
| Accidentes, caídas y violencia       | 23         | 7.0          |
| Problemas óseos                      | 11         | 3.2          |
| Problemas oculares                   | 10         | 3.0          |
| Chequeo general                      | 37         | 11.0         |
| Servicios preventivos (vacunación)   | 11         | 3.2          |
| Otras causas (problemas de próstata) | 5          | 1.4          |
| <b>Total</b>                         | <b>336</b> | <b>100.0</b> |

Fuente: Elaboración propia con base en datos del proyecto "Calidad interpersonal en la atención de enfermería y calidad de vida en adultos mayores". México 2007. PAPIIT. IN-302607.

Con lo que respecta a las instituciones que otorgaron dicha atención que demandaron los AM, la secretaría de salud se colocó en primer sitio con 165 (49.1%), seguida del instituto mexicano del seguro social 66 (19.7%), la atención privada prevaleció con 60 (18.0%) y con 44 (13.0%) la otorgó el ISSSTE. (Gráfico 2)



Fuente: Elaboración propia con base en datos del proyecto "Calidad interpersonal en la atención de enfermería y calidad de vida en adultos mayores". México 2007. PAPIIT. IN-302607.



Fuente: Elaboración propia con base en datos del proyecto "Calidad interpersonal en la atención de enfermería y calidad de vida en adultos mayores". México 2007. PAPIIT. IN-302607.

El 10.0% de los individuos que hicieron uso de los servicios requirió ser hospitalizado (gráfico 3), debido a causas como: eventos quirúrgicos 11 (34.3%), complicaciones por diabetes Mellitus, accidentes y otras causas (hemorroides, vértigo, fatiga, supresión etílica e intoxicación) con 5 (15.6%) cada uno, así como 4 (12.7%) por infarto al miocardio. (Cuadro 11)

| <b>Cuadro 11</b>  |           |              |
|---|-----------|--------------|
| <b>Uso de Servicios de Salud según motivo de hospitalización en AM del sur de la Cd, de México 2007</b> |           |              |
| <b>Motivo de Hospitalización</b>  | <b>Nº</b> | <b>%</b>     |
| <b>Eventos quirúrgicos</b>  | 11        | 34.3         |
| <b>Complicaciones por DM</b>  | 5         | 15.6         |
| <b>Accidentes</b>   | 5         | 15.6         |
| <b>Infarto al miocardio</b>   | 4         | 12.7         |
| <b>Problemas digestivos (gastritis)</b>   | 1         | 3.1          |
| <b>Problemas respiratorios (neumonía)</b>   | 1         | 3.1          |
| <b>Otras causas (hemorroides, vértigo, fatiga, supresión etílica e intoxicación)</b>                    | 5         | 15.6         |
| <b>Total</b>  | <b>32</b> | <b>100.0</b> |

Fuente: Elaboración propia con base en datos del proyecto "Calidad interpersonal en la atención de enfermería y calidad de vida en adultos mayores". México 2007. PAPIIT. IN-302607.

En relación al uso de servicios de salud según motivos de hospitalización y días de estancia se encontró que los eventos quirúrgicos están en primera instancia con 11 eventos (34.3%) de los cuales 5 tuvieron entre 4-6 días de estancia y de 1-3 días con tres eventos cada uno. (cuadro12).

| <b>Cuadro 12</b>   |                         |             |                 |             |                 |             |                    |             |              |            |
|--|-------------------------|-------------|-----------------|-------------|-----------------|-------------|--------------------|-------------|--------------|------------|
| <b>Uso de Servicios de Salud según motivo de hospitalización y días de estancia en AM del sur de la Cd, de México 2007</b> |                         |             |                 |             |                 |             |                    |             |              |            |
| <b>Motivos</b>   | <b>Días de Estancia</b> |             |                 |             |                 |             |                    |             |              |            |
|  | <b>1-3 días</b>         |             | <b>4-6 días</b> |             | <b>7-9 días</b> |             | <b>10 y + días</b> |             | <b>Total</b> |            |
|  | <b>Nº</b>               | <b>%</b>    | <b>Nº</b>       | <b>%</b>    | <b>Nº</b>       | <b>%</b>    | <b>Nº</b>          | <b>%</b>    | <b>Nº</b>    | <b>%</b>   |
| Eventos quirúrgicos  | 3                       | 33.3        | 5               | 55.5        | 0               | 0.0         | 3                  | 30.0        | 11           | 34.3       |
| Complicaciones por DM  | 1                       | 11.1        | 1               | 11.1        | 2               | 50.0        | 1                  | 10.0        | 5            | 15.6       |
| Accidentes   | 2                       | 22.2        | 0               | 0.0         | 1               | 25.0        | 2                  | 20.0        | 5            | 15.6       |
| Infarto al miocardio   | 0                       | 0.0         | 1               | 11.1        | 0               | 0.0         | 3                  | 30.0        | 4            | 12.7       |
| Problemas digestivos (gastritis)   | 1                       | 11.1        | 0               | 0.0         | 0               | 0.0         | 0                  | 0.0         | 1            | 3.1        |
| Problemas respiratorios (neumonía)   | 0                       | 0.0         | 0               | 0.0         | 0               | 0.0         | 1                  | 10.0        | 1            | 3.1        |
| Otras causas (hemorroides, vértigo, fatiga, supresión etílica e intoxicación)  | 2                       | 22.2        | 2               | 22.2        | 1               | 0.0         | 0                  | 0.0         | 5            | 15.6       |
| <b>Total</b>   | <b>9</b>                | <b>28.1</b> | <b>9</b>        | <b>28.1</b> | <b>4</b>        | <b>12.5</b> | <b>10</b>          | <b>31.2</b> | <b>32</b>    | <b>100</b> |

Fuente: Elaboración propia con base en datos del proyecto "Calidad interpersonal en la atención de enfermería y calidad de vida en adultos mayores". México 2007. PAPIIT. IN-302607.

