

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, MANAGUA
UNAN MANAGUA
INSTITUTO POLITÉCNICO DE LA SALUD “LUIS FELIPE MONCADA”
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA CON MENCIÓN EN DOCENCIA**



**TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE MASTER EN ENFERMERÍA CON MENCIÓN EN
DOCENCIA**

**PERCEPCIÓN DEL ADULTO MAYOR SOBRE LA ATENCIÓN A
ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES RECIBIDA EN
EL CENTRO DE SALUD “PEDRO ALTAMIRANO”, MANAGUA, III
TRIMESTRE 2015**

Autora: Lic. Leonor Isabel Cruz Soto
Licenciada en Ciencias de la Enfermería

Tutora: MSc Sandra Reyes Álvarez.
Maestría en Investigación Educativa

Managua, abril 2016

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, MANAGUA
UNAN MANAGUA
INSTITUTO POLITÉCNICO DE LA SALUD “LUIS FELIPE MONCADA”
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA CON MENCIÓN EN DOCENCIA**



**TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE MASTER EN ENFERMERÍA CON MENCIÓN EN
DOCENCIA**

**PERCEPCIÓN DEL ADULTO MAYOR SOBRE LA ATENCIÓN A
ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES RECIBIDA EN
EL CENTRO DE SALUD “PEDRO ALTAMIRANO”, MANAGUA, III
TRIMESTRE 2015**

Autora: Lic. Leonor Isabel Cruz Soto
Licenciada en Ciencias de la Enfermería

Tutora: MSc Sandra Reyes Álvarez.
Maestría en Investigación Educativa

Managua, abril 2016

ACRÓNIMOS Y ABREVIATURAS

AID: Asociación Internacional del Desarrollo

AM: Adulto Mayor

ASUNCIÓN: Acción de asumir

CNU: Consejo Nacional de Universidades

DGI: Grupo para el Desarrollo S A

ES AFC: Equipo de Salud Familiar Comunitario

EVN: Esperanza de Vida al Nacer

INSS: Instituto Nicaragüense de Seguridad Social

MAIS: Modelo Atención Integral de Salud

MINSA: Ministerio de Salud

MI FAM: Ministerio de la Familia

MOSAFC: Modelo de Salud Familiar Comunitario

MSH: Ciencias Gerenciales para la Salud. (Management Sciences for Health)

N.: Número

NBI: Necesidades Básicas Insatisfechas

OPS: Organización Panamericana de la Salud

OMS: Organización Mundial de la Salud

p.: Página

pp.: Páginas

UNFPA: Fondo de Población de las Naciones Unidas

ÍNDICE

RESUMEN

I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. ANTECEDENTES.....	4
III JUSTIFICACIÓN	6
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
V. OBJETIVOS	9
5.1 Objetivo general.....	9
5.2 Objetivos específicos	9
6.1 Dimensiones de la Calidad:.....	13
6.2 Control de la calidad de la atención:	15
6.3 Enfoques.....	16
6.4 Clasificación de los criterios / estándares	17
6.5 Expectativas del significado de calidad	17
6.6 Calidad total en los servicios de salud	18
6.7 Características socio-demográficas.....	19
VII. DISEÑO METODOLÓGICO	24
7.1 Tipo de estudio:.....	24
7.2 Universo, Muestra.....	24
7.3 Criterios de Inclusión.....	25
7.4 Criterios de Exclusión.....	26
7.5 Técnicas de recolección de datos.....	26
7.6 Instrumento.....	27
7.7 El análisis estadístico	28
7.8 Aspectos Éticos.....	28
7.9 Retroalimentación de Información.....	29
7.10 Plan de análisis.....	29

7.11 Operacionalización de variables.....	31
VIII Análisis y discusión de los resultados	34
X CONCLUSIONES	72
XI RECOMENDACIONES.....	74
XII BIBLIOGRAFÍA.....	75
XIII ANEXOS.....	76

Constancia de autorización de la Unidad de Salud

Cuestionario

Acta de consentimiento informado para la investigación clínica

Calendarización de elaboración de tesis - (enero- diciembre 2014- 2015)

Presupuesto

Lista de Tablas

Tabla N. 1	Procedencia de los Adultos Mayores que asisten a recibir atención al Centro de Salud Pedro Altamirano
Tabla N.2	Sexo de los Adultos Mayores que asisten a recibir atención al Centro de Salud Pedro Altamirano
Tabla N.3	Edad de los Adultos Mayores que reciben atención el Centro de Salud Pedro Altamirano
Tabla N.3.1	Estadísticos. Edad de los Adultos Mayores que asisten a recibir atención en el Centro de Salud Pedro Altamirano
Tabla N.3.2	Tabla de contingencia Edad y sexo de los Adultos Mayores que asisten a recibir atención al Centro de Salud Pedro Altamirano
Tabla N. 4	Escolaridad de los Adultos Mayores que asisten a recibir atención en el Centro de Salud Pedro Altamirano
Tabla N.4.1	T. de Contingencia. Sexo y escolaridad de los Adultos Mayores que reciben atención al C/S P. A.
Tabla N.5	Profesión del Adulto Mayor que asiste al C/S Pedro Altamirano a recibir atención
Tabla N. 6	Estado civil del Adulto Mayor que asiste al C/S Pedro Altamirano
Tabla N. 6.1	Tabla de contingencia. Estado civil y sexo de los Adultos Mayores que asisten a recibir atención al Centro de Salud Pedro Altamirano
Tabla N. 7	Ocupación de los AM que asisten a recibir atención en el Centro de Salud Pedro Altamirano
Tabla N. 7.1	Tabla de contingencia. Ocupación y sexo de los AM que asisten a recibir atención al Centro de Salud Pedro Altamirano
Tabla N. 8	Adulto Mayor que actualmente está trabajando
Tabla N. 8.1	Tabla de contingencia. Sexo de los Adultos Mayores que asisten a recibir atención al Centro de Salud Pedro Altamirano y que actualmente está trabajando
Tabla N. 9	Jefe del hogar del Adulto Mayor que asiste al C/S Pedro Altamirano
Tabla N. 9.1	Tabla de contingencia. Sexo y jefe de hogar de los Adultos Mayores que asisten a recibir atención al Centro de Salud Pedro Altamirano
Tabla N. 10	Adulto mayor que asiste al C/S Pedro Altamirano que tiene que mantener a alguna persona
Tabla N. 11	Situación de las casas de los Adultos Mayores que acuden al C/S Pedro Altamirano

Tabla N.12	Estado de las casas de los Adultos Mayores que asisten al C/S Pedro Altamirano
Tabla N. 13	Servicios básicos que tienen en sus casas los Adultos Mayores que asisten al C/S Pedro Altamirano
Tabla N. 14	Adultos Mayores que han recibido beneficios sociales
Tabla N. 15	Beneficios que han recibido los Adultos Mayores
Tabla N.16	Razones del Adulto Mayor del por qué escogió venir a esta unidad de salud
Tabla N.17	Adultos Mayores que cumplieron sus expectativas al recibir atención en el C/S Pedro Altamirano
Tabla 17.1	Tabla de contingencia. Sexo y cumplimiento de expectativas de los Adultos Mayores que asisten a recibir atención al C/S P. Altamirano
Tabla No. 18	Razones de los Adultos Mayores que cumplieron sus expectativas al recibir atención en el C/S P. Altamirano
Tabla N. 18. 1	Tabla de contingencia. Procedencia y cumplimiento de expectativas de los Adultos Mayores que asisten a recibir atención al C de S P. Altamirano
Tabla N. 19	Tiempo de espera de los Adultos Mayores para recibir atención en el C/S Pedro Altamirano
Tabla N. 20	Tiempo que duró la consulta de los Adultos Mayores en el C/S Pedro Altamirano
Tabla N. 21	Adultos Mayores que consideran que se les realizó examen físico en el C/S Pedro Altamirano
Tabla N. 22	Razones de los Adultos Mayores que consideran de porque no le realizaron el examen físico
Tabla N. 23	Adultos Mayores que recibieron buen trato del personal al recibir su atención
Tabla N. 24	Adultos Mayores que recibieron confianza del personal que les atendió en el C/S Pedro Altamirano
Tabla N. 25	Adultos Mayores que consideran se les respetó sus creencias con respecto a su enfermedad en el C/S Pedro Altamirano
Tabla No. 26	Opinión de los Adultos Mayores en relación al Horario del C/S Pedro Altamirano
Tabla No. 27	Opinión de los Adultos Mayores en relación al aseo del C/S Pedro Altamirano
Tabla N. 28	Adulto Mayor que respetaron su privacidad al recibir atención en el C/S Pedro Altamirano
Tabla N. 28.1	Consideraciones del A. M. de porque no respetaron su privacidad al recibir atención en el C/S P. Altamirano

Tabla N. 29	Adulto Mayor que recibió información sobre lo que le iban a realizar al recibir atención en el C/S Pedro Altamirano
Tabla N. 30	Adulto Mayor que comprendió lo que le explicaron sobre lo que le iban a realizar
Tabla N. 31	Razones del Adulto Mayor del por qué no comprendió la explicación de lo que le iban a realizar
Tabla N.32	Adultos Mayores que asisten al club de crónicos del C/S Pedro Altamirano
Tabla 32.1	Tabla de contingencia. Procedencia de los Adultos Mayores y asistencia al club de crónicos del C/S P. Altamirano
Tabla N. 33	Adultos Mayores que a veces no asisten al club de crónicos del C/S Pedro Altamirano
Tabla N. 34	Razones del Adulto Mayor del por qué no asiste al club de crónicos del C/S Pedro Altamirano
Tabla N. 35	Opinión del Adulto mayor sobre que le gusta más del club de crónicos
Tabla N. 36	Opinión del Adulto mayor de lo que no le gusta del club de crónicos
Tabla N. 37	Opinión del Adulto mayor de cómo se siente dentro del club de crónico
Tabla N. 38	Adulto Mayor que considera que el club de crónicos le ha mejorado su salud
Tabla N. 39	Razones del Adulto Mayor que considera que el club de crónicos no le ha mejorado su salud

Dedicatoria

A Dios

Mi Padre celestial

Por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita misericordia, bondad y amor.

A mis familiares

A mi hermana Rosa Haydee por ser el ejemplo de una hermana mayor y de la cual recibí todo el apoyo en que solo una madre puede dar; al resto de todos mis hermanos que también en este proceso fueron pilares fundamentales, a Maritza, Ruth, José, Marcos, Eli, Neftalí y a todos aquellos que participaron directa o indirectamente en la elaboración de esta tesis.

*¡Gracias a ustedes!
Los quiero mucho.*

AGRADECIMIENTOS

Mi agradecimiento se dirige a quien ha forjado mi camino y me ha dirigido por el sendero correcto, a DIOS, el que en todo momento está conmigo ayudándome a aprender de mis errores y a no cometerlos otra vez. Eres quien guía mi vida.

A, mi Padre celestial, gracias

A mis hijas; Karen Vanessa, Silvia Noemi, Natali Ariana y Victoria Margarita que me apoyaron en todo momento.

A mis sobrinos Yader José, Denis Eulises, Elizabeth Cristina quienes aportaron mucho de su tiempo para apoyarme en culminar esta maestría, fueron valiosos

A mi nieto Leonardo Enrique

A mis profesores y maestras

A Sandra, mi tutora, amiga y hermana en Cristo

A todos quienes me apoyaron

Muy agradecida.

Dios los bendiga a todos.

RESUMEN

La calidad de los servicios de salud en el adulto mayor es concebida como la atención oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente, otorgada de forma holística e integral; con el propósito de lograr la satisfacción de los usuarios. La investigación se propuso evaluar la percepción del usuario Adulto Mayor sobre la calidad de la atención de salud proporcionada durante su asistencia a recibir atención a enfermedades crónicas no transmisibles en el Centro de Salud Pedro Altamirano, enfocado en el Modelo de Salud Familiar Comunitario, Managua, III Trimestre 2015. Se realizó estudio descriptivo, cuantitativo, de corte transversal, con 68 adultos mayores, se aplicó cuestionario estructurado por medio de entrevista para la información sociodemográfica, percepción de la atención recibida, la percepción con respecto al club de crónicos. Los datos se procesaron en programa estadístico SPSS, analizando los resultados mediante estadística descriptiva, distribuciones de frecuencias y porcentaje, presentadas en tablas y gráficos. Los principales resultados fueron: el 85.3% son de procedencia urbana, con edades entre 60 a 85 años, predominando el sexo femenino, con 14.7% de analfabetismo y 7.4% universitarios, solo el 2.9% reciben remuneración por el trabajo realizado. El 100% recibió buen trato y el 50% son usuarios del club, el 67.6% les gusta todo lo que se hace en el club. Las principales recomendaciones del estudio fueron: Sensibilizar a los trabajadores de la salud la necesidad de atender con responsabilidad, eficiencia, eficacia y ética a los adultos mayor, sensibilizar a la población en general sobre los problemas del envejecimiento y sus necesidades de atención por parte de la familia y la comunidad.

Palabras claves: Percepción, Calidad, Adulto mayor, Atención, Satisfacción.

I. INTRODUCCIÓN

A partir de los años 90, el Gobierno, a través del Ministerio de Salud ha venido modificando los modelos de atención en salud priorizando a grupos específicos como es la madre, el niño, el adolescente, haciendo mucho énfasis en la prevención de enfermedades inmuno prevenibles en la disminución de la morbi mortalidad materna e infantil, disminuir las enfermedades transmitidas por vectores entre otras. En ese momento no se identifica la prioridad del adulto mayor, debido a la situación que en ese momento se encuentra el país.

En octubre de 1993, se aprueba la política Nacional de Salud de aumentar la calidad de vida de la población, aumentando la eficiencia de las acciones en salud, se establecen medidas de control, monitoreo y evaluación de atención para garantizar la calidad de los servicios (MINSA, 1997). Asegurar a cada usuario del sistema, la atención adecuada con el objetivo de obtener resultados óptimas para la salud. Aportando suficientes y objetivas evidencias de que los recursos públicos son utilizados eficaz y efectivamente.

La atención en los servicios adquiere especial relevancia a partir de la modificación del modelo de Atención, actualmente MOSAFC el cual está dirigido a una mejor prestación de servicios a los usuarios con una responsabilidad compartida con la comunidad la cual está participando en todo el proceso de promoción a la salud, prevención de las enfermedades, atención al daño y rehabilitación. (MINSA, 2011). Este modelo le brinda una gran oportunidad de atención al Adulto Mayor en todos los aspectos, los que están siendo atendidos en el ESAFC que le corresponda de acuerdo a su lugar de residencia.

“El envejecimiento es un proceso ineludible y gradual que se manifiesta, principalmente, en cambios morfológicos y fisiológicos como consecuencia de la acción del tiempo sobre los organismos vivos”. León, Zunzunegui, Muñoz & Soria (1991, p. 105)

En los seres humanos, este proceso invariablemente resulta en la manifestación y el aumento de problemas de salud, disminución de la independencia y adaptabilidad, deterioro de los modelos familiares y sociales, retiro del trabajo, merma en la capacidad económica y disminución de las facultades físicas y mentales. (Ham, 1999, p. 41)

La Geriátría es la rama de la medicina que se ocupa de atender a las personas mayores de 60 años. Aunque existen médicos geriatras, que son los especialistas en la materia, todos los

profesionales de la salud reconocen que la atención de los adultos mayores, representa una proporción cada vez mayor de la atención primaria a la salud. (OPS, 2011, p. 6)

“Los trabajadores de la Salud en atención primaria necesitan conocer la peculiaridad de los aspectos médicos del envejecimiento, que incluyen la presentación atípica de enfermedades, las cuales demandan un abordaje diferenciado, una evaluación y manejo integral” (OPS, 2011, p. 6).

A pesar de las buenas intenciones del MINSA, al satisfacer las necesidades del adulto mayor, se dificulta cumplir con las demandas de estos por la inadecuada infraestructura, escasez de recursos humanos y materiales, aun así es importante resaltar la calidad en cumplimiento a sus derechos. La estrategia debe iniciarse en todos los nivel de prestación de servicios, ya que el modelo dentro de su sistema organizativo inicia con la sensibilización de todos los comprendidos dentro del mismo. El comprender por parte de todo el personal de salud que el usuario es la persona más importante, hace que la satisfacción de los usuarios sea el objetivo prioritario y central.

El acceso a la atención y el uso subsecuente constituyen dos variables que deben ser evaluados permanentemente, sobre todo cuando se emiten juicios sobre la calidad de atención. El Ministerio de Salud está impulsando la adecuada atención al usuario adulto mayor por lo que dirige grandes esfuerzos para que la calidad de atención a este grupo antes no priorizado sea de gran calidad con objetivos definidos y resultados positivos en corto tiempo.

“El Gobierno creó una Ley de protección y beneficios del adulto mayor”, (Gaceta, 2010), que tiene por objeto establecer el régimen jurídico e institucional de protección y garantías para las personas adultas mayores, con el fin de garantizar el efectivo cumplimiento de lo establecido en el artículo 77 de la Constitución Política de la República de Nicaragua, la cual ha venido a ser de mucho beneficio para este grupo poblacional que cada vez viene creciendo más y con menos oportunidades laborales, lo que les dificulta llegar a tener condiciones adecuadas para sobrevivir. El Ministerio de Salud ha tomado las medidas pertinentes para el real aporte al cumplimiento de las demandas de la ley en beneficio del adulto mayor.

La adaptación al envejecimiento no es tarea fácil y requiere que los profesionales que participen en su cuidado se caractericen por una especial vocación y amor al trabajo con este grupo, lo que se traduce en una actitud que trasunta valores como; el respeto por el otro, la autonomía y la compasión para brindar cuidados humanizados y a su grupo directo de cuidadores. (Beauvoir, 1970, p. 51)

Ayudar al adulto mayor y a sus cuidadores a enfrentar el proceso de envejecimiento, entendiéndolo como proceso natural y adaptativo e interviniendo en maximizar sus fuentes de poder, garantizará calidad de vida a estas personas que se encuentran en una etapa de la vida de mayor factores de riesgos, con menos posibilidades de oportunidades, más susceptibles a todas las situaciones, que de no corregirse o al menos disminuir todas estas amenazas, la calidad y esperanza de vida disminuirá considerablemente.

Aún con sus muchas limitaciones el Centro de Salud “Pedro Altamirano“ está haciendo esfuerzos para lograr satisfacción de parte del adulto mayor cuando este recibe un servicio, implementando acciones para elevar la calidad que demandan atención en salud, los cuales están incluidos dentro del programa de crónicos donde se lleva el control de estos usuarios a través de un censo, mismo que es utilizado para realizar visita domiciliar a los que no han acudido a su cita dándoseles mayor prioridad, brindándole la atención médica y cuidados de enfermería, en unos casos llevándoles su tratamiento a casa. Con todos estos esfuerzos que se están realizando, es importante conocer la percepción que tiene el adulto mayor sobre la atención que se le brinda en el Centro de Salud Pedro Altamirano.

II. ANTECEDENTES

Dueñas, Bayarre, Triana & Rodríguez, (2011) en un estudio de Percepción de salud en adultos mayores de la provincia Matanzas, de La Ciudad de la Habana, concluyeron que la variable escolaridad predominó la alta percepción de salud, existe una tendencia al incremento de esta en la medida en que aumenta el nivel de escolaridad, en relación con el sexo los resultados son muy similares y que al igual que los de procedencia rural percibieron atención adecuada , hay disminución de la percepción de salud en la medida que se envejece, los que tienen pareja conyugal perciben una mejor salud respecto a los que no la tienen. (p.32)

Salcedo, Torres & Zarza, (2010) en estudio realizado en México titulado Uso de servicios de salud por adultos mayores y calidad de la atención de enfermería, encontraron los siguientes resultados: 66% fueron mujeres, la edad promedio de éstas fue de 72.3 años; el resto, 34% correspondió a hombres, la edad promedio fue de 72.8 años. La distribución por grupo de edad y sexo no mostró diferencia significativa, aunque en el rango de 96 años y más, sólo hay presencia de mujeres. El nivel de escolaridad en esta población, es básicamente primaria, con diferencia por sexo ya que los hombres tienen mayor número de años cursados a nivel licenciatura. Resaltan que 15.0% de los adultos mayor sólo saben leer y escribir, al observar esta distribución por sexo, se encontró que 13.2% son hombres y 16.0% mujeres.

En cuanto a la ocupación, la población se clasificó en activa (remunerada y no remunerada), e inactiva (remunerada y no remunerada). La distribución por género indicó que 51.0% de los hombres y 13.7% de las mujeres son todavía personas activas remuneradas (empleados, comerciantes o dedicados a algún oficio), los adultos mayor activos no remunerados están dedicados principalmente al hogar 58.8%. Un total de 2.3% de los adultos mayor inactivos remunerados son jubilados o pensionados; asimismo, la distribución por sexo e ingreso económico mensual en salarios mínimos, mostró que 50.0% de las mujeres y 40.6% de los hombres perciben menos de un salario mínimo al mes y sólo 1% de los adulto mayor percibe siete o más salarios mínimos mensuales. En cuanto a la percepción del estado de salud de los adultos mayor encuestados, ellos calificaron su salud de la siguiente manera: 31.2% como “muy buena”, 57.6% como “buena”, 10.3% como

“regular” y sólo 1.0% como “mala”. Concluyen que es necesario la realización de estudios bajo esta temática, ya que permite tener identificadas cuáles son las necesidades de salud y, de alguna manera, nos proporciona resultados que permiten tomar decisiones en la mejora continua de la calidad de la atención que el profesional de salud brinda a los usuarios. (p.85)

Así también, Blandón (2012) realizó un estudio sobre satisfacción del usuarios que asiste a la clínica de atención al paciente con enfermedades crónicas en el Centro de Salud Francisco Buitrago, en Managua, concluyó que el 75% estaban satisfechos con la atención recibida, que el restante de los entrevistados opinaron insatisfacción con los servicios recibidos. (p.79)

Canales & Cano (citado por Blandón, 2012), en un estudio en el Hospital Hilario Sánchez de Masaya, en relación a la atención brindada por el equipo de salud indica que el 52% de encuestados manifestaron satisfacción con la atención del médico, por la atención brindada por enfermería el 37% y el 55% manifestaron inconformidad con el personal de admisión. (p.12)

El (MINSA, 1997) en conjunto con el Banco Mundial mediante el proyecto de modernización del sector salud, realizó un estudio sobre satisfacción en los servicios de Managua, encontrándose que el 80% de la población estaba satisfecha con los servicios del médico, pero inconformes con el reto de la población de salud. (p.46)

González, Prado & Carranza, (2007), realizan un estudio titulado “Evaluación de la calidad y satisfacción de la atención de los usuarios externos en el Centro de Salud Pedro Altamirano de la ciudad de Managua” el que aportó las siguientes conclusiones: La mayoría de los pacientes se encuentran satisfechos con la atención recibida en los diferentes servicios, no así con el tiempo de espera para ser atendidos y la insatisfacción de no encontrar todos los medicamentos necesarios para recuperar su salud. Para la mayoría de los usuarios externos, el proceso de admisión no cumple con sus expectativas, puesto que el trato no es muy satisfactorio.

III JUSTIFICACIÓN

En Nicaragua al igual que en otros países de Centro América, la situación socioeconómica se determina entre otros, de acuerdo a indicadores de servicios de salud, es por eso que la mejora de calidad es un proceso que comprende una serie de acciones encaminadas a evaluar mediante indicadores de calidad, la atención en salud que recibe la población y así elaborar medidas que puedan ser implementadas en los planes operacionales, circunstanciales o definitorios.

Desde el principio del siglo hasta el presente se vienen repitiendo las manifestaciones de insatisfacción en los distintos programas de atención en salud: el excesivo tiempo de espera, el trato descortés por parte de personal, la falta de recursos tanto material como humanos entre otros, ha sido el clamor de la población (OMS, 2010 p. 36). Lo cual se repite con frecuencia, ya sea real o simplemente un punto de vista en particular dependiendo el momento, la circunstancia o la situación en la cual se encuentre el usuario insatisfecho

Por tanto la presente investigación se decide realizar en el Centro de Salud “Pedro Altamirano” para identificar la percepción del adulto mayor relacionada con la atención a enfermedades crónicas no transmisibles en el Centro de Salud “Pedro Altamirano”, III Trimestre 2015, esperando que los resultados obtenidos y la propuesta realizada, contribuyan en la toma de decisiones de los dirigentes de esta Unidad de Salud, que permitan mejorar la calidad del servicio al Adulto Mayor con enfermedades crónicas no transmisibles , así como cumplir con la normativa de atención al usuario, dando cumplimiento a la Ley 720, del Adulto Mayor (MI FAM, 2011). Los resultados contribuirán a la realización de un plan de acción que se dará a conocer, se propondrá a las autoridades del Centro de Salud para su posible implementación y ejecución en beneficio del grupo de usuarios estudiados.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Ministerio de Salud, en el avance continuo de mejorar la situación de salud de la población ha venido haciendo ajustes en el modelo de atención en salud y es así como en el 2007 se reorganiza y se transforma al “Modelo de Salud Familiar y Comunitario” MOSAFC (MINSA, 2012). Iniciando una serie de cambios organizativos y trasciende la atención individual y toma como referencia a la familia y la comunidad que incluye el ambiente en función de las necesidades de la población con énfasis en la promoción y prevención. Dentro de las prioridades de este modelo se encuentra el grupo del adulto mayor el cual por muchas décadas había sido desatendido de forma integral.