De los AM que hicieron uso de servicios 54 (48.7) individuos masculinos y 138 (61.3), mujeres contaron con su cartilla nacional del adulto mayor, así mismo 48 (43.2%) hombres y 68 (30.2) mujeres no contaron con dicha herramienta para el control de su salud.

En este rubro se encontró que 11 (34.3%) hombres y 15 (28.8) mujeres si contaron con su cartilla pero no hicieron uso de los servicios de salud. También se observó que el 20 (62.6%) de hombres y 34 (65.3) mujeres no contaba con su cartilla y tampoco utilizó algún servicio. (Cuadro 13).

**Cuadro 13**  
**Uso de Servicios de Salud en AM del sur de la Cd, de México 2007**

| Cartilla Nacional del Adulto Mayor | Hombres    |             |           |             |            |              | Mujeres    |             |           |             |            |              |
|------------------------------------|------------|-------------|-----------|-------------|------------|--------------|------------|-------------|-----------|-------------|------------|--------------|
|                                    | SI         |             | NO        |             | Total      |              | SI         |             | NO        |             | Total      |              |
|                                    | No         | %           | No        | %           | No         | %            | No         | %           | No        | %           | No         | %            |
| Si                                 | 54         | 48.7        | 11        | 34.3        | 65         | 45.4         | 138        | 61.3        | 15        | 28.8        | 153        | 55.2         |
| No                                 | 48         | 43.2        | 20        | 62.6        | 68         | 47.6         | 68         | 30.2        | 34        | 65.3        | 102        | 36.8         |
| NS/NR                              | 9          | 8.1         | 1         | 3.1         | 10         | 7.0          | 19         | 8.5         | 3         | 5.7         | 22         | 8.0          |
| <b>Total</b>                       | <b>111</b> | <b>77.7</b> | <b>32</b> | <b>22.3</b> | <b>143</b> | <b>100.0</b> | <b>225</b> | <b>81.2</b> | <b>52</b> | <b>18.8</b> | <b>277</b> | <b>100.0</b> |

Fuente: Elaboración propia con base en datos del proyecto "Calidad interpersonal en la atención de enfermería y calidad de vida en adultos mayores". México 2007. PAPIIT. IN-302607.

Con lo que respecta a los servicios preventivos por inmunizaciones, 52 hombres (46.9%) y 136 (60.0%) mujeres si fue inmunizada contra la influenza, pero 57 hombres (51.3%) y 88 (39.1%) mujeres no contaba con dicha inmunidad, pero si hicieron uso de los servicios de salud.

De las personas que no hicieron uso de los servicios, 14 hombres (43.8%) y 17 mujeres (32.7%) sí contaban con la inmunidad, mientras que 18 hombres (56.2%) y 34 mujeres (65.3%) no la tenían. (Cuadro 14)

**Cuadro 14**  
**Uso de Servicios de Salud en AM del sur de la Cd, de México 2007**

| Vacuna Influenza | Hombres    |             |           |             |            |              | Mujeres    |             |           |             |            |              |
|------------------|------------|-------------|-----------|-------------|------------|--------------|------------|-------------|-----------|-------------|------------|--------------|
|                  | SI         |             | NO        |             | Total      |              | SI         |             | NO        |             | Total      |              |
|                  | No         | %           | No        | %           | No         | %            | No         | %           | No        | %           | No         | %            |
| Si               | 52         | 46.9        | 14        | 43.8        | 66         | 46.1         | 135        | 60.0        | 17        | 32.7        | 152        | 55.0         |
| No               | 57         | 51.3        | 18        | 56.2        | 75         | 52.6         | 88         | 39.1        | 34        | 65.3        | 122        | 44.0         |
| NS/NR            | 2          | 1.8         | 0         | 0.0         | 2          | 1.3          | 2          | 0.9         | 1         | 2.0         | 3          | 1.0          |
| <b>Total</b>     | <b>111</b> | <b>77.7</b> | <b>32</b> | <b>22.3</b> | <b>143</b> | <b>100.0</b> | <b>225</b> | <b>81.2</b> | <b>52</b> | <b>18.8</b> | <b>277</b> | <b>100.0</b> |

Fuente: Elaboración propia con base en datos del proyecto "Calidad interpersonal en la atención de enfermería y calidad de vida en adultos mayores". México 2007. PAPIIT. IN-302607.

En cuanto a la vacuna de neumonía y que utilizaron los servicios de salud, 39 hombres (35.1%) y 92 mujeres (40.8%) si contaban con ella, mientras que 70 hombres (63.0%) y 128 mujeres (57.0%) no la tenían.

De los AM que no utilizaron los servicios, 22 hombres (68.8%) y 42 mujeres (80.7%) no contaban con ella; mientras que 10 hombres (31.2%) y 9 mujeres (17.3%) si contaban con la vacuna. (Cuadro 15)

**Cuadro 15**  
**Uso de Servicios de Salud en AM del sur de la Cd, de México 2007**

| Vacuna Neumonía | Hombres    |             |           |             |            |              | Mujeres    |             |           |             |            |              |
|-----------------|------------|-------------|-----------|-------------|------------|--------------|------------|-------------|-----------|-------------|------------|--------------|
|                 | SI         |             | NO        |             | Total      |              | SI         |             | NO        |             | Total      |              |
|                 | Nº         | %           | Nº        | %           | Nº         | %            | Nº         | %           | Nº        | %           | Nº         | %            |
| Si              | 39         | 35.1        | 10        | 31.2        | 49         | 34.2         | 92         | 40.8        | 9         | 17.3        | 101        | 36.6         |
| No              | 70         | 63.0        | 22        | 68.8        | 92         | 64.5         | 128        | 57.0        | 42        | 80.7        | 170        | 61.3         |
| NS/NR           | 2          | 1.9         | 0         | 0.0         | 2          | 1.3          | 5          | 2.2         | 1         | 2.0         | 6          | 2.1          |
| <b>Total</b>    | <b>111</b> | <b>77.7</b> | <b>32</b> | <b>22.3</b> | <b>143</b> | <b>100.0</b> | <b>225</b> | <b>81.2</b> | <b>52</b> | <b>18.8</b> | <b>277</b> | <b>100.0</b> |

Fuente: Elaboración propia con base en datos del proyecto "Calidad interpersonal en la atención de enfermería y calidad de vida en adultos mayores". México 2007. PAPIIT. IN-302607.

La población que hizo uso de los servicios de salud calificó la percepción sobre su estado de salud, de la siguiente manera: 22 (60.0%) como bueno, 98 (29.0%) muy bueno, 34 (10.0%) regular y 4 (1.0%) como malo. (Cuadro 16)

**Cuadro 16**  
**Uso de Servicios de Salud según percepción en el estado de salud en AM del sur de la Cd, de México 2007**

| Percepción Estado de Salud | Si         |             | No        |             | Total      |              |
|----------------------------|------------|-------------|-----------|-------------|------------|--------------|
|                            | Nº         | %           | Nº        | %           | Nº         | %            |
| Muy Buena                  | 98         | 29.1        | 33        | 39.2        | 131        | 31.1         |
| Buena                      | 200        | 59.7        | 42        | 50.0        | 242        | 57.7         |
| Regular                    | 34         | 10.1        | 9         | 10.8        | 43         | 10.2         |
| Mala                       | 4          | 1.1         | 0         | 0.0         | 4          | 1.0          |
| Muy mala                   | 0          | 0.0         | 0         | 0.0         | 0          | 0.0          |
| <b>Total</b>               | <b>336</b> | <b>80.0</b> | <b>84</b> | <b>20.0</b> | <b>420</b> | <b>100.0</b> |

Fuente: Elaboración propia con base en datos del proyecto "Calidad interpersonal en la atención de enfermería y calidad de vida en adultos mayores". México 2007. PAPIIT. IN-302607.



En cuanto a la calidad de los servicios de enfermería recibidos, 257 (76.8%) la consideró como buena y muy buena, 65 (19.3%) como regular y 11 (3.1%) como mala y muy mala. Es importante mencionar que el porcentaje es muy similar de aquellos que no hicieron uso de los servicios (cuadro 17)

| <b>Cuadro 17</b>  |            |             |           |             |              |              |
|---|------------|-------------|-----------|-------------|--------------|--------------|
| <b>Uso de Servicios de Salud según percepción en la calidad de la atención de enfermería en AM del sur de la Cd, de México 2007</b> |            |             |           |             |              |              |
| <b>Percepción<br/>Atención de Enfermería</b>  | <b>Si</b>  |             | <b>No</b> |             | <b>Total</b> |              |
|   | <b>Nº</b>  | <b>%</b>    | <b>Nº</b> | <b>%</b>    | <b>Nº</b>    | <b>%</b>     |
| Muy Buena   | 117        | 34.8        | 36        | 43.0        | 153          | 36.4         |
| Buena   | 140        | 42.0        | 27        | 32.1        | 167          | 39.8         |
| Regular   | 65         | 19.3        | 15        | 17.8        | 80           | 19.0         |
| Mala  | 6          | 1.7         | 0         | 0.0         | 6            | 1.4          |
| Muy mala  | 5          | 1.4         | 1         | 1.1         | 6            | 1.4          |
| NS/NR   | 3          | 0.8         | 5         | 6.0         | 8            | 2.0          |
| <b>Total</b>  | <b>336</b> | <b>80.0</b> | <b>84</b> | <b>20.0</b> | <b>420</b>   | <b>100.0</b> |

Fuente: Elaboración propia con base en datos del proyecto "Calidad interpersonal en la atención de enfermería y calidad de vida en adultos mayores". México 2007. PAPIIT. IN-302607.

## CONCLUSIONES

Los servicios de salud requieren de una infraestructura humana adecuada y altamente capacitado en el área de gerontología /geriatría, que satisfagan las demandas de atención, control y prevención de enfermedades que presentan los AM ya que las complicaciones conllevan a un deterioro funcional y se agrava cuando padecen más de una enfermedad crónico-degenerativa, situación que se traduce en una mayor demanda de servicios que se reflejan en el costo efectividad.