El grupo de la población del adulto mayor viene incrementándose cada vez más, es muy afectado por enfermedades crónicas no transmisibles, las cuales vienen a deteriorar su calidad de vida, volverlos dependientes, frágiles, susceptibles en todos los aspectos, con menos oportunidades para su salud física, mental y espiritual.

Al MINSA es a quien le corresponde garantizar la atención de salud de los adultos mayores y con la escasez de recursos humanos y económicos, redundando en la reducción del tiempo de la consulta, en la ejecución de procedimientos, examen físico y de laboratorio, la educación y orientación que al adulto mayor se le brinda. De seguir esta situación afectará la atención que a estos pacientes se les brinda por lo que se toma la decisión de escoger a este grupo tan susceptible para contribuir en alcanzar un nivel de vida de salud aceptable, por lo cual se plantean las siguientes preguntas:

- ¿Cuáles son las características socio demográficas del adulto mayor, enmarcado en el Modelo de Salud Familiar Comunitario, que consulta sobre la atención de enfermedades crónicas no transmisibles en el Centro de Salud “Pedro Altamirano”?
- ¿Cuál es la percepción del adulto mayor con enfermedades crónicas respecto a la atención brindada por el personal de salud, enfocado en el Modelo de Salud Familiar Comunitario, tomando en cuenta las condiciones del Centro de Salud “Pedro Altamirano”?

- ¿Cuál es la percepción del adulto mayor con enfermedades crónicas no transmisibles, enmarcado en el Modelo de Salud Familiar Comunitario, con respecto al club de crónicos que asiste?

V. OBJETIVOS

5.1 Objetivo general

Evaluar la percepción del adulto mayor que acude a recibir atención a enfermedades crónicas no transmisibles en el Centro de Salud Pedro Altamirano, enfocado en el Modelo de Salud Familiar Comunitario, Managua, III Trimestre 2015.

5.2 Objetivos específicos

1. Identificar las características socio demográficas de los adultos mayores que asisten a su atención de enfermedades crónicas no transmisibles, desde la perspectiva del Modelo de Salud Familiar Comunitario.
2. Medir la percepción del adulto mayor con enfermedades crónicas respecto a la atención brindada por el personal de salud, enmarcada en el Modelo de Salud Familiar Comunitario.
3. Valorar los factores que influyen en la percepción del adulto mayor que asiste al club del adulto mayor, desde la perspectiva del Modelo de Salud Familiar Comunitario.
4. Realizar un plan de intervención para mejorar la atención y/o satisfacción del adulto mayor al acudir a recibir atención integral.

VI. MARCO TEÓRICO

Cuando hablamos de satisfacción del usuario o cliente, estamos hablando de calidad recibida o percibida por este, sin que necesariamente se compruebe se le haya cumplido con los criterios o estándares de calidad para un servicio, es por esto que

Si la satisfacción es el resultado final de la totalidad de la atención que recibe un usuario y como cualquier resultado, está influenciado por múltiples factores distribuidos a lo largo del proceso de prestación del servicio en lo que participan distintos profesionales y sistemas organizativos, es entonces, donde el usuario va percibiendo la dinámica de atención a medida que avanza el proceso. (Palomer, 1993, p. 7)

Considerando que dentro del nivel de satisfacción, va involucrada la humanización, la espiritualidad que se da al brindar un servicio, no podemos perder la visión que una atención sanitaria de buena calidad se caracteriza por un alto grado de competencia profesional, la eficiencia en la utilización de los recursos, el riesgo mínimo para los pacientes, la satisfacción de los usuarios y un efecto favorable en la salud. (Montano, 2003, p. 26)

Todo esto en su conjunto va a tener mejores logros para la satisfacción del paciente. Además que la calidad óptima está relacionado entre el costo y el beneficio de la asistencia con una eficacia máxima.

La satisfacción va a depender de la que el cliente está esperando recibir, de acuerdo a las necesidades que demande en determinado momento o espacio. Según la OPS (2011, p. 27). La satisfacción implica una experiencia racional o cognitiva, definida en términos de discrepancia percibidos entre aspiraciones y logros, derivada de las comparaciones entre las expectativas, experiencias previas, información recibida de otros usuarios y de la propia organización del centro de salud y el comportamiento del producto o servicio. Esto hace que la satisfacción sea diferente para distintas personas y para la misma persona en circunstancias diferentes.

El usuario está satisfecho cuando los servicios cubren o exceden sus expectativas. Si las expectativas del usuario son bajas o si el usuario tiene acceso limitado a cualquiera de los servicios, puede ser que esté satisfecho con recibir servicios relativamente deficientes. (OMS, 2010, p. 36)

Las percepciones subjetivas acompañadas de sus expectativas previas, cambian con relación a sus experiencias anteriores y sus estados de ánimo configuran su impresión de la calidad del servicio. “¿Qué es calidad? Hacer lo correcto, en forma correcta. A tiempo, todo el tiempo. Desde la primera vez. Mejorando siempre. Innovando siempre y siempre satisfaciendo a nuestros clientes” (Gomes, 2013, p.3).

La calidad de la atención técnica consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología médica en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar sus riesgos El grado de calidad es, por consiguiente, la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficio. (MINSA, 2003, p.21)

Cuando la calidad de atención no basta para aportar todo el beneficio previsible a la salud y al bienestar, es evidente que los cuidados prestados tienen déficit de calidad, no cubren las necesidades del paciente y generan insatisfacción del mismo, si por el contrario la calidad de atención suministrada es excesiva, es decir que parte de la misma no contribuye a mejorar la salud y el bienestar. (Montano, 2003, p.32)

La calidad, (OMS, 2010, p.39) “integra eficiencia, accesibilidad y perspectiva del usuario, entre los que mencionamos la relación interpersonal, acceso, comodidades, calidad técnica, efectividad, continuidad y con un alto nivel de seguridad”.

En una institución se reconocen cuatro componentes vitales para la existencia de la calidad total, para que exista el mejoramiento continuo de los servicios se necesita un buen sustento técnico de calidad, llevado adelante por equipos de trabajos motivados, con un compromiso activo del nivel gerencial para apoyar el proceso. (Avendaño, 2004, p. 18)

Si no encontramos el total de estos elementos, la calidad del servicio se verá sumamente afectada. **El compromiso gerencial, tecnología de la calidad, equipo de trabajo motivado** y por supuesto el elemento clave, **el usuario**, son los protagonistas de la calidad para la satisfacción, por lo que es importante señalar que el conjunto de los elementos básicos en la atención para la satisfacción del usuario no varía en todo su dimensión, pero sí, “El equipo junto con las herramientas científicas de resolución de los problemas se ubica en la base del triángulo porque representa a la parte en contacto diario con el usuario. Si falla esta base será difícil mejorar el servicio” (Avendaño, 2004, p.22). Es por tal motivo que la integración de los equipos de trabajo en beneficio de la población debe mantenerse

como una sola unidad, ya que una ligera fractura de este equipo, será la responsable de la insatisfacción del usuario.

Marjorie (citado por Avendaño, 2004, p. 32) “Calidad en salud es el grado en que se logra estándares acordados y que estos estén relacionados con las prioridades de los usuarios del servicio, considerando los recursos existentes y restricciones locales. Ser tratado como ser humano”. Un indicador, es un aspecto de un servicio seleccionado para la medición que tiene algún significado en la efectividad del desempeño.

Los indicadores de calidad son necesarios para:

- El diagnóstico de la calidad de los servicios de salud.
- Evaluar el desempeño de los servicios.
- Medir cambios en la atención continua.

Según la OPS (citado por Palomer, 1995, p.14) “Hay un marco ampliado para la calidad de atención en salud que cuenta con elementos de los que tenemos disponibilidad de suministros esenciales, la accesibilidad y disponibilidad de los servicios y la coordinación de los servicios de salud”.

La Calidad de la atención presenta dos dimensiones:

1.- Técnica: Busca lograr los mayores beneficios y los menores riesgos al prestar los servicios de salud, cumpliendo con las mejores normas técnicas de atención adoptadas por el país, de acuerdo a la realidad nacional, normas, protocolos, reglamentos establecidos.

“La calidad de la atención técnica es la aplicación de la ciencia y la tecnología médica de una manera que rinda al máximo, beneficios para la salud, sin aumentar con ello los riesgos” (MINSAs, 2003, p. 26). Si se garantiza la parte técnica, ya tenemos una parte de la calidad garantizada.

2. Interpersonal: “Es la calidez de la atención, la espiritualidad, humanismo, el respeto al paciente como ser humano integral y la búsqueda de su satisfacción plena e integral” (MINSAs, 2003, p. 28). Es el uso de valores y normas socialmente definidos que rigen la interacción entre los individuos, estos valores y normas son reforzados por las expectativas y aspiraciones de los usuarios a nivel individual y por los dictados éticos de los profesionales relacionadas con la salud que mandan a cuando menos no dañar; usualmente

hacer algún bien e idealmente, realizar el máximo beneficio que sea posible alcanzar en una situación dada.

CALIDAD TOTAL= calidad técnica + calidad interpersonal.

6.1 Dimensiones de la Calidad:

Las dimensiones que tiene la calidad, encontramos que hay una lista grande, pero tomaremos las de carácter indispensable para garantizar la calidad óptima que se merece la población.

La calidad es un concepto polifacético y un problema de calidad puede tener más de una dimensión y estas proporcionan un marco útil porque le sirven al equipo de salud para realizar y definir sus problemas y calcular la medida en que se cumplen las propias normas del programa. (Palomer, 2003, p. 12)

Las dimensiones más utilizadas son:

Competencia profesional:

Esta es conocida también como calidad científica-técnica. Es la capacidad del profesional de utilizar plenamente sus conocimientos en su tarea de proporcionar salud y satisfacción a los usuarios, es decir, el grado de aplicación de los conocimientos y tecnología médica disponible. Se refiere a la función operacional y a la relación tanto del profesional sanitario como de la organización.

Acceso a los servicios de salud:

Es la facilidad con que se obtiene, en cualquier momento los servicios médicos, a pesar de posibles barreras económicas, geográficas, de organización, psíquicas y culturales. Es la posibilidad de que un consumidor obtenga los servicios en el lugar y momento que lo necesita, en suficiente cantidad y a un costo razonable.

Disponibilidad:

Es el grado en que los servicios están disponibles en el lugar y momento que lo necesita, en suficiente cantidad y a un costo razonable.

Efectividad:

Es la relación entre el impacto real de un servicio y su impacto potencial en situación ideal, es decir, que es la medida en que una determinada práctica o atención sanitaria mejora el estado de salud de la población concreta que la recibe.

Eficiencia:

Es la relación entre el impacto real de un servicio y su costo de producción. Los servicios eficientes son los que suministran la atención más óptima al paciente y a la comunidad, dándole el mayor beneficio dentro de los recursos con los que se cuenta.

Continuidad:

Es el proceso mediante el cual los elementos y relaciones de la atención médica, se acoplan entre si dentro de un propósito general. Implica que el cliente puede recibir la serie completa de servicios de salud que necesita sin interrupciones ni repeticiones innecesarias de evaluación, diagnóstico y tratamiento.

Seguridad:

Es el balance positivo de la relación Beneficio/Riesgo. Implica la reducción de riesgo de infecciones, efectos colaterales perjudiciales u otros peligros que pudieran relacionarse con la prestación de servicios. Hace referencia a los riesgos ambientales del entorno y del edificio en que se presta la atención. Se refiere a las características de los servicios de salud que no están directamente relacionados con la eficacia clínica, pero que acrecientan la satisfacción del cliente y su deseo de volver al establecimiento, para recibir atención médica en el futuro.

Las comodidades:

Se relacionan con el aspecto físico del establecimiento, el personal y los materiales, así como la limpieza y la privacidad que hace referencia al respeto de los derechos del paciente.

Cooperación del paciente:

Grado en que el paciente cumple el plan de atención. Depende de la relación que se establece entre el paciente y el profesional.

Satisfacción del profesional:

Grado de complacencia del profesional con las condiciones de trabajo. Su inclusión en los atributos de la calidad se deriva de la influencia que tiene la satisfacción laboral en la calidad del trabajo.

La satisfacción del cliente:

Grado de cumplimiento de sus expectativas en cuanto a la atención recibida y los resultados de la misma. Se conocen dos criterios que suponen un obstáculo a una buena orientación de la satisfacción del cliente:

- 1.- Dejar las demandas y preferencias de los usuarios en segundo plano.
- 2- Pensar que los usuarios no pueden evaluar la calidad de la atención médica.

Algunos autores hacen la diferencia entre satisfacción (evolución subjetiva) y evaluación objetiva de los servicios o de algunos de sus aspectos, y señala que ambas valoraciones no siempre coinciden. Hay mucha discrepancia en la valoración de la satisfacción del usuario, pues algunos opinan que el consumidor no tiene la suficiente capacidad de ejercer su opinión, otros, por el contrario afirman que satisfacer al cliente es tan importante como la eficacia del servicio.

6.2 Control de la calidad de la atención:

“Control de la calidad, analiza estructura, proceso y resultado, establece una relación funcional entre estos tres componentes; una buena estructura aumenta las posibilidades de un buen proceso y que un buen proceso aumenta la posibilidad de un buen resultado”. (Donabedian & Avedis, 1984, p. 321)

Estructura:

Es el conjunto de características que se tiene para dar respuesta a las demandas presente, comprende las características de los proveedores de los instrumentos y recursos que hay al alcance; así como el lugar de trabajo. “Los recursos son; financieros y humanos; calificación profesional, localización geográfica de los hospitales, prestación de servicios, proceso de producción, sistema retributiva de profesionales y la organización formal del personal médico y de enfermería”. (Gomes, 2013, p. 6).

Proceso:

Son las interacciones entre los profesionales y sus clientes acerca de los cuales se puede emitir un juicio de su comportamiento, tanto con la observación directa como el análisis de la información registrada. Contempla todo aquello que el paciente hace para cuidarse.

Resultados:

Es el cambio que se produce en el estado actual y futuro de la salud en el paciente. Se incluyen en la mejora de la función social y psicológica, las actitudes del paciente, el conocimiento adquirido sobre la salud y las modificaciones de los hábitos de vida.

Otra propuesta para la evaluación de la calidad de atención, es la que establece Sephs (citado por Blandón, 2012, p. 19) donde la evaluación se hace con:

- . El análisis de las condiciones de la calidad previas necesarias para una atención adecuada.
- . El análisis de los elementos de la actividad médica
- . Evaluaciones clínicas cualitativas sobre cuestiones técnicas y científicas.
- . El análisis de los efectos de la atención.

6.3 Enfoques

Según el enfoque utilizado para evaluar la calidad de la atención, los criterios se pueden clasificar como pertenecientes a la estructura, proceso o resultado.

La estructura:

Describe las características físicas, de organización y otros rasgos del sistema asistencial y de su entorno.

El proceso:

Es lo que se hace para tratar a los pacientes.

El resultado:

Es lo que se consigue, normalmente una mejora en la salud, aunque también en la actitud, los conocimientos y en la conducta que derivará en una salud futura.

6.4 Clasificación de los criterios / estándares

Según (Montano, 2003, p. 34) afirma que “Los criterios y estándares traducen las características de la calidad de la asistencia sanitaria en instrumentos de medida”. Se evalúan con los siguientes criterios.

Estructura

- Disponibilidad de los recursos.
- Abastecimiento técnico y material.
- Accesibilidad económica.
- Gestión local.
- Condiciones de planta física.
- Accesibilidad geográfica
- Accesibilidad administrativa.

Proceso

- Competencia técnica.
- Relaciones interpersonales.
- Oportunidad de atención.
- Satisfacción en la atención del servicio.
- Integralidad en la prestación de servicios.
- Privacidad en la atención
- Consejería
- Resultado

6.5 Expectativas del significado de calidad (Montano, 2003, p. 35)

Expectativas del paciente:

Los pacientes que acuden a las unidades de salud esperan contar con servicios médicos accesibles, tanto en función de distancia y transportación como de los trámites que se requieren para poder disponer de ellos; atención con cortesía y en forma oportuna; un ambiente agradable en cuanto a la iluminación, temperatura, ventilación, privacidad, comodidad, funcionalidad, orden y aseo.

También esperan contar con información suficiente por parte del personal administrativo, médico, paramédico y de enfermería; recursos necesarios para satisfacer los requerimientos de atención en cuanto a equipos, instrumental y material de consumo suficientes disponibles, adecuados, funcionando correctamente y en buen estado de conservación; personal suficiente en cantidad, capacidad técnica y profesional, para el tipo

y nivel de atención que se otorga; realización óptima del proceso de atención en cuanto a valoración integral, establecimiento oportuno del diagnóstico y proposición de un pronóstico probable, así como resultados satisfactorios de la atención en cuanto a solución del problema que motivo el ingreso, egreso oportuno y ausencia de complicaciones como consecuencia de la atención.

Para los miembros de los servicios de salud, la atención de calidad implica la libertad de hacer todo lo que sea apropiado para mejorar la condición del paciente y la comunidad; de acuerdo a normas establecidas, técnicas actuales y los recursos con los que se cuenta. Los miembros del grupo de salud tienden a concentrarse en la competencia profesional, la eficacia y la seguridad, así como el sistema de atención de salud debe de responder a las perspectivas y estipulaciones del proveedor de atención de la salud si se desea maximizar la calidad de esta.

Según (Palomer, 1993, p. 14) “Calidad Asistencial es la producción de mejora de la salud y satisfacción de una población con las limitaciones de la tecnología existente, los recursos y las circunstancias”. En Nicaragua se entiende por calidad de la atención, a la capacidad y oportunidad que tienen los prestadores de servicios de Salud de contribuir a mejorar los niveles de salud esperados, conforme a las normas, conocimientos de la medicina y la tecnología vigente; con accesibilidad, oportunidad, amabilidad, trato personalizado y comunicación permanente entre los participantes del acto de atención y los usuarios, para lograr su mayor beneficio y su máxima satisfacción con los mínimos riesgos posibles y al menor costo.

6.6 Calidad total en los servicios de salud

Se define como la filosofía que utiliza metodologías de gestión de los servicios de salud, de modo continuo para cada nivel de atención y para cada área funcional, de forma tal, que “se empleen de manera óptima los recursos humanos, tecnológicos y financieros existentes, con el fin de satisfacer a los usuarios internos y externos”. (MINSA, 2003, p. 29).

Dentro del MOSAFC tenemos a un “grupo priorizado al adulto mayor, este grupo poblacional comprende a las personas de 60 años y más como grupo esencial y vulnerable

de la sociedad el cual debe vivir con dignidad y conservar la máxima capacidad funcional posible”. (MINSA, 2011, p. 5)

Vejez: Es una etapa cronológica de la vida, el envejecimiento debe producirse en un marco de acciones que promuevan el respeto a los derechos, garanticen la protección, la atención integral, la educación, la actividad y la vida digna. “La vejez se debe entender como un momento de plena creatividad y participación; una etapa de la vida activa y exitosa”. (Beauvoir, 1970, p.35)

6.7 Características socio-demográficas

Procedencia:

Determina la accesibilidad geográfica en busca de la atención, sabemos que ninguna unidad de salud rechaza la demanda ya que el usuario se atiende dónde él se siente bien, pero se le orienta su centro asignado según su ubicación geográfica, también entra en juego su cultura y prácticas de atención de salud. (Blandón, 2011, p. 21)

Según el Modelo de Salud Familiar y Comunitario MOSAFC,

El ordenamiento de los servicios de salud se basará en ... criterios de accesibilidad geográfica, cultural de género, económica, etc. que garanticen una entrada para favorecer el primer contacto de los usuarios, incluyendo a las comunidades indígenas y grupos étnicos, a fin de fomentar la confianza y credibilidad de los servicios. (Palomer, 1993, p. 15)

En Nicaragua en el 2014, la población urbana es de 59.6% y el 40.4% en zona rural. (OPS, 2011, p. 9)

Edad: Es una variable clave en el estudio de la población, siendo un factor de gran importancia en la ocurrencia de enfermedades. De acuerdo a datos presentados (UNFAP, 2013) los adultos mayores con una edad de 60 años y más representaba en 1950 un 5% del total de la población nicaragüense, esa proporción se mantuvo estable hasta 1990 cuando comienza gradualmente a crecer para llegar en 2005 a un 6% de la población total y en el 2014 representaron el 7%, teniendo la esperanza de vida al nacer para ambos sexos es 72,7 años (69,7 para hombres y 75,8 para mujeres) con esta tendencia de aumento se espera que para 2050 llegue a alcanzar el 20% de la población total y que para esa misma fecha habrá el mismo porcentaje de adultos mayores que de niños menores de 15 años. “El

envejecimiento se asocia con un progresivo deterioro biológico y aumento de problemas de salud, resultantes de la interacción de factores genéticos y ambientales, que incluyen estilos de vida, hábitos alimentarios, actividad física y presencia de enfermedades” (Donabedian, 1984, p. 298).

Sexo: División del género humano en dos grupos: hombre o mujer. La persona es de sexo masculino o femenino. “En el 2014, la población es de 50,6% mujeres y 49,3% hombres” (OPS, 2011, p.12).

La escolaridad: Se denomina Educación pública al sistema Nacional educativo de cada país, que, por lo general comprende la planificación, supervisión o ejecución directas de planes de estudio y educación escolarizada de diversos niveles académicos siendo preeminente la realización de los niveles que la Norma jurídica considere obligatorios, consintiendo por lo general en la educación primaria, no obstante, ello no excluye a niveles superiores que no se consideren obligatorios. (Blandón, 2012, p. 26)

La ocupación: Trabajo u oficio en el que el usuario emplea su tiempo.

Profesión: acción o función que se desempeña para ganar el sustento que generalmente requiere conocimientos especializados.

Empleo: Trabajo asalariado, al servicio de un empleador.

Vocación profesional: “deseo de emprender una profesión u otra actividad cuando todavía no se han adquirido todas las aptitudes o conocimientos necesarios” (Varo, 1994, p. 35).

Estado civil: Es la condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro sexo o de su mismo sexo. “En las personas que han estado casados y posterior se separan, se divorcian o uno de ellos muere les puede provocar un grado de depresión, principalmente en las personas mayores” (Ham, 1999, p. 53).

Jefatura de hogar: Es la persona que se designa a sí misma como jefe o que es designada o reconocida como tal por los demás miembros del hogar. “La proporción de hogares encabezados por hombres es de 63,7%, 55,2% en zonas urbanas y 75,5% en rurales” (OPS, 2011, p. 23).

Trabaja: Persona que actualmente tiene un trabajo o más y dicha actividad le proporciona una compensación económica por las labores.

Número de dependientes: Indica a algo o alguien que está subordinado, “que depende” de otra cosa o persona. Para que exista lo dependiente debe haber algo principal, de lo que lo dependiente, necesita y sin lo cual no puede ser, desarrollarse o cumplir con su finalidad.

Vivienda: Es todo local formado por uno o más cuartos, estructuralmente separado e independiente, destinado al alojamiento de una o más personas, parientes o no. Es separado porque está delimitado por paredes, muros o cercas y es independiente porque se puede entrar y salir sin pasar por otras viviendas, teniendo acceso directo desde la calle o por medio de un pasillo.

“El tema de las relaciones de la vivienda y la salud en diferentes publicaciones, en las que ha aludido de una parte a los factores necesarios para protegerse contra las enfermedades transmisibles, traumatismos, envenenamientos y enfermedades crónicas” (OMS, 2010, p. 34). Indicando también que el espacio vital debe ser adecuado para poder reducir al mínimo las tensiones psicológicas y sociales, y que deben existir lazos familiares.

Tenencia de Vivienda: Comprende las distintas formas en que los residentes habituales ocupan la vivienda. Proporción de viviendas según tipos de viviendas particulares habitadas.