Las características socio-demográficas indican que los AM entre 65-75 años, con escolaridad primaria e ingresos mensuales de uno y menos de un salario mínimo, tuvo la mayor prevalencia en el uso de los servicios.

Es importante resaltar que de la muestra total se encontraron 616 enfermedades donde prevalecen de mayor a menor, las crónico degenerativas, dolor, otras afecciones (accidentes, caídas y violencia), discapacidades (parálisis, sordera y ceguera) e infecciones (IRA<sup>S</sup> y EDA<sup>S</sup>), entre otras.

Respecto al uso de servicios, la frecuencia fue de 1 a 3 veces en ambos sexos a diferencia de los resultados de la ENSA II, donde se menciona una mayor tasa de utilización por parte de las mujeres.

Destacan los motivos por los cuales se hizo uso de los servicios de salud el control de las enfermedades crónico-degenerativas con más del 50%, es de importancia resaltar que el segundo motivo por el cual acudieron los AM fue por infecciones (IRA<sup>S</sup> y EDA<sup>S</sup>) las cuales nos hablan de deficientes hábitos higiénicos y alimentarios. Así mismo el chequeo general estuvo presente entre los motivos más frecuente, tomándolo como el requisito para obtener su medicamento.

En general la población tiene una buena percepción de su estado de salud aún cuando viven con la presencia de alguna discapacidad, enfermedad o presencia de dolor.

Los AM que hicieron uso de los servicios mencionaron tener entre buena y muy buena percepción en la calidad de la atención de enfermería. Esto nos muestra que existe la disponibilidad de dicho profesional para la implementación de acciones dirigidas a mejorar y reforzar el conocimiento sobre las funciones de la enfermería en salud pública, que repercuta en la mejora de los servicios de salud brindados a la población.

Las FESP mantienen una estrecha relación con las intervenciones del quehacer diario de la enfermería, por ser pieza fundamental de la puesta en práctica para una mejor atención que demanda el sector de los adultos mayores.

Se sugiere realizar estudios sobre el uso de los servicios de salud de mayor profundidad, que nos permitan diseñar protocolos de atención a los AM de alta calidad que implique la prevención, diagnóstico oportuno y tratamiento adecuados de enfermedades para evitar complicaciones y no duplicar esfuerzos o derrama de recursos económicos, así como, evaluar el desarrollo de las FESP en el personal de la salud.

Algunas limitaciones que presenta este trabajo, se debe a la falta de datos con relación a los motivos que determinan la no utilización de los servicios. Se requiere continuar investigando sobre el tema, para así reorientar o establecer políticas y acciones que pudieran estar limitando la demanda a los servicios de salud por parte de los AM.

El alcance e importancia de la presente investigación, radica en mostrar en forma objetiva los factores asociados al uso de los servicios de salud que serán parte importante para la implementación de acciones por parte del profesional de enfermería.

Por consiguiente, se propone que para la prestación de una mejor atención por parte de enfermería a los AM, ésta deberá basarse en una mejor comunicación interna que implique capacitación, planeación, organización y evaluación continua.

## CAPACITACIÓN

- En las FESP como factor inherente a la profesión.
- En los programas encaminados al AM ya existentes (Programa Nacional del Adulto y del Anciano).
- Marco legal (Ley de los derechos de las personas Adultas Mayores).
- Normas oficiales (NOM-167-SSA1-1997, NOM-001-SSA2-1993).

- Divulgación de las instituciones gubernamentales y no gubernamentales dedicadas a la atención de Adultos Mayores.
- Programa Nacional de Salud vigente.

## PLANEACIÓN

- Planeación para la puesta en marcha de programas dirigidos al AM con recursos adecuados (físicos y humanos).
- Dar a conocer los diversos programas y su alcance, que existen en materia de atención al AM.
- Planeación de la participación interdisciplinaria.

## ORGANIZACIÓN

- Ejecución de las FESP en todos los niveles.
- Ejecución de programas dirigidos al AM con recursos adecuados (físicos y humanos).
- Delegar funciones en la atención que permita a la enfermería edificar una cultura de la prevención para la mejora de los servicios futuros.

## EVALUACIÓN

- Las FESP.
- De los avances respecto a los programas.
- Del desempeño de enfermería.
- La percepción de los AM respecto de la atención de enfermería.

## Cuestionario

Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia – UNAM

Facultad de medicina – UNAM



**“Encuesta sobre la percepción de la calidad interpersonal de enfermería y el nivel de la calidad de vida de los adultos mayores. México, 2007”.**

### 1.- Datos del encuestador

|  |  |
|--|--|
| 1.- Nombre del encuestador:                                      |  |
| 2.- Adscripción:   |  |
| 3.- Fecha de entrevista (N° de día) ____ del (Mes) _____ de 2007 |  |
| 4.- Lugar de la entrevista _____                                 |  |