Tipo de vivienda: Existen dos clases de viviendas: las viviendas particulares (casa, rancho, departamento, etc.) y las viviendas colectivas (hogar de ancianos, de niños, etc.).

Servicios básicos: Debería ser al que toda persona, sin importar donde viva, tenga acceso, ya que garantiza un mínimo de calidad de vida para a partir de ahí realizar su desarrollo personal. Servicios de agua potable, drenaje sanitario, energía eléctrica, combustible para cocinar.

Beneficios sociales: Son aquellas facilidades, conveniencias, ventajas y servicios que se les ofrecen a los adultos mayores para ahorrarles esfuerzos y preocupaciones. Plan techo, paquete alimenticio, Todos con Voz, pensionado, anteojos. El método Necesidades básica Insatisfechas (NBI) se basa en la identificación de un nivel mínimo de satisfacción de necesidades básicas que permite dimensionar la pobreza a través de indicadores

estructurales agregados como: hacinamiento, vivienda inadecuada, servicios insuficientes (agua y saneamiento), baja educación y dependencia económica.

6.8 Tiempo de espera y duración de la atención recibida por el usuario

Las Largas esperas son tan comunes en las unidades de salud debido a muchas causas, como la falta de un sistema de citas escalonadas, o el incumplimiento del usuario a su cita respectiva, también al deficiente manejo de los archivos médicos. (Blandón, 2012, p. 26)

Se hace necesario conocer lo que piensa el usuario acerca del servicio recibido, lo que permita a los administradores o gerentes de servicios tomar decisiones, que sostengan la calidad de los servicios para la elaboración de estrategias futuras y al mismo tiempo considerar las repercusiones de las mismas, en el bienestar de la salud del usuario en relación a las demandas de los servicios de salud.

Los adultos mayores representan un grupo generacional minúsculo en Nicaragua, son apenas el 4,3 por ciento en un país donde es de alta prioridad la protección de niños, niñas y adolescentes.

En el año 2000 los mayores de sesenta años apenas alcanzaban los 230 mil habitantes (4.6 por ciento). Apenas un diez por ciento tiene protección dentro del Programa del Adulto Mayor del INSS, que en el 2006 registró 73 mil consultas generales y 30 mil de especialidades a pacientes mayores.

Según la Organización Mundial de la Salud la esperanza de vida al nacer en el año 2000 era de 71.9 años para las mujeres y 67.2 para los hombres, pero incrementará al 2020 de 77.1 y 72.1 respectivamente. En el 2014 la EVN para ambos sexos fue de 72,7 años (69,7 para hombres y 75,8 para mujeres. “En general, las mujeres viven más tiempo que los hombres, pero también tienen más años de mala salud cuando llegan a una edad avanzada, debido a la discriminación y la pobreza” (Ham, 1999, p.50).

Para el 2015, la (OPS, 2011) el perfil del País 2015, Nicaragua, reportó que la Esperanza de Vida al Nacer para ambos sexos es de 72.7% (69.7 para hombres y 75.8% para mujeres).

A través de (MI FAM, 2011), con el propósito de contribuir con la atención del adulto mayor y de restituir los Derechos de los Adultos Mayores a tener una mejor calidad de vida el Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional a través del Programa Amor, incorporó la Restitución de derechos de los Adultos Mayores. Desde las Delegaciones del Ministerio de la Familia, Adolescencia y Niñez se impulsa un trabajo coordinado con el Poder Ciudadano, las instituciones que conforman el Sistema Nacional para el Bienestar Social, Alcaldías Municipales y otras organizaciones solidarias, con los objetivos de Restituir el derecho de los Adultos Mayores desde la comunidad impulsando su organización y la creación de clubes y asegurarles el derecho a la salud, cultura, recreación, en ambientes apropiados de acuerdo a sus condiciones y promoviendo un trato especial.

Según el MINSA (2011), El Plan Nacional de Atención a los Adultos Mayores, dentro de sus acciones para cumplir a las demandas de los adultos mayores, plantea acciones entre las cuales se encuentra la de que dice: “Las unidades de salud conformaran el club del Adulto Mayor, los que deberán realizar actividades de apoyo al auto-cuido, y prevención de las enfermedades emergentes y reemergentes”. (p. 5)

Es así que para dar cumplimiento a esta acción orientada por el Ministerio de Salud, se da inicio a la formación del club del Centro de Salud para integrar a los adultos mayores en las acciones encaminadas a contribuir en la necesidad de mejorar la salud de este grupo ahora priorizado. Es importante señalar que ya en este Centro de Salud se estaba realizando estas acciones, y el programa como tal se ha mantenido con algunas dificultades, pero con el interés de todos se sigue manteniendo.

VII. DISEÑO METODOLÓGICO

7.1 Tipo de estudio

El presente estudio: Descriptivo, porque como lo señala Hernández, Fernández & Baptista (2010) “Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis” (p.80). Pues su enfoque está orientado a describir la percepción del adulto mayor sobre la atención recibida en el Centro de Salud Pedro Altamirano en el período de estudio y se expondrán los resultados obtenidos.

Estudio prospectivo, cuantitativo de corte transversal, porque se eligió los meses de julio, agosto, septiembre del 2015 para la recolecta de información sistemática que se llevó a cabo por medio de entrevista dirigida, utilizando cuestionario estructurado en tres partes

- 1.-Aspectos sociodemográficos de los participantes.
- 2.- Grado de percepción del usuario adulto mayor en relación a la atención recibida por parte de los trabajadores de la salud.
- 3.- Percepción que tiene el adulto mayor con respecto al club de crónicos al cual asiste.

Esta información fue procesada por el programa SPSS y organizada a través de una base de datos, procedimientos estadísticos, tablas y gráficos.

7.2 Universo y Muestra

El universo del estudio estuvo conformado por la población de adultos mayores del Distrito V.1 de Managua, 9,500 habitantes, pertenecientes al Centro de Salud Pedro Altamirano, del Municipio de Managua.

Muestra: Se utilizó el muestreo probabilístico ya que las muestras fueron recolectadas en un proceso que brinda a todos los individuos de la población las mismas oportunidades de ser seleccionados y esto se logró al utilizar la aleatorización. Se realizó con el muestreo aleatorio simple ya que se aseguró que todos los miembros de la población pudieran ser incluidos al azar con la ventaja en que si la selección aleatoria se hace correctamente, la

muestra será representativa de toda la población. El sesgo de muestreo también se elimina ya que los sujetos son elegidos al azar.

Fórmula estadística utilizada para poblaciones finita:

$$n = \frac{Z^2 p q N}{(N-1) e^2 + Z^2 p q}$$

Leyenda:

n = Número de elementos de la muestra: 68

N = Número de elementos del universo: 9,500

P/Q = Probabilidades con las que se presenta el fenómeno a favor y en contra

Z2 = Valor crítico correspondiente al nivel de confianza elegido: 2.72

e = Margen de error o de imprecisión permitido: 10%

El margen de error o imprecisión máximo normalmente aceptado es de 10%.

En este estudio se tomó el máximo de error aceptado por conveniencia de tiempo y factibilidad para el estudio y 90% de confiabilidad por ser representativo en la población.

7.3 Criterios de Inclusión

- a) Adulto mayor que asistió a una consulta o actividad subsecuente.
- b) Adulto mayor que llegó a pasar consulta el día programado para realizar las entrevistas y que aceptó participar en el estudio.
- c) Adulto Mayor que no haya participado en prueba piloto de la investigación.
- d) Adulto Mayor que firme consentimiento informado.

7.4 Criterio de Exclusión

- a) Adulto mayor que llegue por primera vez a demandar una atención.
- b) El paciente que se presenta el día de la entrevista y no está facultado física y mentalmente para participar en la entrevista.
- c) Adulto mayor que haya participado en prueba piloto de la investigación.
- d) Adulto mayor que no firme consentimiento informado.
- e) El adulto mayor que no desee ser entrevistado.
- f) El paciente que no pertenezca al área de salud.

7.5 Técnicas de recolección de datos

La recolección de datos se realizó a través de un instrumento con los requisitos que debe cubrir un instrumento de medición. Se necesitó explicarles a los adultos mayores seleccionados, la importancia de que respondieran todas las preguntas con respuestas exacta a como se sentían que eran atendidos, ya que los instrumentos iban sin nombre y que nos servirían para mejorar la atención que ellos reciben.

Para el acceso a estas personas se contó con el apoyo de la Dirección del C/S, del médico especialista en medicina interna, del Departamento de Docencia y de la junta directiva del club. Así mismo para entrevistar a esta población el investigador se programó días específicos para realizarla, se escogieron los días lunes y jueves de los meses de julio, agosto y septiembre del 2015, entrevistando de 22 a 23 adultos mayor por mes, todas se realizaron en el Centro de Salud en horario comprendido de 8:00 a 10:00 a.m. y de 1:00 a 2:00 p.m.; esto para tener representatividad de todo el día programado.

Se realizó a través de la entrevista como técnica de recolección de información a través de conversación profesional, con la que se obtuvo una excelente oportunidad para

establecer una corriente de simpatía con el usuario, lo cual fue fundamental en transcurso del estudio.

7.6 Instrumento

El cuestionario se confeccionó sobre la base de los ejes de percepción sobre salud/enfermedad, atención de la salud, accesibilidad, cobertura, satisfacción e independencia personal y las características demográficas. Con preguntas estructuradas, porque lleva sus posibles opciones, cuenta con tres acápites, cada uno con sus ítems correspondientes, garantizando que éste fuera válido y confiable, con preguntas cerradas. Seguidamente, se seleccionó a los que fueron entrevistados tomando en cuenta los criterios de inclusión y exclusión previamente señaladas, y en el tiempo indicado, donde fueron entrevistados previo consentimiento informado.

El cuestionario tiene tres acápites:

1. Esta sección contiene preguntas referentes a la demografía, especialmente aquellas que pueden inducir de forma positiva o negativa en la percepción que tiene el adulto mayor referente a la atención recibida, preguntas estructuradas con dos o más respuestas para ser seleccionada.
2. En esta sección se incluyó lo referente a la percepción en la atención recibida, el trato que les fue dado durante, con preguntas con respuestas de dos o más opciones, a escoger una, la que le dé más prioridad.
3. Lo referente a esta sección se incluyó la Percepción que tiene el adulto mayor con respecto al círculo (club) de crónicos del centro de salud, con preguntas de dos o más respuestas a elegir una, la de más importancia.

Prueba Piloto

Se aplicó prueba piloto a un grupo de cinco adulto mayor, ajenos a la muestra, a los que se les informó la importancia de su participación en esta prueba para validar el instrumento

realizado y que no podrían participar en la investigación final para que los resultados obtenidos sean lo más correctos posibles. Se utilizó el instrumento elaborado en cuanto a la medición de la percepción dándole validez al instrumento mediante el análisis del mismo, para probar la consistencia y confiabilidad del instrumento elaborado. Esta prueba sirvió para revisar los contenidos y la forma. De esta manera se pudo observar si estaban comprendidos los indicadores necesarios en la investigación, si el orden de las preguntas era el más indicado, como la claridad, la precisión, y la reacción las preguntas.

Se modificó el orden en algunas categorías, y más de dos respuestas en una pregunta. Así que, con el instrumento elaborado y probado se comenzó en el levantamiento de la información, se procedió a buscar la autorización del levantamiento de la información.

7.7 El análisis estadístico

La información fue recopilada en una base de datos del programa SPSS 20, para hacer los análisis estadísticos en una base de datos de confiabilidad categorizados por medio de tablas de frecuencias, porcentajes, gráficos de barras, diagramas, tablas, para su análisis descriptivo.

7.8 Aspectos Éticos

La investigación se desarrolló conforme a los siguientes criterios:

1. Investigación realizada por maestrante de Enfermería con mención en Docencia, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo la responsabilidad de la institución donde se realizó la investigación.
2. Se contó con un consentimiento informado, mediante el cual el investigado autorizó su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la importancia de las respuestas que brindaría, con beneficios futuros y sin riesgo en su participación, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.
3. Se le informó al adulto mayor que aceptó ser entrevistado que los resultados traerán beneficios directos y reales para todos los adultos mayores, ya que ellos son los que nos

pueden indicar donde sienten que es el problema. Se les respetó su autonomía y libre determinación de no contestar las preguntas que no quisieran responder. Fueron informados de sus derechos y las salvaguardas legales para su protección, en relación a las preguntas que ha dado respuesta.

4. Se les informó que su colaboración en el estudio es sumamente importante, para poder realizar planes de intervención en mejoría de su atención en esta unidad de salud.

7.9 Retroalimentación de Información

Según los resultados obtenidos, se elaboró un plan de acción con el fin de mejorar en los aspectos que los resultados señalaron donde se necesita fortalecer a nivel institucional, así mismo se dio a conocer los resultados a las autoridades de la unidad, se les presentó plan de intervención y posterior se procedió a dar inicio a la práctica del plan propuesto. Se solicitó realizaran una medición en seis meses después de cumplido el plan de intervención.

7.10 Plan de análisis

Variables por objetivos

1. Objetivo:

Características socio demográficas del adulto mayor.

Se propusieron estos indicadores (Los incluidos en la parte N0. 1 del cuestionario), los que una vez realizados permitió describir las características, comportamiento, situación económica, familiar y social de los adultos mayores del Distrito V.

2. Objetivo:

Percepción que tienen los adultos mayores en la atención recibida.

El análisis de la percepción que tienen los hombres y mujeres adultos mayores sobre la atención recibida en el Centro de Salud Pedro Altamirano, la obtuve a través de los indicadores utilizados en la parte No. 2 del cuestionario que se utilizó para recolectar la información.

3. Objetivo:

Percepción que tienen los adultos mayores en relación al club de crónicos.

Describir los factores que influyen en la percepción del adulto mayor que asisten al club de Crónicos del Centro de salud Pedro Altamirano. Los indicadores utilizados en la parte No.3 permitieron conocer sus preocupaciones, sus percepciones respecto de salud y su relación con el club de crónicos del adulto mayor.

LISTADO DE VARIABLES POR OBJETIVOS

1. Características socio demográficas de los adultos mayores que asisten a su atención en el Centro de Salud Pedro Altamirano.

Edad
Sexo
Procedencia
Escolaridad
Ocupación
Profesión
Estado civil
Jefatura de hogar
Trabaja actualmente
Número de dependientes
Tenencia de Vivienda
Tipo de vivienda
Servicios básicos: Agua de calidad, Servicio higiénico o sanitario, Servicio de electricidad, Combustible usado para cocinar, teléfono.
Beneficios sociales:
 Plan techo.
 Paquete alimenticio
 Todos con voz
 Pensionados
 Anteojos

2. Nivel de satisfacción pre intervención que tienen los adultos mayores que asisten a su atención de enfermedades crónicas en el Centro de Salud Pedro Altamirano.

Escogencia de Centro de Atención
Horario de atención
Tiempo de espera
Duración de la consulta
Atención recibida

3. Factores que influyen en la satisfacción del adulto mayor que asiste al club del adulto mayor.

Le agrada el club
Le ha sido de provecho
Que es lo que más le gusta
Que no le gusta
Le sirve de recreación
Se siente en familia
Se siente que es Ud. importante en el club.
Operacionalización de Variables

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

1. Características socio demográficas de los adultos mayores.

Nombre de la Variable	Definición Operacional	Indicador	Valor	Escala/Criterio
Edad	Período de tiempo que transcurre desde el nacimiento hasta el momento de realizarse la encuesta	Tiempo cronológico	Años cumplido	60-64 65-69 70-74 75-79 80-84 85y+
Sexo	División del género humano en dos grupos: hombre o mujer. La persona es de sexo masculino o femenino.	Genero	Masculino Femenino	Si no Si no
Procedencia	Zona donde habita el usuario	Residencia	Urbano Rural	Si no Si no
Escolaridad	Nivel de instrucción académica alcanzada hasta el momento de realizarse la encuesta	Último nivel aprobado	Analfabeta Alfabetizada Primaria incompleta Primaria completa Sec Incompleta Sec. Completa Técnico Universitaria	Si no si no si no si no si no si no si no
Estado civil	Se entiende por estado civil la condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro sexo o de su mismo sexo.	Estado civil actual	Separados Casados Unidos Viudos Divorciados	Si no si no si no si no si no
Jefatura del hogar	Es la persona que se designa a sí misma como jefe o que es designada o reconocida como tal por los demás miembros del hogar	Jefe del hogar	Esposo Esposa Hijo (a) Nieto(a) Otro	si no si no si no si no si no
Ocupación	Trabajo u oficio en el que el usuario emplea su tiempo.	Forma de garantizar estabilidad económica.	Ama de casa Obrero Comerciante Desempleado	Si no Si no Si no Si no

Nombre de la variable	Definición Operacional	Indicador	Valor	Escala/Criterio
Profesión	Actividad habitual de una persona, generalmente para la que se ha preparado, que, al ejercerla, tiene derecho a recibir una remuneración o salario.	Perfil profesional u ocupacional	Abogado Enfermera Psicólogo otros	si no Si no Si no Si no
Trabaja	Se denomina trabajo a toda aquella actividad ya sea de origen manual o intelectual que se realiza a cambio de una compensación económica por las labores	Forma de sentirse útil	Fuera de la casa Dentro de casa Remunerado Voluntario Exigido	si no Si no Si no Si no Si no Si no
No. dependientes	Indica a algo o alguien que está subordinado, “que depende” de otra cosa o persona. Para que exista lo dependiente debe haber algo principal, de lo que lo dependiente, necesita y sin lo cual no puede ser, desarrollarse o cumplir con su finalidad.	Responsabilidad ad.	Esposa Esposo Hijos Nietos Otros	0 1-2 3-4 5-6
Tenencia vivienda	Proporción de viviendas según tipos de viviendas particulares habitadas.	Lugar donde vive	Propia Alquilada	Si no Si no
Tipo de vivienda	Existen dos clases de viviendas: las viviendas particulares (casa, rancho, departamento, etc.) y las viviendas colectivas (hogar de ancianos, hogar de niños, etc.).	Estado de la vivienda	Buen estado Regular estado Mal estado	si no Si no
Beneficios sociales	Son aquellas facilidades, conveniencias, ventajas y servicios que se les ofrecen a los AM para ahorrarles esfuerzos y preocupaciones.	Mejoras en la calidad de vida	Plan techo Paquete alimenticio Todos con voz Pensionados Anteojos	Sí No Si no Si no Si no Si no
Servicios básicos	Debería ser al que toda persona, sin importar donde viva, tenga acceso, ya que garantiza un mínimo de calidad de vida para a partir de ahí realizar su desarrollo personal.	Garantía de calidad de vida.	Agua Servicio higiénico Electricidad Combustible para cocinar	Sí No Si no Si no Si no

2. Satisfacción del adulto mayor

Nombre de la Variable	Definición Operacional	Indicador	Valor	Escala/Criterio
Escogencia de asistir a este centro de salud	Elección del usuario del lugar de atención por ciertas condiciones	Lugar donde ser atendido	Le corresponde Cercanía No cobran No hay otro No tengo seguro Hay buena atención	Sí No Si no Si no Si no
Atención recibida	La atención debe estar basada en actividades encaminadas a garantizar los servicios de salud accesibles y equitativos con profesionales óptimos y teniendo en cuenta los recursos disponibles, logrando la satisfacción del usuario con la atención recibida	Confiabilidad Receptividad Competencia Accesibilidad Cortesía Comunicación Credibilidad Seguridad	Realizaron examen físico. Respeto a: -Creencias -Privacidad -Ambiente agradable	Sí No Si no Si no Si no
Horario de atención	Distribución de los días y las horas en que se presta un servicio de salud.	Tiempo dedicado para la atención	Adecuado No adecuado No opina	si no Si no
Tiempo de espera	Promedio de minutos que transcurren entre el momento en que el usuario solicita la atención en el servicio de urgencias y el inicio de esta por el médico	Tiempo de espera para ser atendido	Mucho Adecuado Poco No opina	Sí No Si no Si no Si no
Duración de la consulta	Tiempo que el profesional de la salud estará cara a cara con el paciente.	Tiempo que duro la consulta	Mucho Adecuado Poco No opina	Sí No Si no Si no Si no

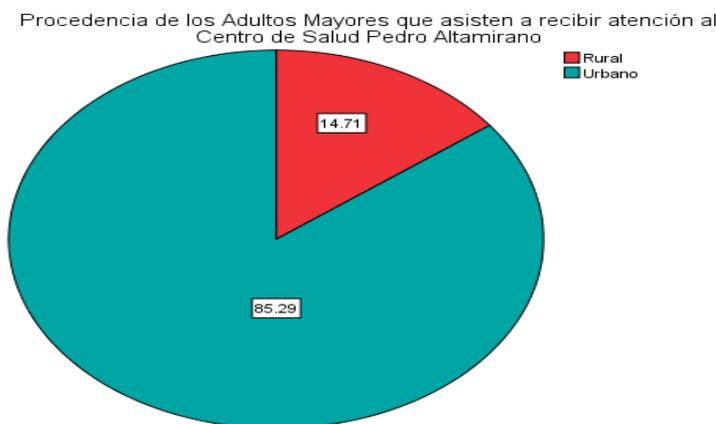
3. 3. Factores que influyen en la satisfacción del adulto mayor que asiste al club del adulto mayor.

Nombre de la Variable	Definición Operacional	Indicador	Valor	Escala/Criterio
Club de adulto mayor	Los Clubes de Adulto Mayor son organizaciones comunitarias en donde participan personas de 60 años y más.	Mejoramiento en la salud Compañerismo Ejercicios Paseos Clases Importancia Provecho Gustos Desagrado Recreación Familia Importante		Si no Si no

VIII Análisis y discusión de los resultados

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS ADULTOS MAYORES

Gráfico N.1



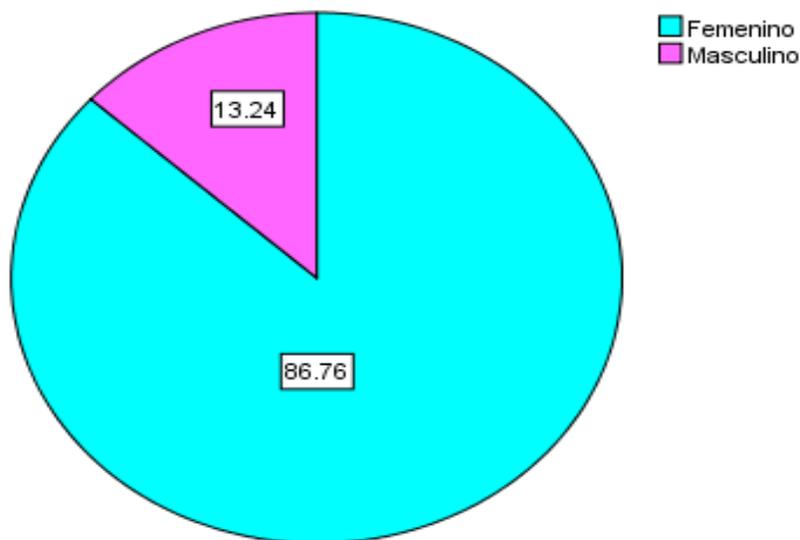
Fuente: Tabla N. 1

De los participantes el 85,29% son del área urbana y 14,71% son del área rural. Según el modelo de salud familiar y comunitaria, MOSAFC, al ofertar los servicios de salud, se tienen que tomar en cuenta el criterios de accesibilidad geográfica, por lo que los de la zona rural cuenta con un puesto de salud familiar comunitario donde se le da atención a los pacientes de esos sectores y acuden al centro de salud solo a realizarse exámenes de laboratorio, atención de especialidades u otras actividades como el club de crónicos ya que estas actividades no se realizan en los Puestos de salud Familiar Comunitario. De esta población el 83,8% refirió haber cumplido sus expectativas en relación a la atención recibida, teniendo un muy ligero incremento en relación al estudio realizado por el (MINSA, 1997) en conjunto con el Banco Mundial sobre satisfacción en los servicios de atención en Managua, que encontraron el 80% de la población estaba satisfecha con los servicios del médico. En correspondencia con el estudio de Canales & Cano (citado por Blandón, 2012), en el Hospital Hilario Sánchez de Masaya, en relación a la atención brindada por el equipo de salud indica que el 52% de encuestados manifestaron satisfacción con la atención del médico, por la atención brindada por enfermería el 37% y el 55%

manifestaron inconformidad con el personal de admisión, estos datos por debajo del estudio actual.