### 2.- Datos de identificación del entrevistado

5. Grupo poblacional al que pertenece el entrevistado (Marque con una X)

|  |  |
|--|--|
| a) Adulto mayor residente de San Luis Tlaxiátemalco<br>b) Adulto mayor en la unidad “Dr. Castro Villagrana”<br>c) Adultos mayor hospitalizado en INNN<br>d) Adulto mayor hospitalizado en CMN “Lic. Adolfo López Mateos” |  |
|--|--|

|   |  |
|---|--|
| 6.- Nombre del entrevistado                               |  |
| 7.- Dirección   |  |
| 8.- Teléfono  |  |
| 9.- Ocupación actual o última                             |  |
| 10.- Nivel máximo de estudios                             |  |
| 11.- Edad del entrevistado _____ años                     |  |
| 12.- Fecha de nacimiento. Día _____ Mes _____ de 19 _____ |  |
| 13.- Sexo del entrevistado a) masculino b) femenino       |  |

### 3.- Características de la vivienda

|   |  |
|---|--|
| 14.- La casa en la que vive es: a) propia, b) rentada o c) prestada   |  |
| 15.- Cuantos cuartos para dormir tiene su casa: N° _____  |  |
| 16.- Su casa cuenta con agua entubada: a) si b) no c) no sabe N/C   |  |
| 17.- Su casa cuenta con luz eléctrica: a) si b) no c) no sabe o N/C   |  |
| 18.- Cuantos focos tiene su casa: N° _____  |  |
| 19.- Su casa cuenta con baño con W. C. y regadera a) si b) no c) no sabe o N/C  |  |
| 20.- De que material son la mayoría de las paredes de su casa<br>a) material de construcción permanente (ladrillo, cemento, etc.)<br>b) material provisional (lámina, madera, cartón)<br>c) no sabe N/C |  |
| 21.- De que material son la mayoría de los pisos de su casa<br>a) firme o cemento con recubrimiento<br>b) tierra<br>c) no sabe o N/C  |  |
| 22.- Cuantas personas en total viven en su casa N° _____  |  |

### 4.- Situación de salud (Marque con una X, y circule cuál o cuáles son los padecimientos que presenta el adulto mayor)

| Tipo de enfermedad   | Sí | No | Tx.<br>Médico | Lugar |
|--|----|----|---------------|-------|
| 23.- Ninguna   |    |    |               |       |
| 24.- Crónico degenerativas (Diabetes Mellitus, hipertensión arterial)<br>Especifique _____ |    |    |               |       |
| 25.- Infecciones (IRA <sup>s</sup> , EDA <sup>s</sup> , otras)                             |    |    |               |       |
| 26.- Neoplasias, (Cáncer) ¿en dónde?<br>Especifique: _____                                 |    |    |               |       |

|   |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|
| 27.- Salud mental (Depresión, Alzheimer, Parkinson)<br>¿cuál (es)?<br><br>Especifique           |  |  |  |  |
| 28.- Discapacidad (Parálisis, sordera, ceguera, etc,<br>etc.) ¿cuál (es)?<br><br>Especifique:   |  |  |  |  |
| 29.- Padece algún dolor de tipo crónico incapacitante<br>¿cuál es la razón?<br><br>Especifique: |  |  |  |  |
| 30.- Otro tipo de enfermedad (Especifique cuál)<br><br>_____                                    |  |  |  |  |

#### 5.- Demanda de servicios de salud

|  |  |
|--|--|
| 31.- Durante los últimos seis meses cuantas veces consultó al médico<br><br>a) ninguna<br>b) de 1 a 3<br>c) de 4 a 6<br>d) de 7 a 9<br>e) 10 y más |  |
| 32.-Cuál o cuales fueron los motivos de la consulta:<br><br>_____  |  |
| 33.- Para sus consultas acudió a: a) SSA, b) IMSS, c) ISSSTE, d) Marina, defensa u otro, e) privado  |  |
| 34.- Durante los últimos seis meses requirió hospitalizarse : a) Si, b) NO, c) No sabe o N/C   |  |
| 35.-Cuál fue el motivo de esa hospitalización<br><br>_____   |  |
| 36.- En cual hospital se hospitalizó<br><br>_____  |  |
| 37.- Cuantos días estuvo hospitalizada:<br><br>a) de 1 a 3<br>b) de 4 a 6<br>c) de 7 a 9<br>d) 10 o más  |  |

## 6.- Calidad de la atención de enfermería

Indique con una X la opción que corresponda a la respuesta del entrevistado

|   |           |              |                       |            |          |
|---|-----------|--------------|-----------------------|------------|----------|
| 38.- Las enfermeras lo saludan a Usted en forma amable  | siempre   | Casi siempre | La mitad de las veces | Casi nunca | Nunca    |
| 39.- Las enfermeras se presentan con Usted  | siempre   | Casi siempre | La mitad de las veces | Casi nunca | Nunca    |
| 40.- Cuando las enfermeras se dirigen a Usted lo hace por su nombre   | siempre   | Casi siempre | La mitad de las veces | Casi nunca | Nunca    |
| 41.- Considera Usted que la atención de las enfermeras durante la consulta y estudios para el diagnóstico de su enfermedad actual fue | Muy buena | Buena        | Regular               | Mala       | Muy mala |
| 42.- Considera Usted que la atención de las enfermeras en su tratamiento es   | Muy buena | Buena        | Regular               | Mala       | Muy mala |
| 43.- Considera que las enfermeras que lo atendió le han mostrado a Usted respeto por sus creencias, opiniones y cultura               | siempre   | Casi siempre | La mitad de las veces | Casi nunca | Nunca    |
| 44.- Considera Usted que el trato personal que le dieron las enfermeras fue   | Muy buena | Buena        | Regular               | Malo       | Muy malo |
| 45.- Considera Usted que el personal de enfermería le trato con amabilidad  | siempre   | Casi siempre | La mitad de las veces | Casi nunca | Nunca    |
| 46.- Considera Usted que la enfermera se interesa porque dentro de lo posible su estancia sea agradable                               | siempre   | Casi siempre | La mitad de las veces | Casi nunca | Nunca    |
| 47.- Considera Usted que la información que le dieron las enfermeras fue:   | Muy buena | Buena        | Regular               | Mala       | Muy mala |
| 48.- Las enfermeras le explicaron sobre los   | siempre   | Casi         | La mitad de las       | Casi       | Nunca    |