Gráfico N.2

Sexo de los Adultos Mayores que asisten a recibir atención al Centro de Salud Pedro Altamirano

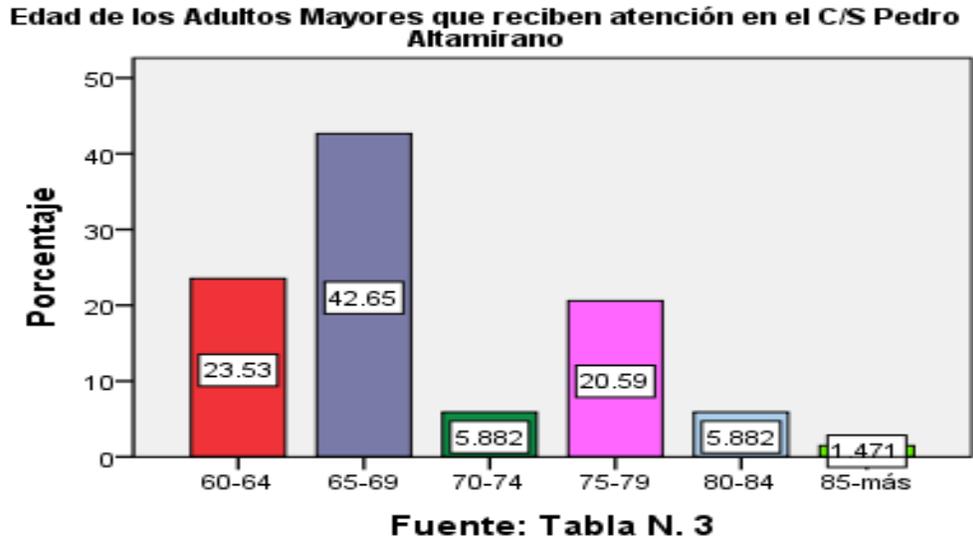


Fuente: Tabla N. 2

Los 68 entrevistados se identificaron cada uno conforme al sexo que representan y 13.2% son masculino y 86.75% femenino, comparado con el estudio realizado por Salcedo, Torres & Zarza, en México, titulado Uso de servicios de salud por adultos mayores y calidad de la atención de enfermería, encontraron que el 66% fueron mujeres, con el 20% menos que el encontrado en este estudio, por lo que se considera que se obtuvo un mayor número de mujeres ya que este comportamiento es similar en los otros grupos etarios, a nivel Nacional, difiriendo del resultado anteriormente mencionado.

Agregando que el peso poblacional de la mujer es mayor a nivel total de toda la población.

Gráfico N. 3



La distribución por grupo de edad más representativas se observa entre las edades de 65-69 años con 42.6%, seguidamente con los de 60 a 64 años con 23.5% y la media o promedio de 69.32 años, a diferencia del estudio de Salcedo et al., donde esta distribución por grupo de edad no mostró diferencia significativa y la edad promedio fue de 72.8 años. El mínimo encontrado es de 60 años, justo donde se señala el inicio de la edad del adulto mayor en Nicaragua y la edad máxima fue de 85 años. En la distribución de 70-74 y 80 a más solo se encuentran mujeres.

Estadísticos
Edad de los Adultos Mayores
que asisten a recibir atención en el
Centro de Salud Pedro Altamirano

N	Válidos	68
Media		69.32
Mediana		67.50
Moda		67
Rango		25
Mínimo		60
Máximo		85

Fuente: Cuestionarios

Gráfico 3.3

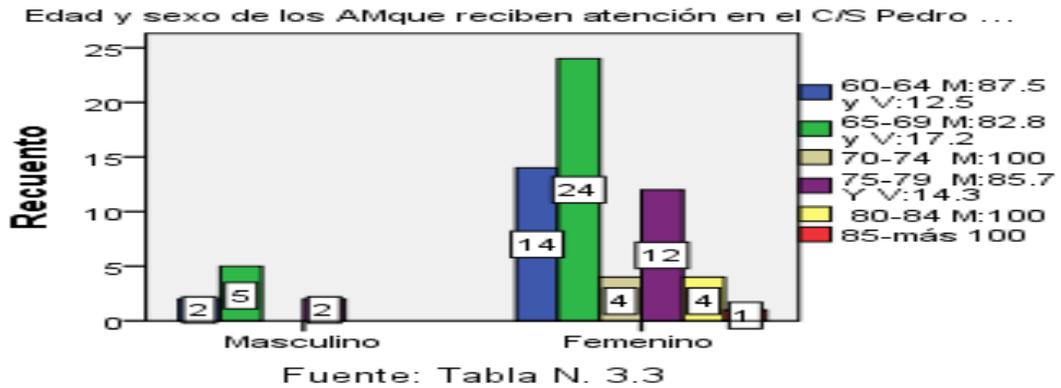


Gráfico N. 4

Escolaridad de los Adultos Mayores que asisten a recibir atención en el Centro de Salud Pedro Altamirano

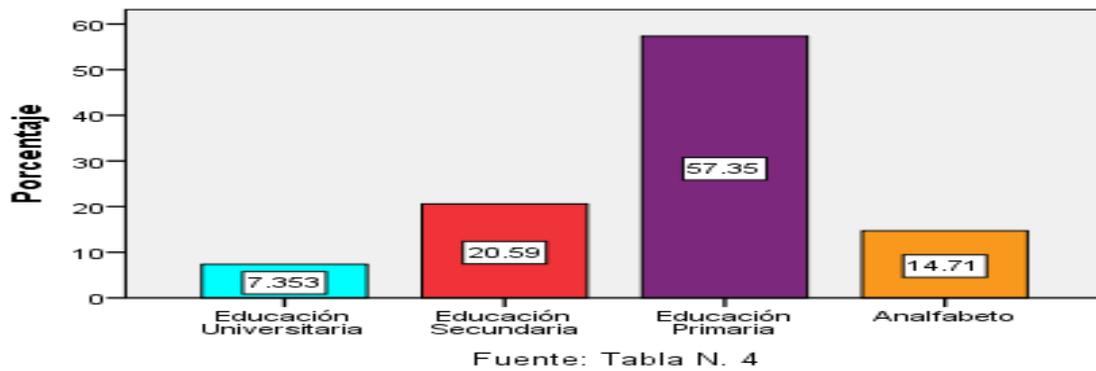


Gráfico N. 4.1

Sexo y escolaridad del adulto mayor que es atendido en ...

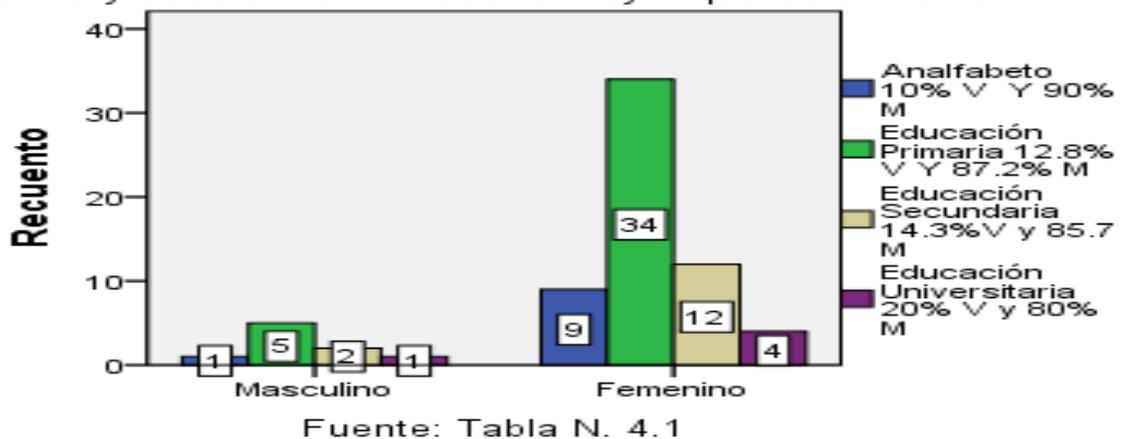


Tabla de contingencia
Sexo y escolaridad de los Adultos Mayores que asisten a recibir atención al Centro de Salud Pedro Altamirano

		Escolaridad de los Adultos Mayores que asisten a recibir atención en el Centro de Salud Pedro Altamirano				Total
		Analfabeto	Educación Primaria	Educación Secundaria	Educación Universitaria	
Masculino	Recuento	1	5	2	1	9
	%	10.0%	12.8%	14.3%	20.0%	13.2%
Femenino	Recuento	9	34	12	4	59
	%	90.0%	87.2%	85.7%	80.0%	86.8%
	Recuento	10	39	14	5	68
Total	%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Cuestionarios

Hay predominio de educación primaria 57.35%, las mujeres tienen el 57% y los varones el 55,5%, observándose que las oportunidades de estudios fue similar en ambos sexos, seguido de educación secundaria, con 20.59%, y en varones el 14.3% y 85.73% en mujeres y a nivel universitario un total de 20,7%, de las mujeres tienen el 80% y el 20% varones.

Se puede observar a este nivel una diferencia mayor que los otros niveles de escolaridad, a nivel de analfabetismo se observó un 14,71% y de estos el 1% son mujeres y 11% varones, datos similares al estudio de Salceda et al., que encontró que el 15.0% de los adultos mayor sólo saben leer y escribir, de los cuales el 13.2% son hombres y 16.0% mujeres. Por lo que se puede llegar a apreciar que no toda la población posee un alto nivel de educación posiblemente se debe a los escasos recursos económicos que poseen.

Lo que se refiere a la Educación pública al sistema Nacional educativo del país, se considera importante en todos los aspectos, incluyendo para la mejor comprensión de lo que se le indica al paciente durante el servicio que se le brinda.

Gráfico N. 5

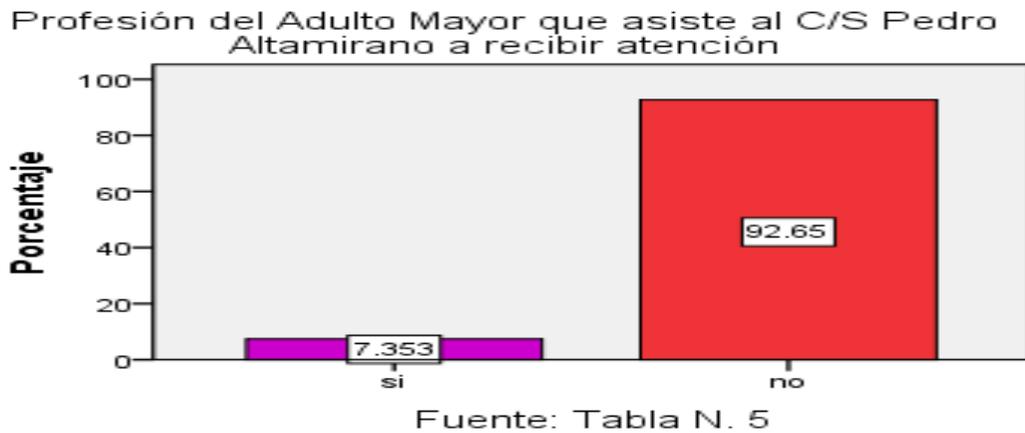
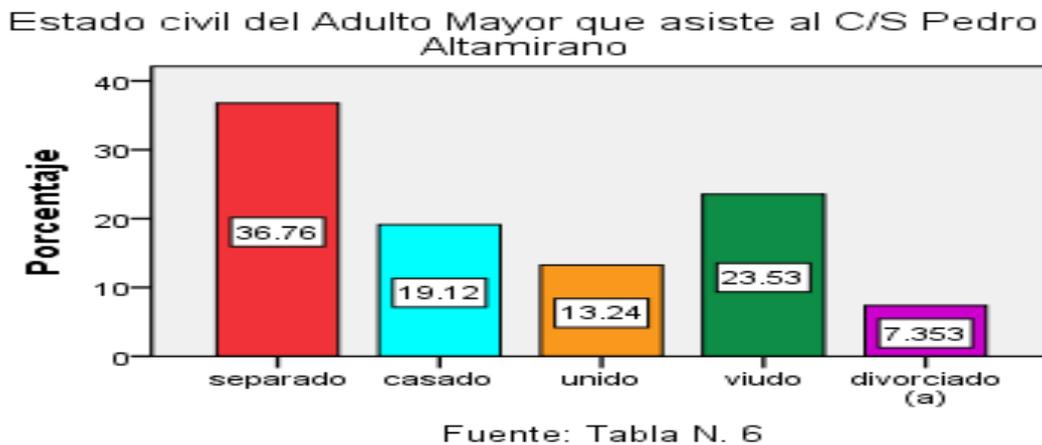


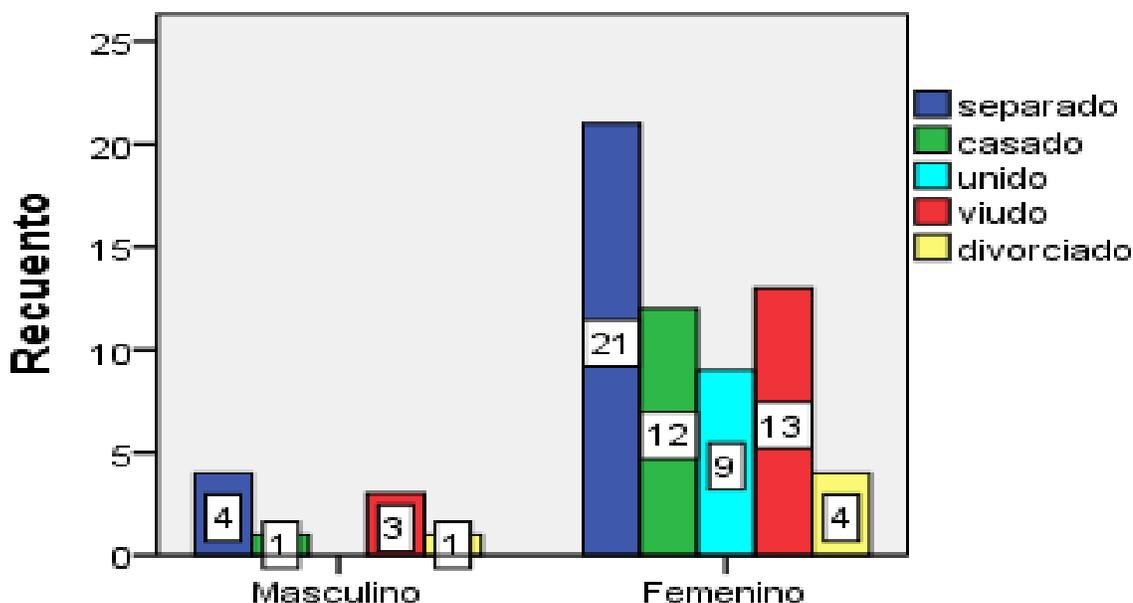
Gráfico N. 6



Predominó los que están separados de sus parejas con el 36.76%, y el 23.53% viudos, esta situación civil en los individuos ocasiona algún grado de depresión, mayor mente en este extremo de la vida, y por consiguiente hay más factores predominantes para enfermar. El 19.12% que están en el grupo de casados y el 13.24% en unión tienen ventaja sobre los otros, pues tiene la compañía y el cuidado y atenciones de la persona con la que vive. Además bíblicamente es mejor dos que uno. Ambos se apoyan. Dueñas et al., en estudio de Percepción de salud en adultos mayores de la provincia Matanzas señala que hay disminución de la percepción de salud en la medida que se envejece, pero los que tienen pareja conyugal perciben una mejor salud respecto a los que no la tienen.

Gráfico N.6.1

Estado civil y sexo del adulto mayor que asista al C/S Pedro Altamirano

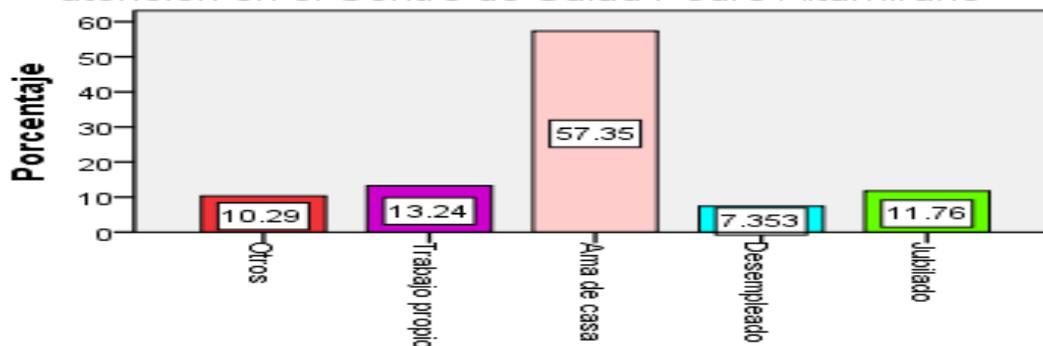


Fuente: Tabla N. 6.1

Al estado civil y sexo en el grupo de mujeres se encuentran las cinco condiciones señaladas y en varones no hay representación de hombres en la condición de unido, y solo un entrevistado está casado, los restantes están sin compañía conyugal, factor predisponente para caer en depresión y más fácil enfermar y morir. En el caso de las mujeres hay 38 sin cónyuge, facilitándosele al igual que los hombres la depresión.

Gráfico N. 7

Ocupación de los Adultos Mayores que asisten a recibir atención en el Centro de Salud Pedro Altamirano

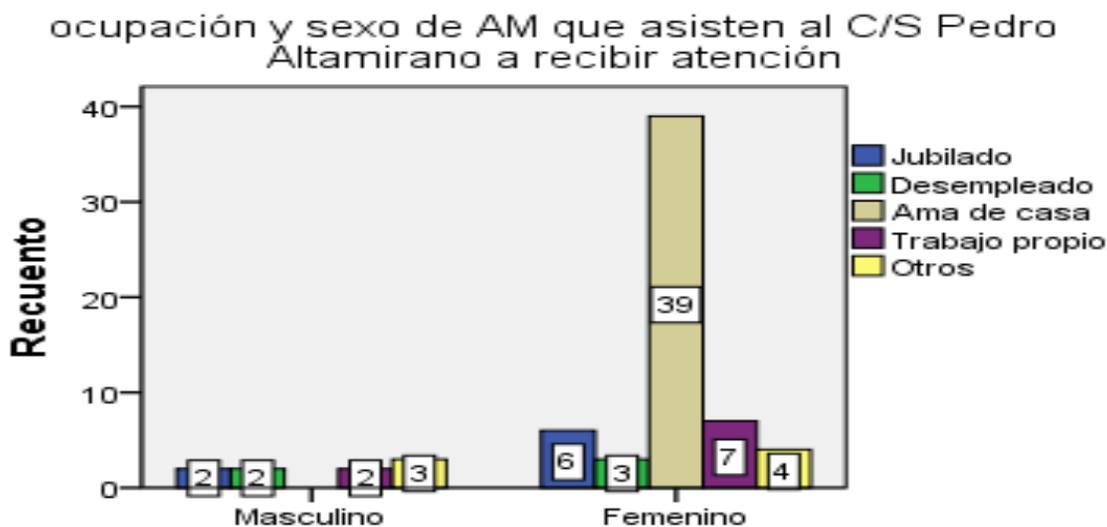


Fuente: Tabla N. 7

El predominio está en el grupo de las amas de casa con el 57.3% lo que les permite estar en actividad que les hace sentirse bien, se observó que los varones no participan de esta ocupación como histórica y culturalmente se desarrolla en este país, el 7.3% se encuentran desempleados, a pesar que a esta edad deberían estar jubilados, ellos se consideran activos, similar al estudio de Salceda et al., que la distribución por género indicó que 51.0% de los hombres y 13.7% de las mujeres son todavía personas activas remuneradas.

El 11,7% se reportaron jubilados y les garantiza un nivel económico ventajoso ante los que trabajan sin remuneración, estos datos reflejan un grupo amplio de adultos mayores que tienen una actividad en que ocupar parte de su tiempo. Se encontró que el 13.2% tienen trabajo propio y 10.3% tienen otros tipos de actividades, a excepción de los desempleados, todos tienen actividades para sentirse útiles a ellos mismos, a la familia y a la sociedad. Las ocupaciones en los individuos son factores positivos para el mantenimiento de su salud.

Gráfico N. 7.1



Fuente: Tabla N. 7.1

Datos del Gráfico N. 7.1

V=9	M=59	V	%	M	%
Jubilados		2	22.2	6	10.1
Desempleados		2	22.2	3	5
T. Propio		2	22.2	7	11.8
Otros		3	33.3	4	6.77
.A. d Casa		0	0	39	66.1

Fuente. Tabla N. 7.1

En relación a ocupación y sexo en masculino hay 22,2% para jubilados, desempleados y trabajo propio, en otros tipos de ocupación el 33,3%, difiriendo estos datos con las mujeres que el mayor peso está en el grupo de amas de casa, que generalmente es donde las mujeres suelen sentirse cómodas y aceptadas, en las otras ocupaciones todas están por debajo de los datos obtenidos en los varones.

Gráfico N. 8

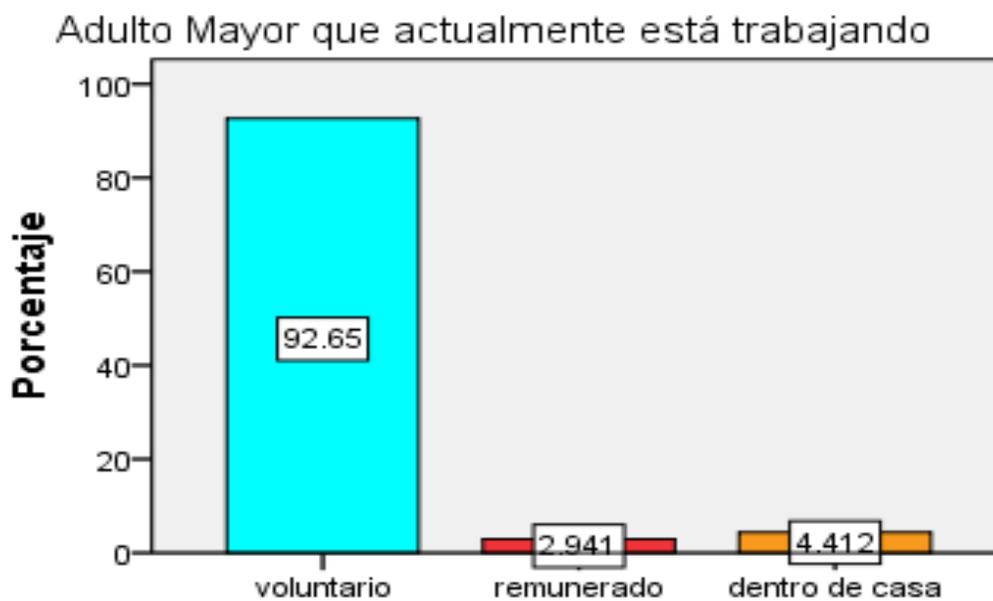


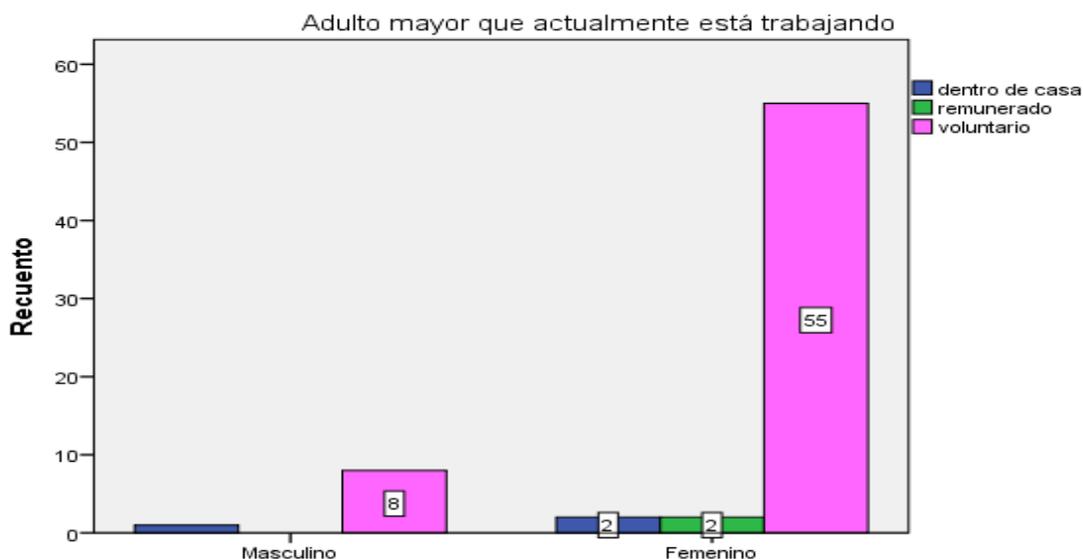
Tabla N. 8

El 92,65 % trabajaban voluntariamente como una manera de sentirse que son útiles, el 4,4% laboran dentro de sus mismas casas y el 2,9% perciben remuneración económica por lo que realizan y a esto es lo que realmente se le considera trabajo, los que coincide con el

estudio de Salcedo et al., que observó que los adultos mayor activos no remunerados están dedicados principalmente al hogar 58.8%. Un total de 2.3% de los adultos mayores inactivos remunerados son jubilados o pensionados.

Histórica y culturalmente se considera que los abuelos son para cuidar y entretener a los nietos mientras los padres trabajan, estudian o se divierten, obteniendo así como recompensa la compañía de hijos y nietos, participando activamente en el cuidado del hogar, de la familia, de la casa en general. Y este trabajo por lo general no recibe remuneración económica, es una compensación por estar acompañado a esto se la llama voluntario.

Gráfico N.8.1

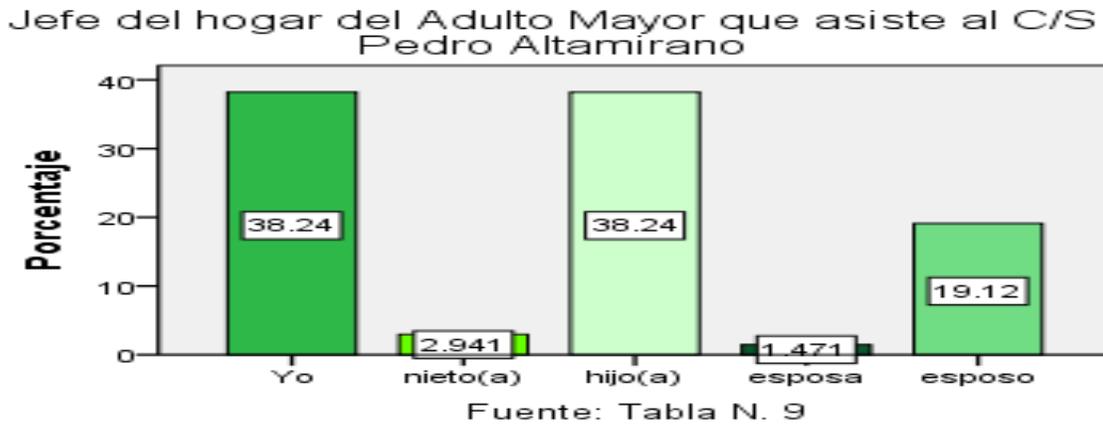


Fuente: Tabla N. 8.1

En relación a trabajo y sexo del adulto mayor, se observó que los varones no tienen remuneración por el trabajo que realizan, no así las mujeres que logran obtener remuneración por lo que realizan, ya que tienen la oportunidad de recibir remuneración económica por realizar actividades domésticas en otras casas.

El tener esta oportunidad les facilita un poco de independencia económica de sus hijos o familiares, además que les posibilita el crear o mantener amistades que de no tener un poco de autonomía económica no se le facilitarían esas actividades de recreación.

Gráfico N. 9



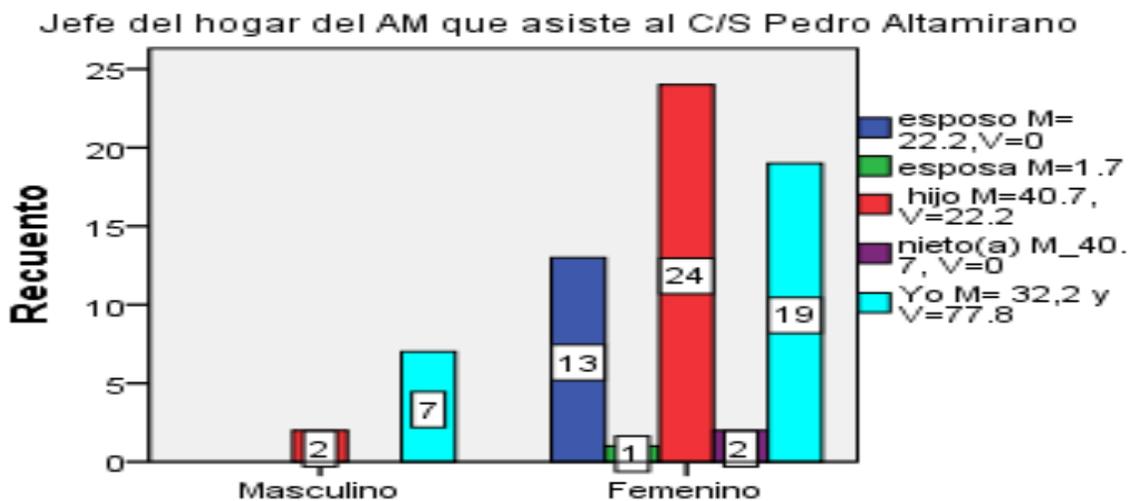
El 38.24% respondió que ellos mismos son los jefes de familia, son los que tiene el mando, posiblemente porque son los dueños de la casa donde habitan o por con venencia cuando más de un hijo vive en la misma casa con su propia familia ya formada y no ha podido emigrar por razones económicas o por cualquier otra razón. El 38.24% la jefatura la tienen los hijos, generalmente cuando los padres no tienen casa propia y viven con alguno de sus hijos(as). El 19.12% la están asumiendo los esposos, como una costumbre tradicional.

Tabla N. 9.1

		Jefe de hogar del A. M. que asiste al C/S P. A.					Total
		esposo	esposa	hijo(a)	nieto(a)	Yo	
Masculino	Recuento	0	0	2	0	7	9
	%	0.0%	0.0%	22.2%	0.0%	77.8%	100.0%
Femenino	Recuento	13	1	24	2	19	59
	%	22.0%	1.7%	40.7%	3.4%	32.2%	100.0%
	Recuento	13	1	26	2	26	68
Total	%	19.1%	1.5%	38.2%	2.9%	38.2%	100.0%

Fuente: Cuestionarios

Gráfico N. 9.1

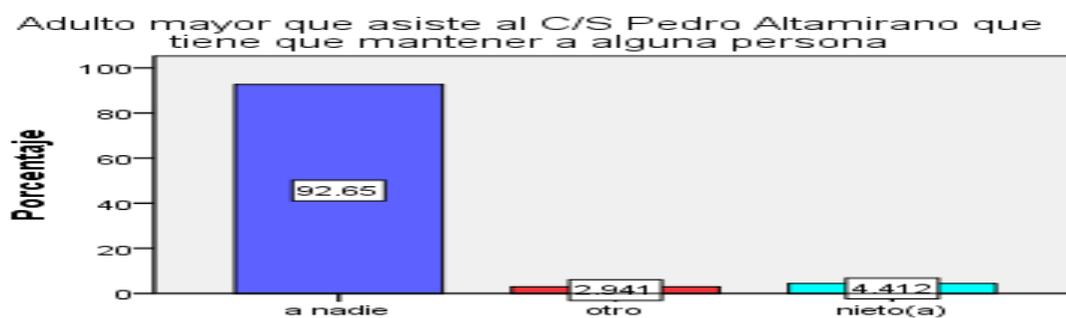


Fuente: Tabla N. 91

La jefatura o dirección del hogar el 38,2% la asumen los hijos con el 24% en sexo masculino y 26% en el femenino, igual porcentaje de 38,2% en los hogares donde ellos mismos son los jefes de familia, en el género masculino 7 familias están encabezadas por los esposos con 19.1% y 19 familias están encabezados por mujeres con el 32.2%, el 2.9% con el jefe es el nieto.

Es importante señalar que la teoría informa que las familias están encabezada por hombres con el 63,7%, 55,2% en zona urbana y 75,5% en rurales. Espinoza, P. en el estudio realizado en América Latina y Chile el número de mujeres jefe de hogar viene incrementándose, lo que les ocasiona más problemas de salud física y psicológica en relación a las mujeres que no desempeñan ese rol.

Gráfico N. 10



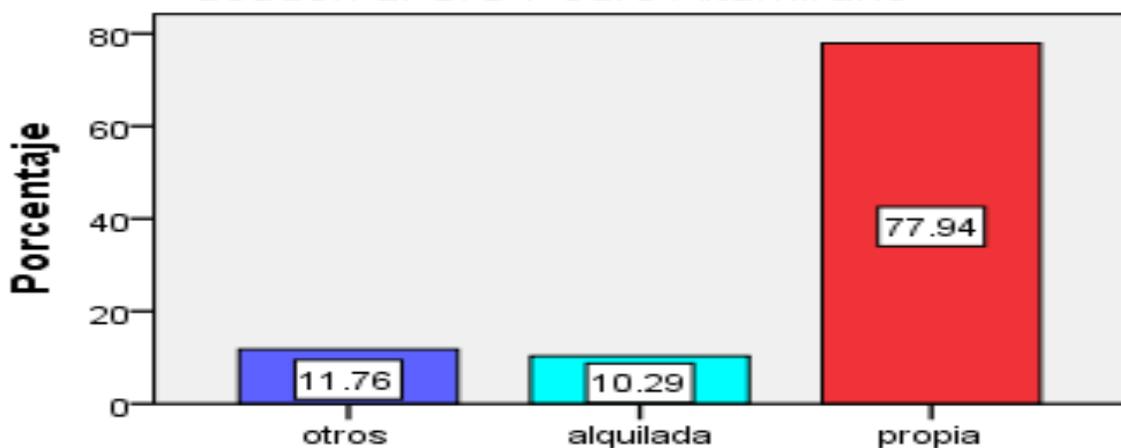
Fuente: Tabla N. 10

Se observó que el 92,65% de los adultos mayores no tienen responsabilidad económica con nadie, lo que obtienen lo utilizan para ellos mismos, ya que deben de estar como apoyo emocional, consejeros, amigos, para distracción, reposo, vacacionar, pero no como proveedores, el 2.9% y el 4.4% tienen responsabilidad con alguna persona.

Aún que a saber desde la perspectiva de la cual se vea la situación, las personas que ven un reto en una situación similar, pueden crecer emocionalmente y mantener su salud para lograr sus objetivos.

Gráfico 11

Situación de las casas de los Adultos Mayores que acuden al C/S Pedro Altamirano



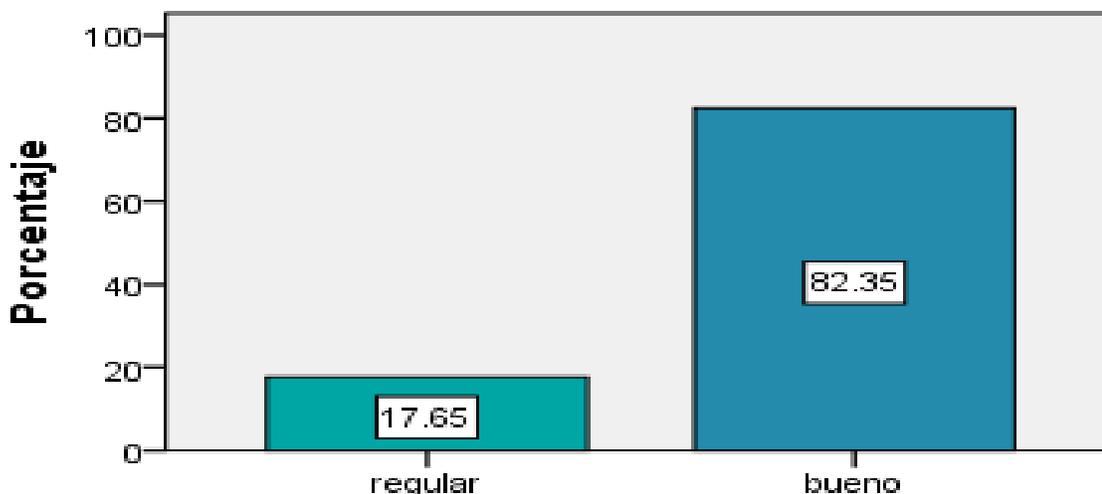
Fuente: Tabla N. 11

El 77.94% tiene casa propia, lo que les garantiza seguridad para tener una vejez aceptable, el 10,29% alquila y el 11.76% en otra situación, posiblemente en casa de un familiar o amigo.

El carecer de un bien como es casa propia, condiciona a mayores factores de riesgo para una calidad de vida aceptable y crea desventaja sobre los que si tiene esa oportunidad. La falta de seguridad de techo y la edad adulta, son factores predisponentes a caer en depresión y enfermar y/o descompensarse.

Gráfico N. 12

Estado de las casas de los Adultos Mayores que asisten al C/S Pedro Altamirano

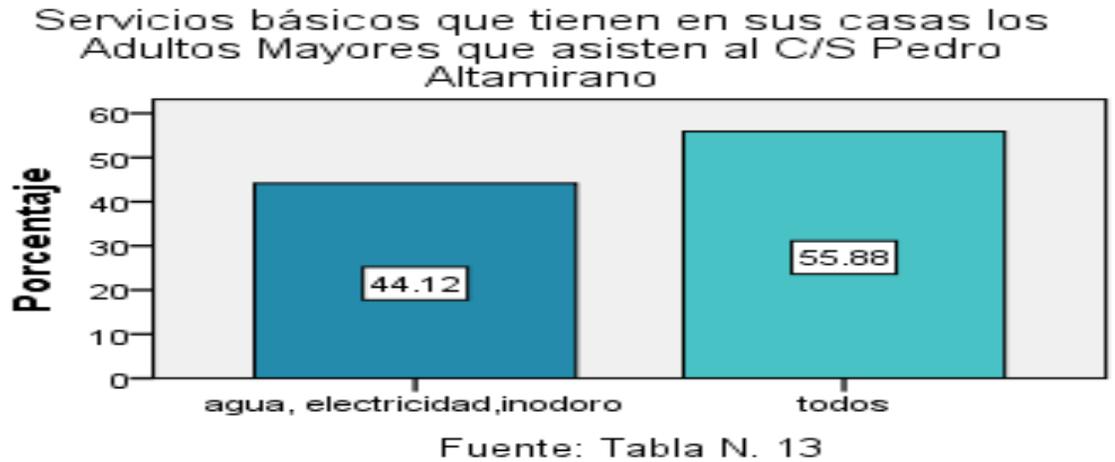


Fuente: Tabla N. 12

El 82.35% tienen casas en buen estado, lo que les garantiza un nivel de vida apropiado. La OMS ha tratado el tema de la vivienda y la salud en diferentes publicaciones, en las que ha aludido de una parte a los factores necesarios para protegerse contra las enfermedades transmisibles, traumatismos, envenenamientos y enfermedades crónicas, indicando también que el espacio vital debe ser adecuado para poder reducir al mínimo las tensiones psicológicas y sociales, y que deben existir lazos familiares con la comunidad y servicios apropiados de seguridad, emergencias, educación, sanitarios, sociales y culturales.

Además hizo notar que son especialmente vulnerables con respecto a las condiciones de la vivienda y sus efectos en la salud, las mujeres, niños, habitantes de asentamientos pobres e ilegales, los ancianos, los enfermos crónicos y los discapacitados. Así mismo las condiciones materiales y estructurales de las viviendas, así como la limpieza, iluminación y espacio, son los elementos más apreciados por los mayores.

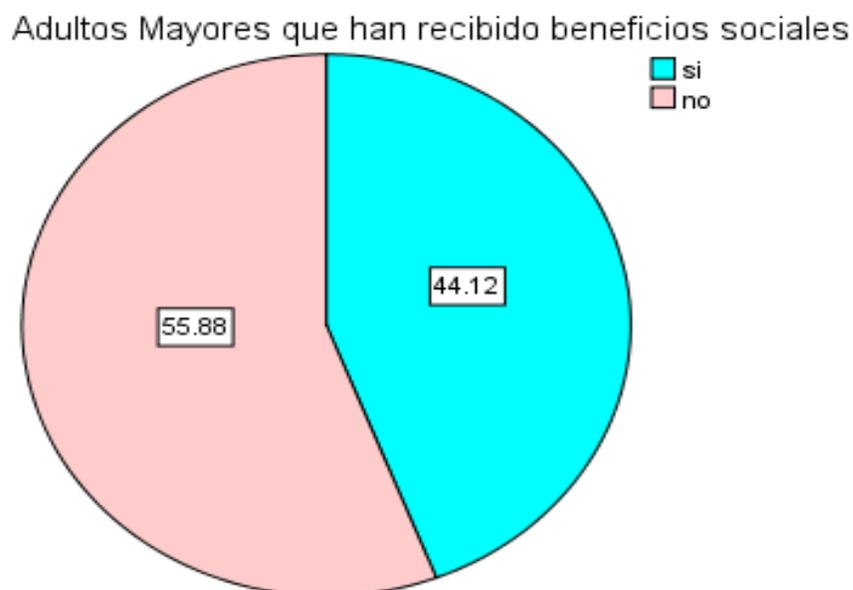
Gráfico N. 13



El 55.88% dispone de todos los servicios que se consideran básicos para tener una vida aceptable, el 44.12% dispone de agua, electricidad e inodoro, indispensable para la vida, pero no para una vida con calidad, en esta etapa de la vida los factores a enfermar se incrementan si no se disponen de los servicios básicos para obtener y mantener la salud.

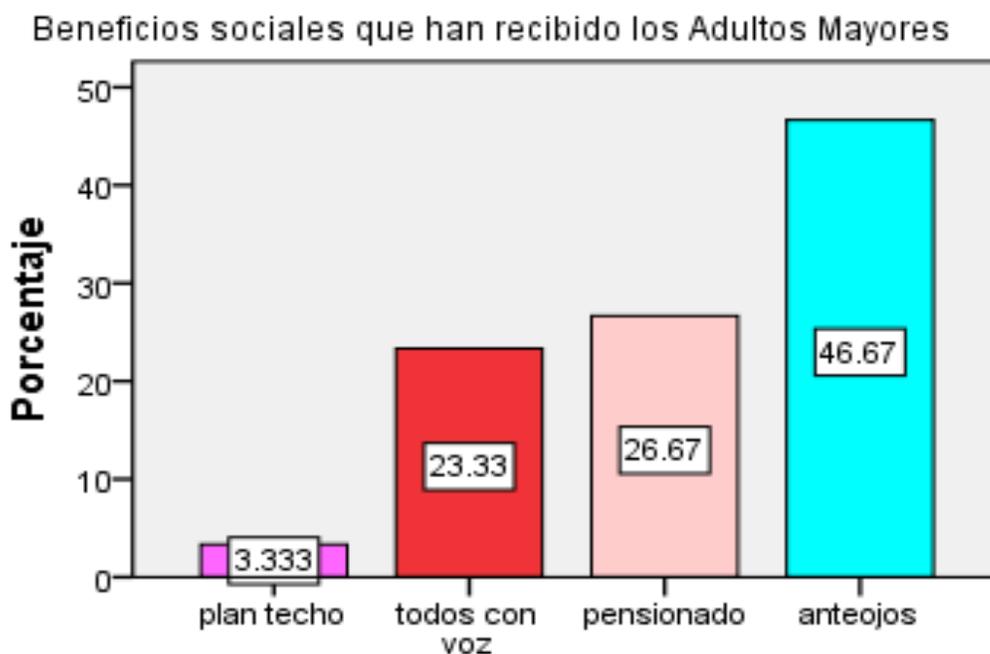
Si los adultos mayores se exponen a condiciones inadecuadas tendrán más riesgos de enfermar y morir que aquellos que cuentan con las condiciones adecuadas.

Gráfico N. 14



Fuente: Tabla N. 14

Gráfico N. 15



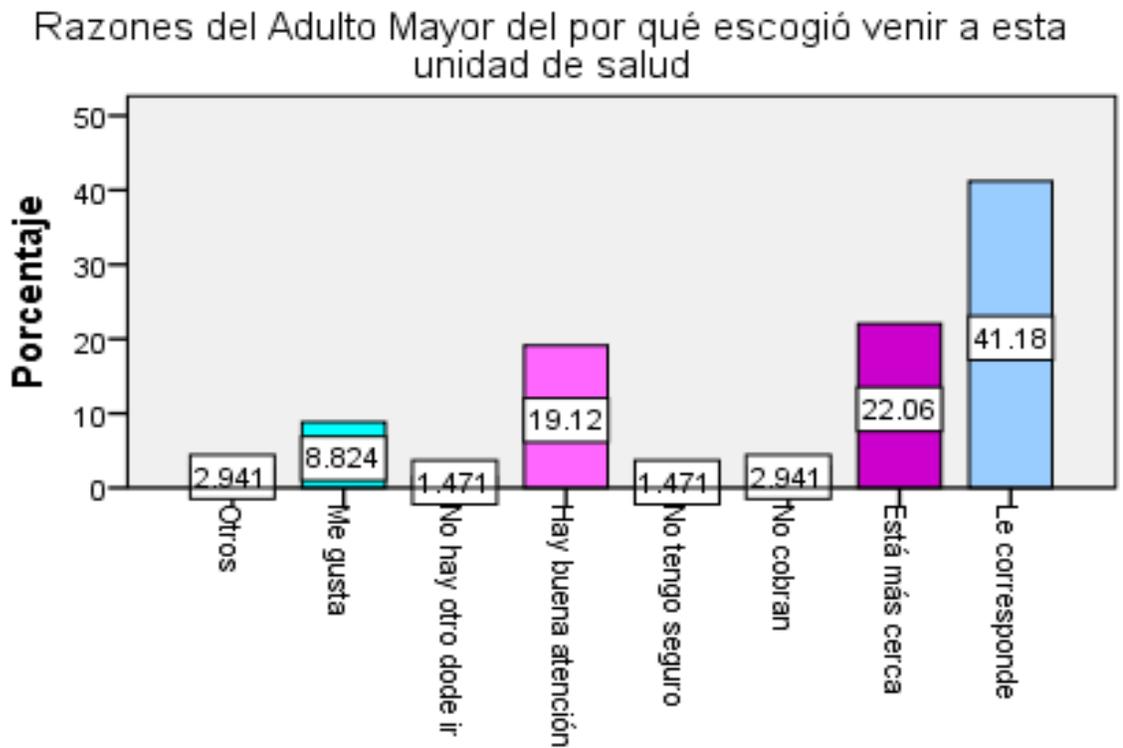
Fuente: Tabla N. 15

En los beneficios recibido el 44.1% (30) reportaron que han recibido algún beneficio ya que están, el resto considera que no han recibido a este momento ninguno.

Entre los beneficios que dicen haber recibido se encuentran: plan techo 3.3% es el programa de gobierno, ha contribuido a que los nicaragüenses, en este caso el adulto mayor estén protegidos de las inclemencias del clima, en el programa todos con voz el 23,3%, programa exitoso de atención integral a discapacitados y dentro del adulto mayor hay unos con capacidades deferentes. Pensionados o jubilados 8 beneficiados con el 26.7% y 14 han recibido anteojos con el 46.7%.

Estos datos nos reflejan el cumplimiento del Modelo de Salud Familiar Comunitario en beneficio del adulto mayor.

Gráfico 16



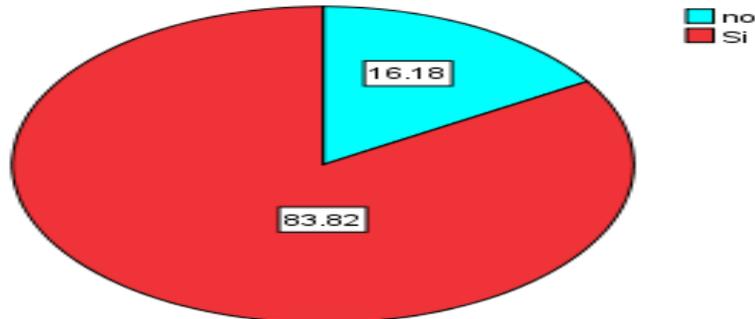
Fuente: Tabla N. 16

Según el Modelo de Salud Familiar Comunitaria, orienta el no rechazo a la demanda, pero también indica cómo debe estar organizada la atención de los usuarios, la cual se le tiene que indicar a la población cuál es su red de servicios, donde acudir a su atención, a pesar de esto la población aún no está bien informada, ya que solo el 41,18% respondió que les corresponde ser atendidos en esta unidad de salud, el resto de los entrevistados respondieron otras razones por lo cual vienen a este centro de salud.

A pesar de que a todos les corresponde venir a esta unidad, a algunos prefirieron dar otra respuesta, dando a entender que desconocen que sí les corresponden ser atendidos en esta unidad de salud. EL 19.12% respondió que hay buena atención, similar al estudio de González et al., que refirió la mayoría de los pacientes se encuentran satisfechos con la atención.