| cuidados o actividades que le va a realizar  |           | siempre      | veces                 | nunca      |          |
|--|-----------|--------------|-----------------------|------------|----------|
| 49.-Las enfermeras le enseñaron a Usted o a su familia de los cuidados que debe tener respecto a su padecimiento | siempre   | Casi siempre | La mitad de las veces | Casi nunca | Nunca    |
| 50.- Las enfermeras procuran ofrecerle las condiciones necesarias para salvaguardar su intimidad y su pudor      | siempre   | Casi siempre | La mitad de las veces | Casi nunca | Nunca    |
| 51.- Las enfermeras le hace sentirse seguro y le inspiran confianza  | siempre   | Casi siempre | La mitad de las veces | Casi nunca | Nunca    |
| 52.- Considera Usted que el equipo y las instalaciones que ocupa el personal de enfermería son adecuados         | siempre   | Casi siempre | La mitad de las veces | Casi nunca | Nunca    |
| 53.- En general como califica usted la calidad de los servicios de enfermería en donde Usted se atiende          | Muy buena | Buena        | Regular               | Mala       | Muy mala |

|  |  |
|--|--|
| 54.- ¿Qué acciones recomendaría Usted para mejorar los servicio de la atención de enfermería?<br><br>_____ |  |
|--|--|

### 7.- Autopercepción de su estado de salud

|   |  |
|---|--|
| 55.- En una escala del 1 al 10 (1 muy malo y 10 muy bueno) ¿Cómo considera su estado de salud? N° _____   |  |
| 56.- ¿Cómo considera Usted su estado de salud comparado con el de hace un año?<br><br>a) Mucho mejor<br>b) Mejor<br>c) Igual<br>d) Poco peor<br>e) Peor |  |
| 57.- Durante el último mes ¿ha dejado de hacer cosas que tenía planeadas como   |  |

|   |  |
|---|--|
| visitar amigos o familiares, pasear o trabajar, a causa de su estado de salud física?<br>a) Si, b) No, c) No sabe o N/C   |  |
| 58.- Durante el próximo mes ¿Considera Usted que tendrá energía suficiente para visitar amigos o familiares, pasear o trabajar?<br>a) Si, b) No, c) No sabe o N/C |  |

## 8.- Estado funcional

59.- Escala de Karnofsky (Criterios del Estado Funcional) Circule el valor correspondiente.

|  | Valor | Criterio   |
|--|-------|--|
| Capaz de realizar actividad normal; no necesita ningún cuidado especial  | 100   | Normal: ninguna molestia, ninguna evidencia de enfermedad                                    |
|  | 90    | Capaz de realizar actividad normal: signos o síntomas menores de enfermedad                  |
|  | 80    | Actividad normal con esfuerzo: algunos signos o síntomas de enfermedad                       |
| Incapaz de trabajar; capaz de vivir en su propia casa y de atender la mayoría de sus necesidades personales; necesita una cantidad variable de ayuda | 70    | Autocuidados: incapaz de realizar actividad normal o trabajo activo                          |
|  | 60    | Requiere ayuda ocasional, pero es capaz de atender la mayoría de sus necesidades             |
|  | 50    | Requiere ayuda considerable y asistencia médica frecuente                                    |
| Incapaz de cuidar de sí mismo; requiere asistencia hospitalaria, institucional o equivalente; la enfermedad puede estar progresando rápidamente      | 40    | Incapacitado: requiere asistencia y ayuda especial   |
|  | 30    | Gravemente incapacitado: está indicada la hospitalización, aunque la muerte no sea inminente |
|  | 20    | Muy enfermo: hospitalización necesaria, se requiere tratamiento de apoyo activo              |
|  | 10    | Moribundo: proceso fatal que progresa rápidamente  |
|  | 0     | Muerte   |

## 9.- Autopercepción del estado emocional

|  |  |
|--|--|
| 60.- En una escala del 1 al 10 (1 muy malo y 10 muy bueno) ¿Cómo considera su estado emocional? _____  |  |
| 61.- ¿Cómo considera Usted su estado emocional comparado con el de hace un año?<br><br>a) Mucho mejor<br>b) Mejor<br>c) Igual<br>d) Poco peor<br>e) Peor   |  |
| 62.- Durante el último mes ¿ha dejado de hacer cosas que tenía planeadas como visitar amigos o familiares, pasear o trabajar, a causa de que se sintió triste, decaído, deprimido o enojado)<br><br>a) Si, b) No, c) No sabe o N/C |  |
| 63.- Durante el próximo mes ¿Considera Usted que dejará de tener tristeza, decaimiento, depresión o enojo y su estado emocional le permitirá visitar amigos o familiares, pasear o trabajar? a) Si, b) No, c) No sabe o N/C        |  |