Gráfico N. 17

Adultos Mayores que cumplieron sus expectativas al recibir atención en el Centro de Salud Pedro Altamirano



Fuente: Tabla N. 17

El 83.82% cumplieron sus expectativas al recibir atención de salud, Y 16.18% respondió negativamente, no alcanzó los objetivos que se planteó, posiblemente sus expectativas eran mayor que las que el resto de la población.

Gráfico N.17.1

Adulto mayor que cumplió sus expectativas al recibir atención en el C/S Pedro Altamirano

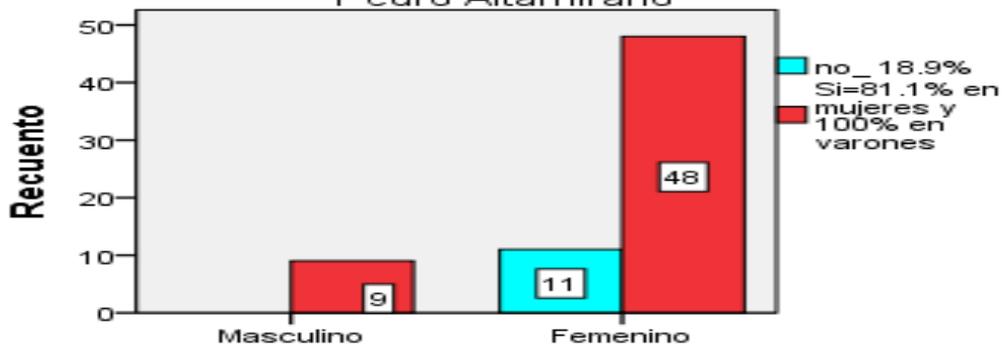


Tabla 17.1

Al observarlo por género, los varones lo cumplieron en 100%, no así las mujeres que el 18.9% no cumplió sus expectativas. Salcedo et al., en el estudio realizado en cuanto a la percepción del estado de salud de los adultos mayores encuestados, ellos calificaron su salud de la siguiente manera: 31.2% como “muy buena”, 57.6% como “buena”, 10.3% como “regular” y sólo 1% como “mala”, por lo que ambos datos son similares. Si se logró observar que las mujeres son más difíciles de agradar.

Gráfico N. 18

Razones de los Adultos Mayores que cumplieron sus expectativas al recibir atención en el C/S Pedro Altamirano

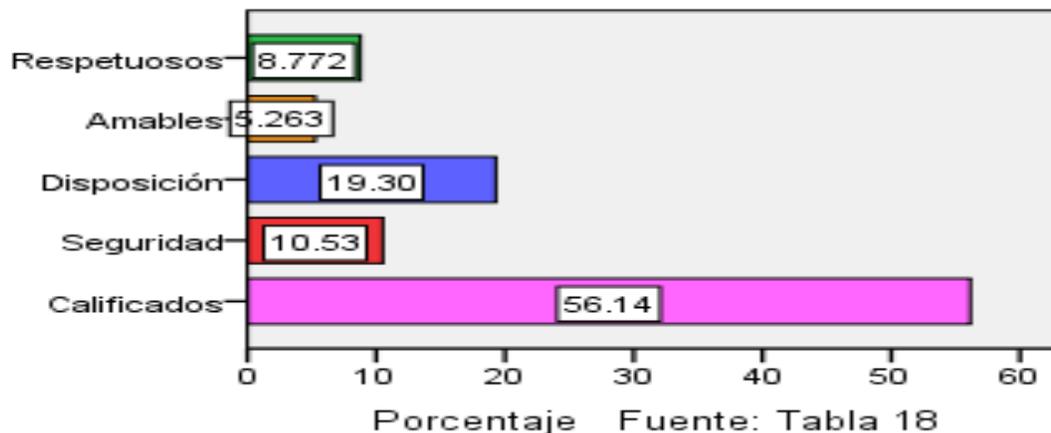


Tabla N. 18. 1

Tabla de contingencia

Procedencia y cumplimiento de expectativas de los Adultos Mayores que asisten a recibir atención al Centro de Salud Pedro Altamirano

	Adultos Mayores que cumplieron				Total
	No		Si		
Urbano	10	(17.2%)	48	(82.7%)	58
Rural	1	(10%)	9	(90%)	10
Total	11	(16.1%)	57	(83.8%)	68

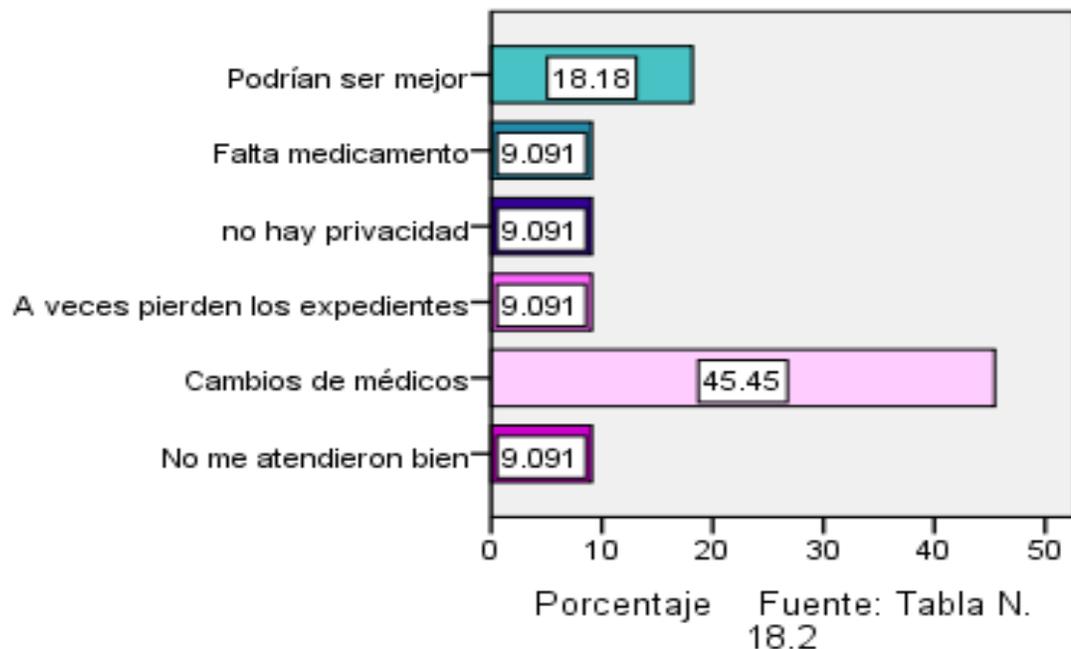
Fuente: Cuestionarios

Al cumplimiento de sus expectativas y de acuerdo a su procedencia 11 (16.17%) de los entrevistados refirieron no haber cumplido sus expectativas en la atención recibida, de los cuales 10 (17.2%) son de procedencia urbana y 1 (10%) de procedencia rural, observándose que es más difícil satisfacer a la población urbana que a la rural, coincidiendo con la teoría que dice que: La satisfacción va a depender de la que el cliente está esperando recibir, de acuerdo a las necesidades que demande en determinado momento o espacio.

Los que cumplieron sus expectativas contestaron que son calificados para un 56.14%, el 19,3% que tienen disposición y al 8.77% tienen responsabilidad y el 5,26% son amables

Gráfico N. 18.1

Razones de los Adultos Mayores que no cumplieron sus expectativas al recibir atención en el C/S Pedro Altamirano

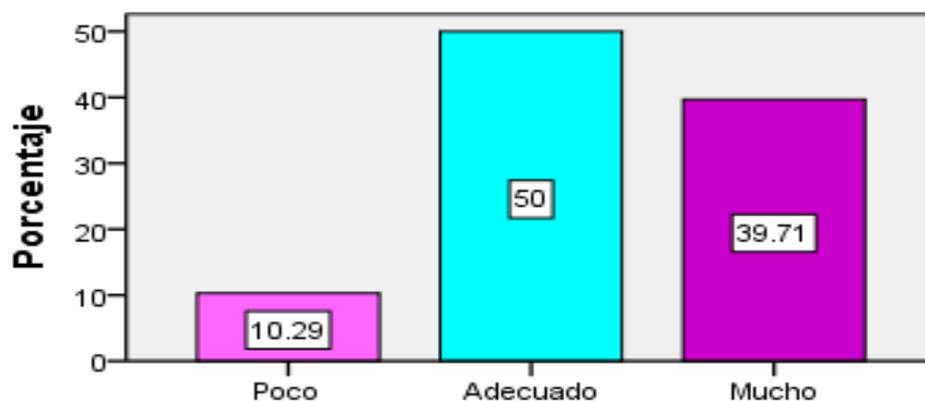


De los 11 entrevistados que no cumplieron sus expectativas en la atención recibida, el 45.45% les incomoda el cambio de personal, el 18.18% respondieron que podían ser mejores y el 9.09% refirieron que hay falta de medicamento, que pierden los expedientes y que no hay privacidad. Estos datos son similares a los de González et al., en estudio de satisfacción en el C/S Pedro Altamirano que una de sus conclusiones fue la insatisfacción de no encontrar todos los medicamentos necesarios para recuperar su salud.

El MOSAFC también define que para cada sector debe de estar el mismo equipo de salud familiar comunitaria (ESAFC) atendiendo para que conozcan bien su sector y por ende a la población y que la población los conozca a ellos y promover la salud y prevenir enfermedades.

Gráfica N.19

Tiempo de espera de los Adultos Mayores para recibir atención en el C/S Pedro Altamirano



Fuente: Tabla N. 19

El 50% respondieron que el tiempo fue adecuado. El 39.7% respondió que esperó mucho tiempo para ser atendido y solo el 10.29% para 7 entrevistados respondieron que la espera fue de poco tiempo. En el estudio de González et al., entre sus conclusiones expresó que no estaban satisfechos con el tiempo de espera para ser atendidos.

El MOSAFC establece que la espera no exceda a los 60 minutos, siempre que el usuario cumpla con sus citas de forma escalonadas.

Gráfica N. 20

Tiempo que duró la consulta de los Adultos Mayores en el C/S Pedro Altamirano

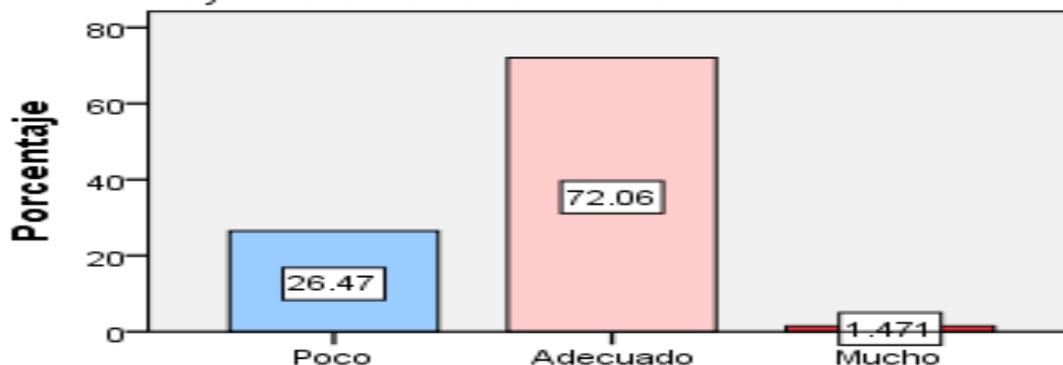


Tabla N. 20

El 72.06% respondió que el tiempo de la duración de la consulta fue adecuado, pero el 26.47% refirió que la consulta fue muy breve y no le da tiempo de expresar todas sus dudas, al igual que la teoría refiere que tardan más tiempo en ser llamados para la atención que el tiempo que el médico está con ellos. El 1.47% respondió que la consulta duró mucho tiempo mucho tiempo.

En esta variable se determina el tiempo que el personal utilizó para brindar la consulta y el resultado puede variar de acuerdo a la percepción que el adulto tenga, como dice la teoría que también va a depender del lugar o entorno donde se desarrolla la consulta.

Gráfica N. 21

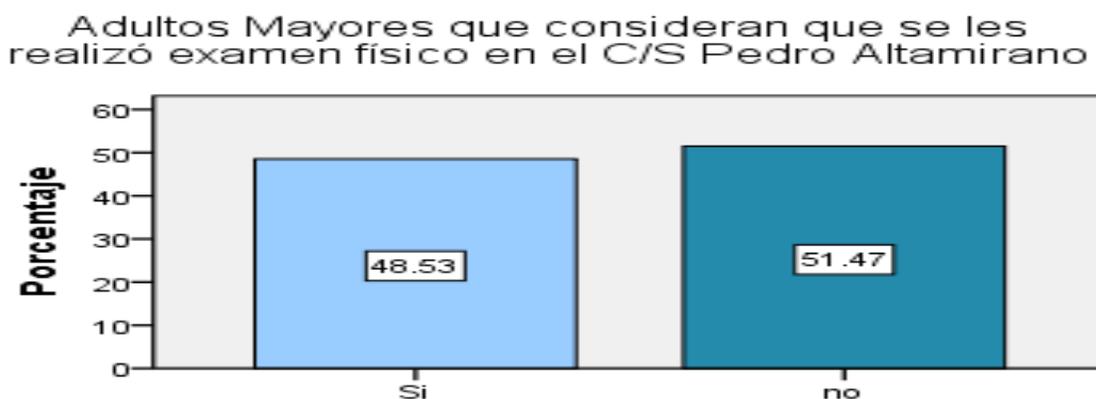


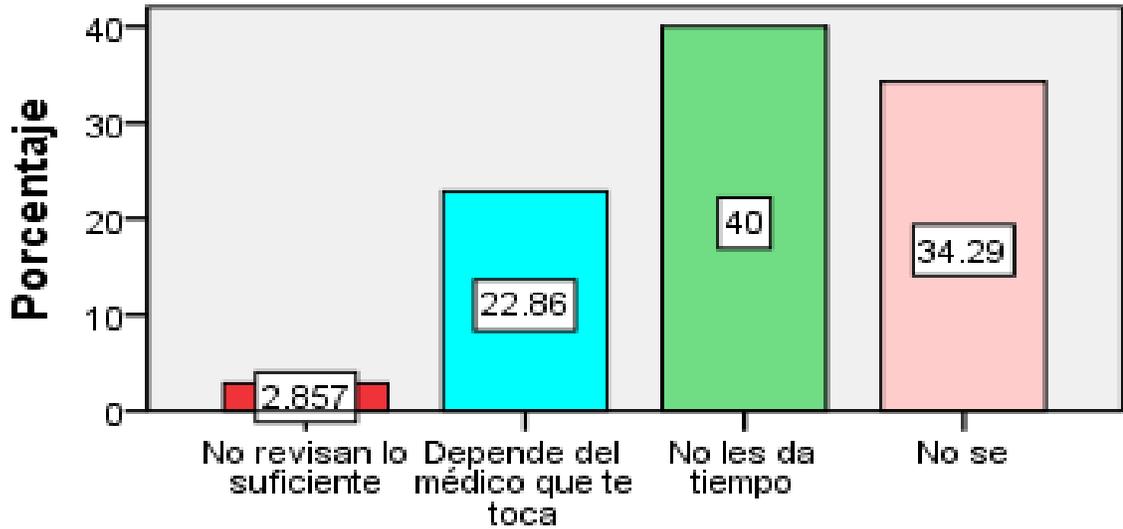
Tabla N. 21

El 51.47% de los entrevistados respondieron que no les hicieron el examen físico, a pesar que el examen físico y el interrogatorio son elementos importantes para lograr una buena orientación diagnóstica, indispensable para poder complementar el diagnóstico de los enfermos o sus complicaciones.

El 48.53% respondieron que les hicieron el examen físico De este grupo beneficiado contesto que el personal si les explicó lo que les iban hacer con un 84.8%. Al resto no les explicaron nada. De acuerdo a lo normado siempre hay que explicarle al paciente o acompañante que si se les da la autorización para realizarles un procedimiento.

Gráfico No. 22

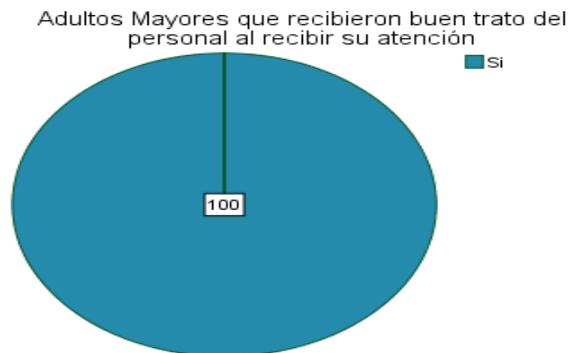
Razones del Adulto Mayor del por que no le realizaron el examen físico



Fuente: Tabla N. 22

Los 35 entrevistados que no le realizaron el examen físico 40% explicaron que no les da el tiempo; el 34.29% dijeron que no saben porque; el 22.86% respondió que depende del médico que te toca y el 2.85% respondió que no lo revisan suficiente, lo que nos refleja que tenemos un porcentaje de usuarios atendidos de forma deficiente, implicando que el diagnóstico y manejo del paciente no va a tener resultados eficientes, a pesar de esta situación, los entrevistados refieren que cumplieron sus expectativas, a como se refleja en el gráfico N. 17, 18, 19, 20, 21., similar al estudio de González et al., que dice la mayoría de los pacientes se encuentran satisfechos con la atención recibida en los diferentes servicios, no así con el tiempo de espera para ser atendidos y la insatisfacción de no encontrar todos los medicamentos necesarios para recuperar su salud.

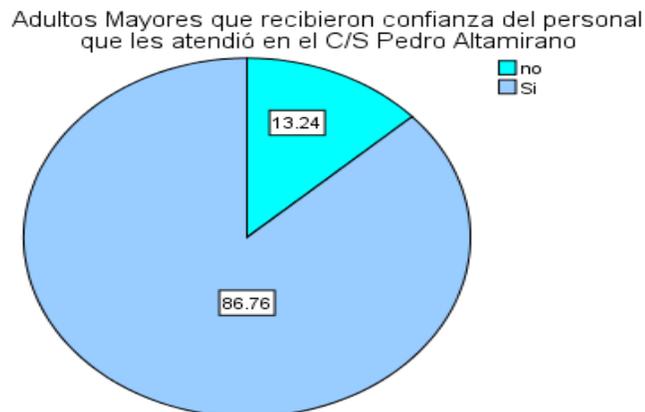
Gráfico N. 23



Fuente: Tabla N. 23

EL 100% recibió buen trato de todo el personal al recibir su atención médica, su percepción de atención y buen trato se refleja en los gráficos N.17, 18, 19, 20, 21., similar al estudio al de Dueñas et al., que dice percibieron atención adecuada. El paciente siente que le brindad buen trato desde el momento que es recibido con cortesía. El de González et al., difiere puesto que una de sus conclusiones fue que para la mayoría de los usuarios externos, el proceso de admisión no cumple con sus expectativas, puesto que el trato no es muy satisfactorio.

Gráfico N. 24



Fuente: Tabla N. 24

El 13.2% o sea 9 entrevistados respondieron que el personal no le brindo confianza y el 86.8% respondió haber percibido confianza de parte del personal, a pesar de que 100% había percibido buen trato, no paso lo mismo con la confianza que debe de haber entre

usuario y personal, así se refleja en gráfica N. 18.1 y 22 que expresan que no habérseles presentados cuando ellos entraron, creó barrera entre ello. El personal ya conoce las normas que al llegar el paciente su deber es saludarlos, presentársele y ofrecerle sus servicios. Todos estos motivos forman parte de la ética profesional del trabajador de la salud, independientemente del perfil en el que se desempeñe.

Gráfico N. 25



Fuente: Tabla N. 25

Es importante que el 100% respondiera que se les respeto sus creencias con respecto a su enfermedad, a los cambios físicos, emocionales y de salud durante el envejecimiento. Estas actitudes de los trabajadores con respecto a este grupo posibilitan un acercamiento con ellos y a la vez ayuda a brindarles mejores respuestas a sus necesidades. Si bien es cierto que en la edad mayor se dan inicio a los cambios estos aunque son lentos, pueden iniciarse desde edades muy tempranas, y notorios porque se tornan visibles en algún momento; es cuando estos necesitan de que sus creencias sean respetada para hacerse sentir mejor en todo momento.

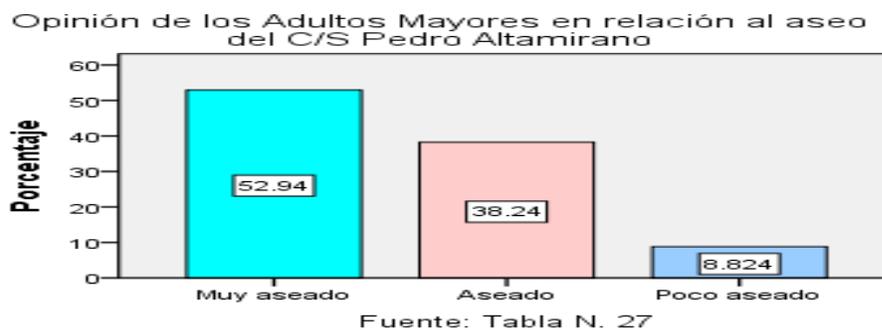
Gráfico N. 26



Fuente: Tabla N. 26

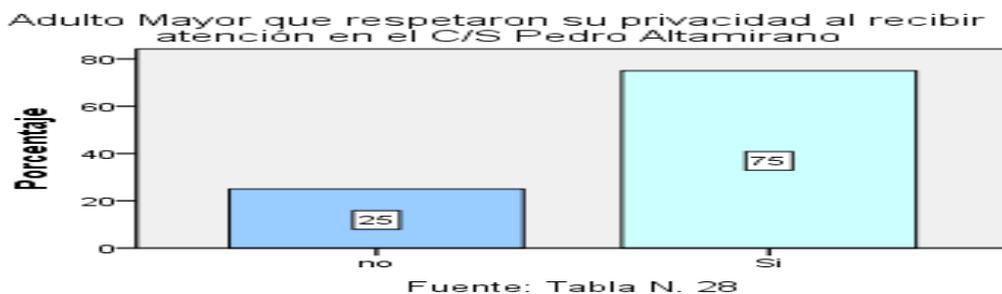
El 91.16% respondió que el horario les parece adecuado, pero aún hay 8.82% que no está satisfecho con el horario. Se pone en práctica el horario escalonado de acuerdo a las orientaciones del MOSAFC, esto para acortar las horas de esperas en la atención, aún hay pacientes que piensan que llegando primero van a salir primero sin tomar en cuenta la hora de la cita, ya algunos están comprendiendo la ventaja del horario escalonado.

Grafico N. 27



El aseo del centro de salud con el 52.9% fue valorado en muy aseado, 38.24% en aseado y el 8.82% lo observó poco aseado. El aseo y la comodidad son partes vitales en el proceso de la atención con confort, seguridad y confianza que el paciente necesita sentir para sentirse en confianza y seguridad. Probablemente los que determinaron el aseo como poco aseado puede deberse que las condiciones de sus casa son mejores que las del Centro de Salud o que llegaron en el momento que aún no se había realizado la limpieza.

Gráfico No. 28

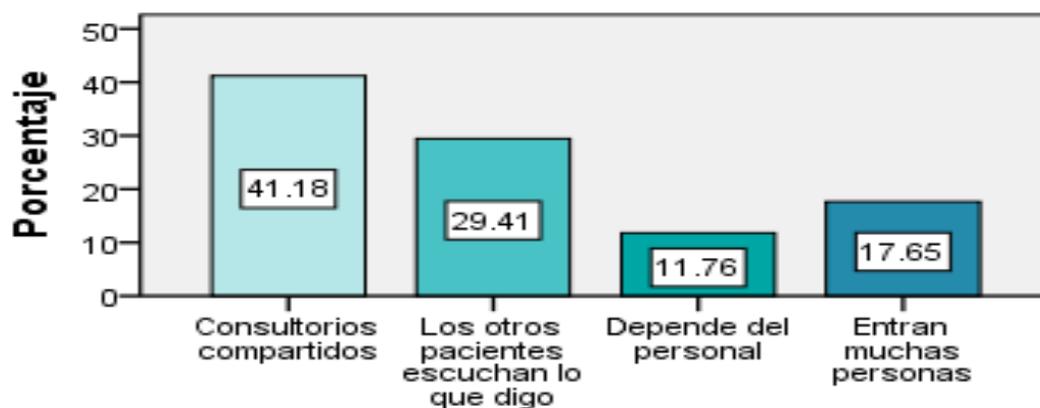


El 75% percibió que respetaron su privacidad a pesar de las condiciones inadecuadas que hay en la unidad de salud y los 25% consideró que su privacidad no fue adecuada,

respuesta que se obtuvo a pesar de que en gráfica N. 17 habían reportado cumplimiento de expectativas. El 25% posiblemente consideró que necesita mayor privacidad para sentirse que le fue cumplido ese derecho.