## 10.- Integración social y familiar

|  |  |
|--|--|
| 64.- En una escala del 1 al 10 (1 muy malo y 10 muy bueno) ¿Cómo considera el estado de su integración social y familiar en su conjunto? _____   |  |
| 65.- ¿Cómo considera Usted su estado de integración social y familiar comparado con el de hace un año?<br><br>f) Mucho mejor<br>g) Mejor<br>h) Igual<br>i) Poco peor<br>j) Peor  |  |
| 66.- Durante el último año ¿ha dejado de asistir a visitar amigos, pasear o realizar alguna otra actividad social, por no encontrarse o tener que ver a algún amigo o conocido en particular)<br><br>a) Si, b) No, c) No sabe o N/C  |  |
| 67.- Durante el próximo mes considera Usted que dejará de evitar sus visitas a familiares y podrá pasear o realizar alguna otra actividad familiar, y ya no le afectará el encontrarse o tener que ver a algún familiar en particular)<br><br>a) Si, b) No, c) No sabe o N/C |  |

## 11.- Satisfacción con sus logros obtenidos

|  |  |
|--|--|
| 68.- En una escala del 1 al 10 (1 poco satisfecho (a) y 10 muy satisfecho (a) ¿Qué tan satisfecho (a) está Usted con los logros obtenidos en el transcurso de su vida y con su situación actual? _____ |  |
| 69.- ¿Considera Usted que sus logros en comparación con los de sus familiares y amigos más cercanos son?<br><br>a) Mucho mejores<br>b) Mejor<br>c) Iguales<br>d) Casi iguales<br>e) Peores             |  |

## 12.- Ingreso económico

|  |  |
|--|--|
| 70.- Su ingreso mensual total, incluyendo pensión, renta, ganancia de sus negocios, ayuda de hijos y demás familiares es aproximadamente de \$ _____ .00 |  |
| 71.- ¿Considera Usted que su ingreso es suficiente para satisfacer sus necesidades de vivienda?<br><br>a) Si b) No C No sabe o N/C                       |  |
| 72.- ¿Considera Usted que su ingreso es suficiente para satisfacer sus necesidades de vestido?<br><br>a) Si b) No C No sabe o N/C                        |  |
| 73.- ¿Considera Usted que su ingreso es suficiente para satisfacer sus necesidades de alimentación?<br><br>a) Si b) No C No sabe o N/C                   |  |
| 74.- ¿Considera Usted que su ingreso es suficiente para satisfacer sus necesidades de atención médica?<br><br>a) Si b) No C No sabe o N/C                |  |
| 75.- ¿Considera Usted que su ingreso es suficiente para satisfacer sus necesidades de recreación?<br><br>a) Si b) No C No sabe o N/C                     |  |
| 76.- ¿Considera Usted que su ingreso es suficiente para satisfacer sus necesidades   |  |

|  |  |
|--|--|
| de obtención de enseres domésticos?<br>a) Si b) No C No sabe o N/C   |  |
| 77.- ¿Considera Usted que su ingreso es suficiente como para poder ayudar a sus seres más queridos?<br>a) Si b) No C No sabe o N/C |  |

**Dé por terminada la entrevista y agradezca.**

# BIBLIOGRAFÍA

---

<sup>1</sup> Gutiérrez Robledo LM. Relación entre el deterioro funcional y el grado de dependencia y las necesidades asistenciales de los adultos mayores en México. En: Conferencia Interamericana de Seguridad Social del Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social. Problemas y programas del adulto mayor. México, 1997 pp 23-45.

<sup>2</sup> Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2007, protección de la salud mundial en el siglo XXI, un porvenir más seguro. Ginebra Suiza, 2007.

<sup>3</sup> Peña M. Balance y perspectivas de las Funciones Esenciales de Salud Pública. <http://www.per.ops-oms.org/discursos/Balance-perspectivasFESP.pdf> recuperado 13 de marzo de 2008.

<sup>4</sup> Ortega C, Suárez MG. Manual de evaluación del servicio de calidad en enfermería estrategias para su aplicación. Primera edición 2006.

<sup>6</sup> Trujillo de los Santos Z. Concepto holístico del envejecimiento. Primer Diplomado Presencial de geriatría y gerontología con enfoque de riesgo. IMSS. México 1997.

<sup>7</sup> Cabrera G. El envejecimiento demográfico en el mundo. Demos. 2002; 15: 1-4.

<sup>8</sup> Organización Mundial de la Salud. Cincuenta Puntos del Informe Mundial en Salud, Situación Global y Tendencias 1955-2025. Ginebra Suiza, 1998. P 1-4

<sup>9</sup> Help Age International. El envejecimiento y el desarrollo: un resumen. Pobreza, independencia y las personas mayores en el mundo. Help Age International, acción global sobre el envejecimiento. London EC1N 8QX, UK. P 1-17.

<sup>10</sup> Foro Mundial ONG sobre Envejecimiento, Madrid España, 5 a 9 de abril de 2002.