Gráfico N. 28.1

Consideraciones del Adulto Mayor de por que no respetaron su privacidad al recibir atención en el C/S Pedro Altamirano



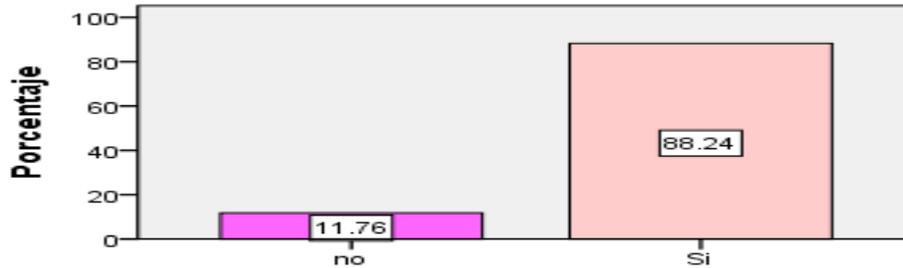
Fuente: Tabla N. 28.1

El 41.18% respondió que los consultorios son compartidos, el 29.41% refirieron que los otros pacientes escuchan lo que ellos quieren explicar o preguntarle al médico que los está atendiendo, un 17.65% contestó que entran muchas personas durante la atención y el 11.76% manifestó que depende del médico.

Ya sabemos que el termino deontología profesional hace referencia al conjunto de principios y reglas éticas que regulan y guían una actividad profesional. Estas normas determinan los deberes mínimamente exigibles a los profesionales en el desempeño de su actividad. En relación a la parte si se le respeto su privacidad solo el 75% contesto que sí, pero quedó el 25% que creen que esta parte no se les cumplió, por las razones anteriormente señaladas.

Gráfico N. 29

Adulto Mayor que recibió información sobre lo que le iban a realizar al recibir atención en el C/S Pedro Altamirano

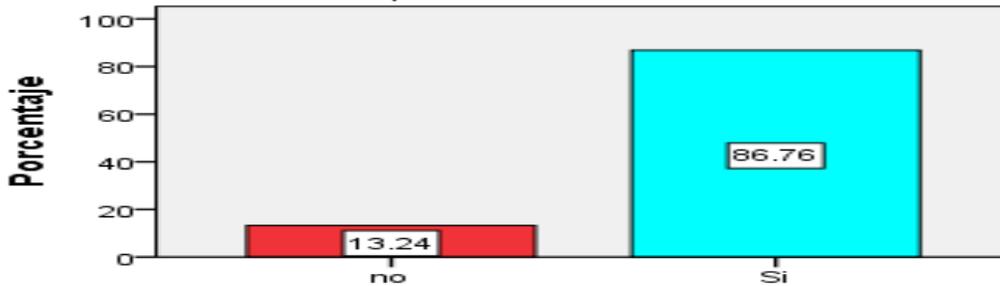


Fuente: Tabla N. 29

El 88.24% señaló que recibió información sobre lo que el personal le había de realizar, el 11.76% no le fue indicado lo que le iban a realizar durante su permanencia en el Centro de Salud a sabiendas que al atender a un paciente se le debe de explicar lo que se le va a realizar y de ser posible firmar un consentimiento informado a como está indicado en el proceso de admisión a los pacientes.

Gráfica N. 30

Adulto Mayor que comprendió lo que le explicaron sobre lo que le iban a realizar



Fuente: Tabla N. 30

La comprensión de la información obtenida es importante en el proceso de la atención y de la mejoría de la salud del usuario, el 13.24% no comprendió la información que le dieron siendo esto un factor negativo para la salud del paciente. Posiblemente no se está cumpliendo con lo orientado de pedirle al paciente explique o regrese la información que recibió para determinar si el paciente logró comprender el mensaje. Muchas veces el usuario no cumple con las indicaciones porque posiblemente no se la brindaron o no se le pidió que explicara que había logrado captar.

Gráfica N. 31

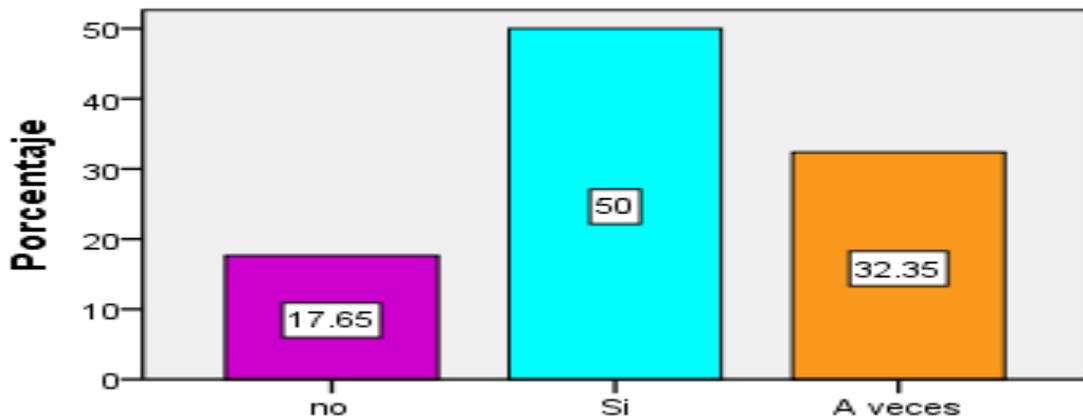
Razones del Adulto Mayor del por qué no comprendió la explicación de lo que le iban a realizar



Fuente: Tabla N. 31

Gráfico N. 32

Adultos Mayores que asisten al club de crónicos del C/S Pedro Altamirano



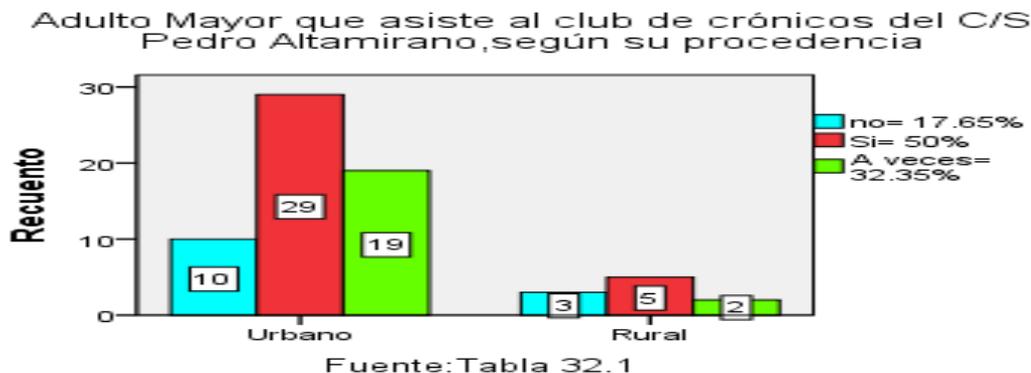
Fuente: Tabla N. 32

El 50% asiste al club de crónicos, el 32.35% a veces asiste, o sea que ya lo conoce, pero que razones propias no asiste. El 17.65 no asiste a estas actividades a veces por desconocimiento de la actividad.

Otros escenarios o mundos sociales a tener en cuenta en la vejez son: las amistades; algunas, permanecen con fuerza ligadas a los senescentes durante muchos años o pueden aparecer nuevas; el vecindario, que en nuestro país tiene una importancia capital, sobre todo en los estratos medios y bajos, por la larga permanencia de las familias en los mismos lugares de vivienda. Esta iniciativa que toma fuerza cada vez más, los puede salvar de la

soledad, y les proporciona un espacio de contacto directo con otros pares etarios; es una salida al aislamiento e individualismo, una posibilidad para pensar un sentido de comunidad, en nuestros barrios y sectores de la ciudad, a fin de no seguir caminando solos y aislados

Gráfico N. 32.1



El 17.6% respondieron que no asisten al club de crónicos y 32.35% respondieron que asisten de vez en cuando, se logra observar que tanto de la zona urbana como rural y de ambos sexos hay presencia en las tres respuestas de asistencia al club, lo que indica el conocimiento del club de parte de los adultos mayores.

Gráfico N. 33



De los que solo a veces asisten al club de crónicos, expusieron las siguientes razones el 90.91% no tienen tiempo, el 4,54% para 9 no tienen quien les traiga y 4.54% refirió tener problemas en casa, todas estas razones son posible de superarlas si hay voluntad y conciencia de la importancia del club.

Gráfico N. 34



Los que no asisten al club respondieron 75% no tiene quien le traiga y 25% no tiene tiempo, ambas respuestas al igual que el caso anterior son superadas con voluntad de los familiares y del mismo adulto mayor, posiblemente no han ido nunca porque no se le haya explicado bien los beneficios de asistir al club. La integración al club de los dispensarizados va a facilitar en el proceso de salud-enfermedad en los usuarios ya que les permite sentirse seguros, confiados y en confianza.

Gráfico N. 35



El 67.65% respondió que le gusta todo lo que se realiza en el grupo del club, el 17.65% tiene su especialidad con las clases, para obtener más conocimientos sobre su enfermedad, 11.76% los ejercicios y 2.94% el compañerismo que se observa en las reuniones y las otras

actividades que se realizan. Es un lugar donde todos pueden expresarse sin temor a ser ofendidos, ignorados o maltratados.

Gráfico N. 36



El 64.71% no opina posiblemente porque les gusta todo, 29.41% otras situaciones que a veces suelen darse entre ellos mismos y el 5.88% el local. El espacio que se usa para el club no está siempre libre y ellos tienen que esperar para poder entrar a sus actividades y cuando eso pasa que es bastante seguido porque el lugar también es para clase de estudiantes o talleres al personal, posiblemente ellos creen que ya no se les quiere seguir teniendo

Gráfico N. 37



A esta variable las repuestas fueron: 70.59% se sienten en familia, esto es importante para el bienestar de su salud, 26.47% en confianza, de gran valor porque conforman una comunidad donde comparten muchas cosas y 2.94 no opino, posiblemente sea nuevo dentro del club.

Gráfico N.38



Fuente: Tabla N. 38

El 94.12% 5.9% refiere que el club le ha mejorado su salud y el 5.88% no opinaron, posiblemente están tomando un poco más de tiempo para realizarse su autoevaluación. Es importante observar como estos adultos mayores le dan un alto porcentaje de beneficio obtenido al ser participantes del club de crónicos del Centro de Salud.

Grafico N. 39



Fuente: N. 39

El 50% no opino y el otro 50% refirió tener muchos problemas, es relevante observar como los entrevistados están divididos en su opinión, posiblemente los que no opinan es porque si han observado mejoría y el otro 50% refiere que sus problemas son tantos que el proceso de mejoría lo van a ir percibiendo durante el proceso de su permanencia y participación activa dentro del club.

X PLAN DE INTERVENCIÓN.

OBJETIVO

Mejorar la adhesión a través del compromiso del paciente adulto mayor crónico en la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación y a su vez que la familia se observe como activo participe de estos aspectos lo cual contribuirá a elevar su calidad de vida.

MECANISMO

Desarrollar el Modelo de Salud Familiar comunitario, el cual prioriza un compromiso no solo biomédico del equipo de salud con respecto al paciente, sino que engloba integralmente al individuo, desde lo social a lo biológico sin ser uno excluyente del otro.

PROPUESTA:

Plan de intervención para mejorar la atención y/o percepción del adulto mayor al acudir a recibir atención

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	ACCIONES	RESPONSABLES	RESULTADOS	FECHAS
Fortalecer la calidad de atención que se brinda en la unidad de .	Trabajo grupal organizado y estructurado con fines de aprendizaje en el que los trabajadores expresan puntos de vista distintos acerca de mejorar la calidad en la atención al adulto mayor.	Capacitaciones a personal de salud	Talleres de sensibilización. Foros sobre el tema de atención al adulto mayor.	Director, Personal docente, Trabajadora social, administración.	En los meses de octubre y noviembre 2015 se realizaron 3 talleres de sensibilización y empatía.	Octubre y Noviembre 2015
Realizar un perfil de la familia de los pacientes ingresados al programa	Utilizar el instrumentos de ficha familiar Trabajo grupal organizado y estructurado con fines de aprendizaje en el que los alumnos expresan puntos de vista distintos acerca del asunto en cuestión.	Describir la familia	Visitas domiciliarias	Personal médico y de enfermería, estudiantes de la salud.	Se inició en el mes de enero 2016	Enero 2016
Educar al paciente y su familia, sobre la promoción, prevención, atención al daño y rehabilitación.	Representación actuada de situaciones de la vida real, relacionadas principalmente con situaciones problemáticas en el área de promoción, prevención, atención al daño y rehabilitación.	Talleres grupales, donde participan pacientes y su familia, dentro del club b) Educación en el hogar.	Clases expositivas, usando data, Papelografos. Sección de preguntas, para aclarar dudas Caracterizaciones	Docente, educadora, internista, personal de salud.	Se realiza los días jueves de 9:00 a 10:00 am con clases de la promoción, prevención, tratamiento y atención al daño por enfermedades crónicas.	Todos los jueves
Orientar al paciente la importancia de acudir al club de crónicos.	Descripción escrita de un hecho acontecido en la vida de una persona, grupo u organización. La situación descrita puede ser real o hipotética pero construida con características análogas a las presentadas en la realidad para la captación y referencia de adultos mayores al club de dispensarizados	Coordinar con personal de salud, comunitario, político, religioso.	Reunión con representantes señalados	Director. Personal docente, ESAFC, todo el personal que brinda atención directa.	Se ha realizado desde los consultorios, como referencia al club.	Diario
Implementar actividades de recreación y de actividad física	Organizar proyectos de recreación artística-cultural y deportiva	Formar grupos con distintos intereses (teatro, literatura, educación física, talleres manuales	Clases de teatro, literatura Clases de educación física Talleres manuales	Internista, fisiatra, fisioterapeuta (incluso puede ser incluso un paciente y estudiantes)	Fiesta del día de la amistad el 11.02.16 donde se compartieron experiencias entre los AM y jóvenes. Ejercicios los días jueves de 8 a 9 am	11-02-16
	Organizar salidas a rutas turísticas de la ciudad Organizar caminatas A sectores rurales cercanos a la ciudad	Formar grupos para salidas a terreno	Salidas a museos y sectores turísticos de la ciudad Salidas o caminatas a sectores rurales	Personal docente, estudiantes de la salud	Programado un paseo para la semana mayor.	22-03-15

Mejorar las condiciones que tiene el local donde se efectúan los encuentros de los adultos mayores	Coordinar con otros organismos la mejora del local de reunión de los adultos mayores	Solicitud a universidades que nos apoyen en mejorar las condiciones de infraestructura del local	Hacer y enviar cartas de solicitud a universidades que le apoyamos con estudiantes.	Dirección, administración.	Se hizo solicitud a universidades que tienen estudiantes en el Centro de Salud y a la administración del C/S	Octubre 2015 Enero 2016
--	--	--	---	----------------------------	--	----------------------------

RESPONSABILIDADES Y PARTICIPACIÓN

La responsabilidad será de todo el equipo del nivel de atención primaria, cada uno de los profesionales tendrá a cargo un aspecto o actividad específica de acuerdo a sus aptitudes, tiempo y preparación que posea.

Actividades en proceso o pendiente de ejecutarse

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	ACCIONES	RESPONSABLES	RESULTADOS
Promover en el personal la realización de investigaciones sobre calidad, adulto mayor y otros	Fomentar en el personal el interés en la investigación	Crear grupos de apoyo a personal que realiza investigaciones	Promover las investigaciones a favor de mejorar la calidad de atención al adulto mayor.	Personal docente	
Realizar diagnóstico de conocimiento que tiene el personal relacionado con ética profesional	Hacer uso de los instrumentos de estándares de calidad en la atención relacionada a la ética profesional.	Describir al personal que atiende al adulto mayor.	Revisión de expedientes del adulto mayor	Sub dirección médica.	
Potenciar el ingresos a redes de apoyo a los pacientes	Conocer y coordinar con las distintas entidades del sector y la comunidad.	Reuniones con las distintas organizaciones comunitarias Reuniones con pacientes del programa CV y sus familias, indicando las distintas organizaciones comunitarias que existen , sus funciones	Reuniones con los representantes de las organizaciones	Director Docente Trabajadora social Psicóloga	

X CONCLUSIONES

1.-El 85,29% de la población es de zona urbana, el 86.8% es de sexo femenino, el 13 % son casados, 9 % unión libre, la mayoría (66.18%) se concentra en la primera etapa de la vejez y el 57,35% cursaron primaria completa, 14.71% son analfabetas y el 7,35 % son profesionales, 77.94% tienen vivienda propia, y el 38,2% ellos son los jefes de familia, lo mismo que los hijos con el mismo 38,2%, estas garantizando primer paso que asegura el acceso universal de todas y todos los ciudadanos Nicaragüenses.

2.-La escolaridad, es predominantemente de educación primaria. Al tomar en cuenta la edad que estos poseen y la época que les tocó vivir, se explica esta baja escolaridad pues pertenecen a una época en que los estudios eran generalmente para las personas con un mayor nivel de ingreso, y reservado fundamentalmente para los hombres, con lo cual la educación formal no significaba para las mujeres uno de los intereses principales.

3.-Desde el punto de vista de género, predominan las mujeres lo que da cuenta de la misma situación que ocurre a nivel nacional, es decir, existe una feminización de la adultez mayor, existe gran cantidad de personas de estados civiles separados, viudos, y unos divorciados de lo que se puede inferir que este es el principal motivo de que ellos sientan que tienen muchos problemas, por no tener con quien compartirlos. El 92,65% no tiene ingresos y tienen que depender de hijos u otros familiares.

4.- En el aspecto de atención a su salud y percepción, la mayoría (44.12%) refiere haber recibido beneficio en favor a su salud o social, el 83.82% cumplió sus expectativas, solamente el 39.71% refirió haber esperado mucho tiempo para ser atendido, 26.47% expreso que la consulta duró muy poco tiempo, la mayoría refiere 51.57% que no le realizaron el examen físico y el 100% recibió buen trato y respeto a sus creencias en lo concerniente a su enfermedad, garantizando lo que el Modelo de Atención busca como el pueblo no se enferme y a brindar servicios de salud a la población, con cariño, calidad y calidez, restituyéndose así su derecho a la salud, asegurando atención oportuna y de calidad

a las personas de la tercera edad, pacientes con problemas crónicos y personas con discapacidad.

5.- Solamente el 13.24% no le brindaron confianza, una minoría considera que el 8.82% consideran que el horario no es adecuado y el 8.82% consideran al Centro de Salud como muy poco aseado, el 25% no percibió privacidad durante la atención. El 11.76% no recibió información sobre procedimientos a realizársele.

6.- Sólo el 50% de los adultos mayores asisten a todas las actividades que se realizan en el club de crónicos, así del área urbana como de la rural, al 67.65% les gusta todas las actividades del club. El 70.59% se sienten en familia dentro del club y el 94.12% reportan que el club les ha mejorado su salud, cumpliendo con el lineamiento que las Unidades de Salud que brindan atención a pacientes crónicos y discapacitados, deben conformar clubes para desarrollar actividades educativas, de prevención y promoción de la salud en adultos mayores.

XI. RECOMENDACIONES

A la Dirección del Centro de Salud

Que responsabilice a cada equipo de las actividades que le corresponde realizar en tiempo y forma.

Poner en acción el plan de intervención propuesto.

A la Sub-Dirección Médica y Departamento de Enfermería

Realizar un análisis consecutivo sobre la percepción que tienen los adultos mayores sobre la calidad de atención que reciben en el Centro de Salud para este grupo e impulsar el modelo de atención pues de ellos depende cambiar los estilos de vida.

Utilizar las guías, normas y protocolos planteados por el Ministerio de Salud para entender y adaptar los modelos de atención al adulto mayor.

Crear un plan entre personal para atender a cada paciente de una manera digna e identificar las principales necesidades con el fin de evitar confusiones entre salud y enfermedad.

Realizar varias charlas educativas acerca de las necesidades más comunes de los adultos mayores, hábitos saludables, recreación y actividad física para evitar tener una percepción inadecuada de los ancianos con respecto a los asilos y así evitar una vida monótona

Sensibilizar a los trabajadores de la salud la necesidad de atender con responsabilidad, eficiencia, eficacia y ética a los adultos mayor.

A la Sub-Dirección Docente

Sensibilizar a la población en general sobre los problemas del envejecimiento y sus necesidades de atención por parte de la familia y la comunidad.

Crear actividades recreativas a favor del adulto mayor, donde ellos se integren y puedan desarrollar sus capacidades.

Fortalecer el club de crónicos donde se integran los adultos mayores.

XII BIBLIOGRAFÍA

- Avendaño, K., (2004) “*Calidad de la atención del parto desde la perspectiva de las pacientes embarazadas que fueron atendidas en los servicios del Hospital Fernando Vélez Páiz, Agosto – Noviembre de 2004*”. Trabajo monográfico para optar al título de Especialista en Gineco- Obstetricia.
- Beauvoir, S. (1970). “*La vejez*”. Buenos Aires: Editorial Sudamericana.
- Blandón, L. (2012) “*Satisfacción del Usuario que asiste a la clx de atención al paciente con enfermedades crónicas C/S Francisco Buitrago, Managua, Nicaragua*”.
- Donabedian, Avedis (1984) “*La calidad de la atención médica. Definición y método de evaluación, México*”. Ediciones Copilco S.A.
- Dueñas D., Bayarre, H., Triana, E. & Rodríguez, V. (2011) “*Percepción de salud en adultos mayores de la provincia Matanzas*”, Ciudad de La Habana, Cuba.
- Espinoza, P. (2006), “*Repercusión psicológica de la jefatura de hogar y el desempeño de labores del hogar en la mujer*”. Valdivia- Chile, Tesis Presentada como parte de los requisitos para obtener el grado de licenciada en obstetricia y puericultura. UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE, Facultad de Medicina, Escuela de Obstetricia y Puericultura.
- Gaceta, (2010), “*LEY DEL ADULTO MAYOR, LEY No. 720*”, Aprobada el 06 de Mayo del 2010 Publicada en La Gaceta No. 111 del 14 de Junio del 2010
- Gomes, M. (2013), “*Semana de la Calidad en Salud*”. Perú.
- González, M., Prado, T. & Carranza, L., (2007), “*Evaluación de la calidad y satisfacción de la atención de los usuarios externos en el Centro de Salud Pedro Altamirano de la ciudad de Managua*”, Managua, Nicaragua.
- Ham, R. (1999) “*Conceptos y significados del envejecimiento en las políticas de población. En: Consejo Nacional de Población. Envejecimiento demográfico de México: retos y perspectivas*”. México, 1999.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2010) “*Metodología de la investigación*”. México, D.F.: McGraw-Hill.
- León, V, Zunzunegui, Muñoz, P. & Soria, C. “*Contactos sociales y deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años*”. Rev. Gerontol 1991

- Mi familia, “*La ley del Adulto Mayor*” (2011) www.mifamilia.gob.ni/?page_id=729/DGE/leyes/ley/Ley_720_Adulto_Mayor.pdf
- Ministerio de Salud. (1996) “*Política Nacional de Salud 1997-2002*”. Managua, Nicaragua.
- Ministerio de Salud (1997) “*Proyecto Banco Mundial-Fon salud. Estudio de Satisfacción del Usuario*”. Managua, Nicaragua.
- Ministerio de Salud (2003) “*Sistema de Garantía de Calidad del Sector Salud*”
Nicaragua.
- Ministerio de Salud (2012) “*Modelo de Salud Familiar Comunitario, Participación ciudadana*”. Agosto, Managua, Nicaragua
- Montano, M “*Calidad de atención y Satisfacción de la usuaria en la atención del aborto en el servicio de emergencia del Hospital Fernando Vélez Páiz, Agosto – diciembre del 2003*”. Trabajo monográfico para optar al título de médico y cirujano general.
- Organización Panamericana de la Salud. (2011) “*Manual para el Cuidado del Adulto Mayor en el contexto de Atención Primaria de la Salud. Módulos de Valoración*”
- Organización Mundial de la Salud “*Vivienda saludable. Calidad de las condiciones de la vivienda y calidad de vida.*” 2010.
- Palomer, M., (1993) “*Garantía de Calidad en Atención Primaria en Salud: La definición de la Calidad de la Atención*”. Barcelona, España. Ediciones Doyma.
- Salcedo, R., Torres M. & Zarza M. (2010) “*Uso de servicios de salud por adultos mayores y calidad de la atención de enfermería, 2, abril-junio, 2010*”
- UNFAP. (2013) “*Población en Nicaragua. Indicadores demográficos*”. Nicaragua, See more at: <http://www.unfpa.org.ni/poblacion-en-nicaragua-2/#sthash.P5bp0CW3>.
Copyright 2013
- Varo, J. (1994), “*Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios. Un modelo de gestión hospitalaria*”. Ediciones Días de Santos, S.A I.S.B.N 84-7978-

XIII ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
INSTITUTO POLITÉCNICO DE LA SALUD
LUIS FELIPE MONCADA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

AÑO DE LA MADRE TIERRA

Msc Marta López Cerpas
Coordinadora Maestría en Enfermería

Estimada Maestra:

Por este medio hago constar que la Licenciada Leonor Isabel Cruz Soto, estudiante de la Maestría en Enfermería con énfasis en docencia, ha cumplido con los requisitos académicos y metodológicos en el desarrollo y ejecución de las etapas de investigación científica, en su Informe Final de Investigación.