<sup>11</sup> Canales A. De la transición demográfica al envejecimiento de la población. Demos. México P 4-5

<sup>12</sup> Demos. Editorial. Hacia una política de población integral. México. P 23-24

<sup>13</sup> Negrete Salas ME. Distribución geográfica de la población mayor. Demos. México p. 18-20

<sup>14</sup> Albala C, Lebrao ML, León Díaz ME, Ham-Chande R, Hennis AJ, Palloni A, Peláez M, Prats O. Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE): Metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada. Rev Panam Salud Publica / Pan Am Public Health 2005; 17: (5/6) 307-22

<sup>15</sup> Pineault R, Daveluy C. La planificación sanitaria: conceptos métodos estrategias. Capítulo 1. Ed. Masson Barcelona España 1995. 1-41

- 
- <sup>16</sup> Valverde Jurado E, Ávila Figueroa C. Evaluación de la calidad de vida. *Salud Pública Mex.* 2002; 44:349-3.
- <sup>17</sup> Castro V, Gómez H, Tápia R. Las enfermedades crónicas en las personas de 60-69 años. *Salud Pública Mex.* 1996;38:438-447.
- <sup>18</sup> Sepúlveda J, Bronfman M. La salud de la población en edad avanzada en México IDRCCIID-Montevideo, Publicaciones. P 1-9
- <sup>19</sup> Gutiérrez Robledo LM. Mortalidad en la población mayor. El proceso de la transición epidemiológica. *Demos.* México p 8-9
- <sup>20</sup> Borges YA, Gómez DH. Uso de los servicios de salud por la población de 60 años y más en México. *Salud Pública Mex.* 1998;40:13-23.
- <sup>21</sup> Monterrubio M I, Lozano R. Salud en la vejez utilización y disponibilidad de servicios de salud en México. *Demos.* México. p 21-22
- <sup>22</sup> Peñarrieta MI, Mercado EJ, Piñones S, Gutierrez T, Ángel B. Factores que intervienen en la utilización que hace el adulto mayor de los servicios de salud. *Invest. Educ.enferm.* 2006; (24)2: 30-38
- <sup>23</sup> Secretaría de Salud, Programa Nacional de Salud 2007-2012. México, 2007.
- <sup>24</sup> Frenk J. Los fundamentos éticos: En Frenk J. *Economía y Salud.* Fundación Mexicana para la Salud. México, 1997. Cap. 1.
- <sup>25</sup> Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2000, mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Ginebra Suiza, 2000.
- <sup>26</sup> Nájera P, Duran L, Ramírez T. La calidad de la atención desde la perspectiva de los usuarios de los servicios de salud. INSP. Síntesis ejecutiva SE-40/91, 1992.
- <sup>27</sup> Malagón-Londoño G. Garantía de calidad en salud. En: Malagón-Londoño G. *Garantía de calidad en salud* Cap. II Edit. Médica Panamericana. Bogota Colombia 1999. pp 27-35
- <sup>28</sup> Secretaría de Salud. Comisión Interinstitucional de Enfermería. *Evaluación de la Calidad de los Servicios de Enfermería.* México. 2005.
- <sup>29</sup> Pallares Neila L., García Junquera MJ. Guía práctica para la evaluación de la calidad en la atención enfermera. Olalla Ediciones, S. L. Madrid España 1996. 39-44.
- <sup>30</sup> Kerouac, Suzanne, Et Al. Propuesta para la gestión de los cuidados. En: *El Pensamiento Enfermero.* Edit. Masson. Barcelona España. 1996. pp 120-147.
- <sup>31</sup> Disponible en [http:// www.wikipedia.org](http://www.wikipedia.org) recuperada 30 marzo 2009.
- <sup>32</sup> *Salud pública de México* vol.40, no 6, noviembre-diciembre de 1998.
- <sup>33</sup> *Rev Cubana Salud Pública* v. 28 n. 1 Ciudad de la Habana ene-junio. 2002.

---

<sup>34</sup> OPS/OMS. Desafíos de la educación en salud pública. La reforma sectorial y las funciones esenciales de la salud pública. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de salud. Washington DC, 2000.

<sup>35</sup> Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud (HSO), División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud (HSP), Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. La enfermería de salud pública y las funciones esenciales de salud pública: bases par el ejercicio profesional. Rev Enferm IMSS 2004;12 (3): 159-170.

<sup>36</sup> Funciones esenciales de salud pública capitulo 6. Disponible <http://.cgfperu.org/downloadarchivos/articulos/rv06-CH6-59-72.pdf>. recuperado 31 marzo 2009.

<sup>37</sup> Gordis L. Epidemiology. W.B. Saunders. Philadelphia, 1996.

<sup>38</sup> Hernández Ávila M, Garrido Latorre F, López Moreno S. Diseño de estudios epidemiológicos. Salud Pública Mex. 2000; 42: 144-154

<sup>39</sup> Asociación Médica Mundial, "DECLARACIÓN DE HELSINKI. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos" Adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, Junio 1964, y enmendada por la 29ª Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, Octubre 1975; 35ª Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, Octubre 1983; 41ª Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, Septiembre 1989; 48ª Asamblea General, Somerset West, Sudáfrica, Octubre 1996; y la 52ª Asamblea General, Edimburgo, Escocia, Octubre 2000.

<sup>40</sup> Secretaría de Salud. Ley General de Salud. Diario Oficial. México. 19 de junio de 2003.