TEMA:

PERCEPCIÓN DEL ADULTO MAYOR SOBRE LA ATENCIÓN A ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES RECIBIDA EN EL CENTRO DE SALUD “PEDRO ALTAMIRANO”, MANAGUA, III TRIMESTRE 2015

AUTORA: Lic. Leonor Isabel Cruz Soto

TUTORA: Msc Sandra Reyes Alvarez

Considerando que ha cumplido con los requisitos académicos y metodológicos, doy el aval para que pueda realizar la Pre defensa de su Informe Final de Investigación.

Dado en la Ciudad de Managua, a los 26 días del mes de febrero del 2016.

Msc Sandra Reyes Alvarez

Tutora.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
INSTITUTO POLITÉCNICO DE LA SALUD
LUIS FELIPE MONCADA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

AÑO DE LA MADRE TIERRA

Msc Marta López Cerpas
Coordinadora Maestría en Enfermería

Estimada Maestra

Por este medio hago constar que la Licenciada Leonor Isabel Cruz Soto, estudiante de la Maestría en Enfermería con énfasis en docencia, ha cumplido con los requisitos académicos y metodológicos en el desarrollo y ejecución de las etapas de investigación científica, en su Informe Final de Investigación.

TEMA:

PERCEPCIÓN DEL ADULTO MAYOR SOBRE LA ATENCIÓN A ENFERMEDADES
CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES RECIBIDA EN EL CENTRO DE SALUD “PEDRO
ALTAMIRANO”, MANAGUA, III TRIMESTRE 2015

AUTORA: Lic. Leonor Isabel Cruz Soto

TUTORA: Msc Sandra Reyes Alvarez

Considerando que ha cumplido con los requisitos académicos y metodológicos, y habiendo realizado las mejoras emitidas por el jurado calificador al realizar pre defensa; doy el aval para que pueda realizar la Defensa de su Informe Final de Investigación.

Dado en la Ciudad de Managua, a los 12 días del mes de abril del 2016.

Msc Sandra Reyes Alvarez

Tutora.

TABLAS

Tabla No. 1
Procedencia de los Adultos Mayores que
asisten a recibir atención al
Centro de Salud Pedro Altamirano

	Frecuencia	Porcentaje
Urbano	58	85.3
Rural	10	14.7
Total	68	100.0

Fuente: cuestionarios

Tabla N. 2
Sexo de los Adultos Mayores que asisten a
recibir atención al Centro de Salud
Pedro Altamirano

	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	9	13.2
Femenino	59	86.8
Total	68	100.0

Fuente: Cuestionarios

Tabla N. 3
Edad de los Adultos Mayores que reciben atención
el Centro de Salud
Pedro Altamirano

	Frecuencia	Porcentaje
60-64	16	23.5
65-69	29	42.6
70-74	4	5.9
75-79	14	20.6
80-84	4	5.9
85-más	1	1.5
Total	68	100.0

Fuente: Cuestionario

Tabla 3.1
Estadísticos
Edad de los Adultos Mayores
que asisten a recibir atención en el
Centro de Salud Pedro Altamirano

N	Válidos	68
Media		69.32
Mediana		67.50
Moda		67
Rango		25
Mínimo		60
Máximo		85

Fuente: Cuestionarios

Tabla N. 3.2

Tabla de contingencia Edad y sexo de los Adultos Mayores que asisten a recibir atención al Centro de Salud Pedro Altamirano

	Edad de los Adultos Mayores						Total
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-más	
Masculino	2 12.5%	5 17.2%	0 0.0%	2 14.3%	0 0.0%	0 0.0%	9 13.2%
Femenino	14 87.5%	24 82.8%	4 100.0%	12 85.7%	4 100.0%	1 100.0%	59 86.8%
Total	16 100.0%	29 100.0%	4 100.0%	14 100.0%	4 100.0%	1 100.0%	68 100.0%

Fuente: Cuestionarios

Tabla N. 4

Escolaridad de los Adultos Mayores que asisten a recibir atención en el Centro de Salud Pedro Altamirano

	Frecuencia	Porcentaje
Educación Universitaria	5	7.4
Educación Secundaria	14	20.6
Educación Primaria	39	57.4
Analfabeto	10	14.7
Total	68	100.0

Fuente: Cuestionario.

Tabla N.4.1 de contingencia

T. de Contingencia. Sexo y escolaridad de los Adultos Mayores que reciben atención en C/S P. A.

	Escolaridad de los Adultos Mayores que asisten a recibir atención en el Centro de Salud Pedro Altamirano				Total
	Analfabeto	Primaria	Secundaria	Universitaria	
Masculino	1 10.0%	5 12.8%	2 14.3%	1 20.0%	9 13.2%
Femenino	9 90.0%	34 87.2%	12 85.7%	4 80.0%	59 86.8%
Total	10 100.0%	39 100.0%	14 100.0%	5 100.0%	68 100.0%

Fuente: Cuestionarios

Tabla N.5

Profesión del Adulto Mayor que asiste al C/S Pedro Altamirano a recibir atención

	Frecuencia	Porcentaje
Si	5	7.4
No	63	92.6
Total	68	100.0

Fuente: Cuestionario

Tabla N. 6
Estado civil del Adulto Mayor que asiste al
C/S Pedro Altamirano

	Frecuencia	Porcentaje
Separado	25	36.8
Casado	13	19.1
Unido	9	13.2
Viudo	16	23.5
Divorciado	5	7.4
Total	68	100.0

Fuente: Cuestionarios

Tabla N. 6.1
Tabla de contingencia estado civil y sexo de los Adultos Mayores que asisten a recibir atención al
Centro de Salud Pedro Altamirano

	Estado civil del Adulto Mayor que asiste al C/S Pedro Altamirano					Total
	separado	casado	unido	Viudo	divorciado	
Masculino	4 44.4%	1 11.1%	0 0.0%	3 33.3%	1 11.1%	9 100.0%
Femenino	21 35.6%	12 20.3%	9 15.3%	13 22.0%	4 6.8%	59 100.0%

Fuente: Cuestionarios

Tabla N. 7
Ocupación de los AM que asisten a recibir atención en
el Centro de Salud Pedro Altamirano

	Frecuencia	Porcentaje
Jubilado	8	11.8
Desempleado	5	7.4
Ama de casa	39	57.4
Trabajo propio	9	13.2
Otros	7	10.3
Total	68	100.0

Fuente: Cuestionarios

Tabla N. 7.1
 Tabla de contingencia
 Ocupación y sexo de los AM que
 asisten a recibir atención al Centro de Salud Pedro Altamirano

	Ocupación de los Adultos Mayores que asisten a recibir atención en el Centro de Salud Pedro Altamirano					Total
	Jubilado	Desempleado	Ama de casa	Trabajo propio	Otros	
Masculino	2	2	0	2	3	9
Femenino	6	3	39	7	4	59
Total	8	5	39	9	7	68

Fuente: Cuestionarios

Tabla N. 8
 Adulto Mayor que actualmente está trabajando

	Frecuencia	Porcentaje
Voluntario	63	92.6
Remunerado	2	2.9
Dentro de casa	3	4.4
Total	68	100.0

Fuente: Cuestionarios

Tabla N. 8.1

Tabla de contingencia Sexo de los Adultos Mayores que asisten a recibir atención al Centro de Salud Pedro Altamirano y que actualmente está trabajando

	Adulto Mayor que actualmente está trabajando			Total
	dentro de casa	remunerado	voluntario	
Masculino	1	0	8	9
Femenino	2	2	55	59
Total	3	2	63	68

Fuente: Cuestionarios

Tabla N. 9

Jefe del hogar del Adulto Mayor que asiste al C/S Pedro Altamirano

	Frecuencia	Porcentaje
Yo	26	38.2
Nieto(a)	2	2.9
Hijo(a)	26	38.2
Esposa	1	1.5
Esposo	13	19.1
Total	68	100.0

Fuente: Cuestionario

Tabla N. 9.1

Tabla de contingencia. Sexo y jefe de hogar de los Adultos Mayores que asisten a recibir atención al Centro de Salud Pedro Altamirano

	Jefe del hogar del Adulto Mayor que asiste al C/S Pedro Altamirano					Total
	esposo	esposa	hijo(a)	nieto(a)	Yo	
Masculino	0	0	2	0	7	9
	0.0%	0.0%	7.7%	0.0%	26.9%	13.2%
Femenino	13	1	24	2	19	59
	100.0%	100.0%	92.3%	100.0%	73.1%	86.8%
Total	13	1	26	2	26	68
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Cuestionarios

Tabla N. 10

Adulto mayor que asiste al C/S Pedro Altamirano que tiene que mantener a alguna persona

	Frecuencia	Porcentaje
A nadie	63	92.6
Otros	2	2.9
Nieto(a)	3	4.4
Total	68	100.0

Fuente: Cuestionarios

Tabla N. 11

Situación de las casas de los Adultos Mayores que acuden al C/S Pedro Altamirano

	Frecuencia	Porcentaje
Otros	8	11.8
Alquilada	7	10.3
Propia	53	77.9
Total	68	100.0

Fuente: Cuestionarios

Tabla N.12
Estado de las casas de los Adultos Mayores que
asisten al C/S Pedro Altamirano

	Frecuencia	Porcentaje
Regular	12	17.6
Bueno	56	82.4
Total	68	100.0

Fuente: Cuestionarios

Tabla N. 13
Servicios básicos que tienen en sus casas los Adultos
Mayores que asisten al C/S Pedro Altamirano

	Frecuencia	Porcentaje
Agua, electricidad, inodoro	30	44.1
Todos	38	55.9
Total	68	100.0

Fuente: Cuestionarios

Tabla N. 14
Adultos Mayores que han recibido beneficios sociales

	Frecuencia	Porcentaje
Si	30	44.1
No	38	55.9
Total	68	100.0

Fuente: Cuestionarios

Tabla N. 15
Beneficios que han recibido los Adultos Mayores

	Frecuencia	Porcentaje
Anteojos	14	46.7
Pensionado	8	26.7
Todos con voz	7	23.3
Plan techo	1	3.3
Total	30	100.0

Fuente: Cuestionarios

Tabla N.16
Razones del Adulto Mayor del por qué escogió venir a esta unidad de salud

	Frecuencia	Porcentaje
Otros	2	2.9
Me gusta	6	8.8
No hay otro donde ir	1	1.5
Hay buena atención	13	19.1
No tengo seguro	1	1.5
No cobran	2	2.9
Está más cerca	15	22.1
Le corresponde	28	41.2
Total	68	100.0

Fuente: Cuestionarios

Tabla N.17
Adultos Mayores que cumplieron sus expectativas al recibir atención en el C/S Pedro Altamirano

	Frecuencia	Porcentaje
Si	57	83.8
No	11	16.2
Total	68	100.0

Fuente: Cuestionarios

Tabla 17.1
Tabla de contingencia. Sexo y cumplimiento de expectativas de los Adultos Mayores que asisten a recibir atención al C/S P. Altamirano

	cumplieron sus expectativas		Total
	No	Si	
Masculino	0	9	9
Femenino	11	48	59
Total	11	57	68

Fuente: Cuestionarios

Tabla No. 18
Razones de los Adultos Mayores que cumplieron sus expectativas al recibir atención en el C/S P. Altamirano

	Frecuencia	Porcentaje
Respetuosos	5	8.72
Amables	3	5.26
Disposición	11	19.3
Seguridad	6	10.5
Calificados	32	56.1
Total	57	100.0

Fuente: Cuestionario

Tabla N. 18. 1
 Tabla de contingencia
 Procedencia y cumplimiento de expectativas de los Adultos
 Mayores que asisten a recibir atención al C de S P. Altamirano

	cumplieron sus expectativas		Total
	No	Si	
Urbano	10	48	58
Rural	1	9	10
Total	11	57	68

Fuente: Cuestionarios

Tabla N. 19
 Tiempo de espera de los Adultos Mayores para
 recibir atención en el
 C/S Pedro Altamirano

	Frecuencia	Porcentaje
Poco	7	10.3
Adecuado	34	50.0
Mucho	27	39.7
Total	68	100.0

Fuente: Cuestionarios

Tabla N. 20
 Tiempo que duró la consulta de los Adultos Mayores
 en el C/S Pedro Altamirano

	Frecuencia	Porcentaje
Poco	18	26.5
Adecuado	49	72.1
Mucho	1	1.5
Total	68	100.0

Fuente: Cuestionarios

Tabla N. 21
 Adultos Mayores que consideran que se les
 realizó examen físico en el
 C/S Pedro Altamirano

	Frecuencia	Porcentaje
Si	33	48.5
No	35	51.5
Total	68	100.0

Fuente: Cuestionarios

Tabla N. 22
Razones de los Adultos Mayores que consideran de porque no le realizaron el examen físico

	Frecuencia	Porcentaje
No revisan lo suficiente	1	2.9
Depende del médico que te toca	8	22.9
No les da tiempo	14	40.0
No se	12	34.3
Total	35	100.0

Fuente: Cuestionarios

Tabla N. 23
Adultos Mayores que recibieron buen trato del personal al recibir su atención

	Frecuencia	Porcentaje
Si	68	100.0

Fuente: Cuestionarios

Tabla N. 24
Adultos Mayores que recibieron confianza del personal que les atendió en el C/S Pedro Altamirano

	Frecuencia	Porcentaje
No	9	13.2
Si	59	86.8
Total	68	100.0

Fuente: Cuestionarios

Tabla N. 25
Adultos Mayores que consideran se les respetó sus creencias con respecto a su enfermedad en el C/S Pedro Altamirano

	Frecuencia	Porcentaje
Si	68	100.0

Fuente: cuestionarios

Tabla No. 26
Opinión de los Adultos Mayores en relación al Horario del C/S Pedro Altamirano

	Frecuencia	Porcentaje
Adecuado	62	91.2
No Adecuado	6	8.8
Total	68	100.0

Fuente: cuestionarios

Tabla No. 27
Opinión de los Adultos Mayores en relación al
aseo del C/S Pedro Altamirano

	Frecuencia	Porcentaje
Muy aseado	36	52.9
Aseado	26	38.2
Poco aseado	6	8.8
Total	68	100.0

Fuente: Cuestionarios

Tabla N. 28
Adulto Mayor que respetaron su privacidad
al recibir atención en el
C/S Pedro Altamirano

	Frecuencia	Porcentaje
No	17	25.0
Si	51	75.0
Total	68	100.0

Fuente: cuestionario

Tabla N. 28.1
Consideraciones del A. M. de porque no respetaron su privacidad al recibir
atención en el C/S P. Altamirano

	Frecuencia	Porcentaje
Consultorios compartidos	7	41.2
Los otros pacientes escuchan lo que digo	5	29.4
Depende del personal	2	11.8
Entran muchas personas	3	17.6
Total	17	100.0

Fuente: Cuestionarios

Tabla N. 29
Adulto Mayor que recibió información sobre
lo que le iban a realizar al recibir atención en
el C/S Pedro Altamirano

	Frecuencia	Porcentaje
No	8	11.8
Si	60	88.2
Total	68	100.0

Fuente: Cuestionar

Tabla N. 30
Adulto Mayor que comprendió lo que le
explicaron sobre lo que le iban a realizar

	Frecuencia	Porcentaje
No	9	13.2
Si	59	86.8
Total	68	100.0

Fuente: Cuestionarios

Tabla N. 31
Razones del Adulto Mayor del por qué no comprendió la explicación de lo que le iban a realizar

	Frecuencia	Porcentaje
No explican todo lo que te mandan	7	77.8
Lo explican muy rápido	1	11.1
No me acuerdo	1	11.1
Total	9	100.0

Fuente: cuestionario

Tabla N.32
Adultos Mayores que asisten al club de crónicos del C/S Pedro Altamirano

	Frecuencia	Porcentaje
No	12	17.6
Si	34	50.0
A veces	22	32.4
Total	68	100.0

Fuente: cuestionarios

Tabla 32.1
Tabla de contingencia
Procedencia de los Adultos Mayores y asistencia al club de crónicos del C/S P. Altamirano

P.	Adultos Mayores que asisten al club de crónicos del C/S Pedro Altamirano			Total
	No	Si	A veces	
Urbano	10	29	19	58
Rural	3	5	2	10
Total	13	34	21	68

Fuente: Cuestionarios

Tabla N. 33
Adultos Mayores que a veces no asisten al club de crónicos del C/S Pedro Altamirano

	Frecuencia	Porcentaje
No tengo tiempo	20	90.9
No tengo quien me traiga	1	4.5
Tengo problemas en mi casa	1	4.5
Total	22	100.0

Fuente: Cuestionarios

Tabla N. 34
Razones del Adulto Mayor del por qué no asiste al club de crónicos del C/S Pedro Altamirano

	Frecuencia	Porcentaje válido
No tengo tiempo	3	25.0
No tengo quien me traiga	9	75.0
Total	12	100.0

Fuente: Cuestionarios

Tabla N. 35
Opinión del Adulto mayor sobre que le gusta más del club de crónicos

	Frecuencia	Porcentaje
Los ejercicios	4	11.8
Las clases	6	17.6
El compañerismo	1	2.9
Todo	23	67.6
Total	34	100.0

Fuente: Cuestionarios

Tabla N. 36
Opinión del Adulto mayor de lo que no le gusta del club de crónicos

	Frecuencia	Porcentaje
El local	2	5.9
Otros	10	29.4
No opina	22	64.7
Total	34	100.0

Fuente: Cuestionarios

Tabla N. 37
Opinión del Adulto mayor de cómo se siente dentro del club de crónico

	Frecuencia	Porcentaje
En familia	24	70.6
Con confianza	9	26.5
No opina	1	2.9
Total	34	100.0

Fuente: Cuestionarios

Tabla N. 38
 Adulto Mayor que considera que el club de
 crónicos le ha mejorado su salud

	Frecuencia	Porcentaje
SI	32	94.1
No opina	2	5.9
Total	34	100.0

Fuente: Cuestionarios

Tabla N. 39
 Razones del Adulto Mayor que considera que el club de
 crónicos no le ha mejorado su salud

	Frecuencia	Porcentaje
Tengo muchos problemas	1	50.0
No opina	1	50.0
Total	2	100.0

Fuente: Cuestionarios

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, MANAGUA
UNAN MANAGUA
INSTITUTO POLITÉCNICO DE LA SALUD “LUIS FELIPE MONCADA”
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA CON MENCIÓN EN DOCENCIA

Consentimiento informado

Con este consentimiento informado se está garantizando que el entrevistado está informado y que ha dado su autorización para ser incluido en esta investigación y que sus respuestas son confidenciales y meramente para ser utilizadas en el estudio.

Introducción:

En el primer contacto con la informante se procederá a explicar los objetivos de la investigación, qué fin tiene ésta, cuán importante es que responda con sinceridad, y asegurar confidencialidad de la información brindada por ella. Además se solicitará su consentimiento y se explicará que ella tendrá acceso a los resultados finales. Para favorecer un clima de confianza entre el informante y la investigadora se realizó una pequeña actividad rompe hielo, en la que la entrevistadora dio a conocer detalles de la investigación.

Cuestionario

Parte I: en este acápite se abordan preguntas generales relacionadas a su situación demográfica actual como adulto mayor que asiste al Centro de Salud Pedro Altamirano. Favor dar una sola respuesta a la pregunta realizada.

Aspectos Generales

1.1 Procedencia: _____

1.2 Sexo: femenino _____ masculino _____

1.3 ¿Cuál es su edad? _____ Sexo: M _____ F _____

1.4 Estado civil actual:

Soltero __ Casado __ Unido __ Viudo __ Divorciado __ Separado __

1.5 ¿Cuál es su último año aprobado?

Analfabeto __ Primaria __ Secundaria _____ Técnico _____ Universitario _____

1.6 ¿Tiene usted una profesión? Abogado __ Enfermera __ Psicólogo __ otro __

1.7 Ocupación actual que usted tiene:

Jubilado _____ Desempleado _____ Ama de casa _____ Trabajo propio _____ otros _____

1.8 ¿Se encuentra actual mente trabajando? Fuera de la casa _____ Dentro de casa _____

Remunerado _____ Voluntario _____ Exigido _____

1.9 Jefatura del hogar:

Esposo __ Esposa __ Hijo(a) __ Nieto(a) __ Otros _____

1.10 Tiene a alguien a quien mantener:

Esposa _____ Esposo _____ Hijos _____ Nietos _____ Otros _____

1.11 La casa donde habita es: Propia _____ Alquilada _____ otros _____

1.12 Estado de la vivienda: Bueno _____ Regular _____ malo _____

1.13 Tiene servicios básicos disponibles:

Agua _____ Servicio higiénico _____ Electricidad _____ Combustible para cocinar _____

1.14 ¿Recibe algún tipo de beneficio? _____

Plan techo _____ Paquete alimenticio _____ Todos con voz _____ Pensionados _____ Anteojos _____

Parte II

En esta parte le solicito que escoja una respuesta, la que usted considere la más adecuada para dar su respuesta. Se aborda el Grado de percepción del usuario en relación a la atención recibida con relación a sus problemas crónicos.

2.1 ¿Porque escogió venir a esta U/S?

Le corresponde _____ Está más cerca _____ no cobran _____ No tengo seguro _____ Hay buena atención _____ No hay otro donde ir _____ Me gusta _____

2.2 ¿Cumplió sus expectativas en cuanto a la atención recibida y los resultados de la misma? Sí _____ No _____

2.3 ¿Por qué cree que cumplió sus expectativas?

Son calificados

Me dan seguridad

Hay disposición

Son amables

Son respetuosos

2.4 ¿Por qué no cumplió sus expectativas?

No me atendieron bien _____

Cambios de médicos _____

A veces pierden los expedientes _____

No hay privacidad _____

Falta medicamento _____

Podrían ser mejor _____

2.4 ¿Cómo considera que fue el tiempo de espera para la atención?

. Mucho_____ Adecuado_____ Poco_____

2.5 ¿Cuántos minutos espero para ser atendido?

Menos de 20 minutos_____

De 21 a 40 minutos_____

De 41 a 60 minutos_____

Más de 61 minutos_____

2.5 ¿Cómo fue el tiempo que duro la consulta?

Mucho_____ Adecuado_____ Poco_____

2.6 ¿Cuántos minutos duró la consulta?

De 10 o menos minutos

De 11 a 20 minutos

De 21 a 30 minutos

Más de 31 minutos

2.7 ¿Cómo fue el tiempo que duró la consulta?

Mucho_____

Adecuado_____

Poco_____

2.8 ¿Cuántos minutos duró la consulta?

De 10 0 menos minutos

De 11 a 20 minutos

De 21 a 30 minutos

Más de 31 minutos

2.9 ¿El personal le brindo buen trato durante la consulta?

Si_____ no_____

2.10 ¿El personal que le atendió le brindo confianza?

Si_____ no_____

2.11 ¿Por qué no se sintió en confianza?

No se presentaron_____ Depende del personal _____

El médico es nuevo_____ Pocos interesados_____

2.12 ¿Cómo considera que es el horario que tiene el Centro de Salud para brindar la consulta?

Adecuado_____ No adecuado_____

2.13 ¿Considera que el Centro de Salud se mantiene aseado y en orden?

Sí_____ No_____

2.14 ¿Se le respeta sus creencias en relación a su enfermedad?

Sí_____ No_____

2.15 ¿El personal que le atendió le realizó examen físico completo?

Sí_____ No_____

2.16 ¿Por qué cree que no le realizaron el examen físico?

No se _____ No les da tiempo _____

Depende del médico _____ No revisan lo suficiente _____

2.17 ¿El personal le explicó sobre el examen que le iba hacer?

Sí_____ No_____

2.18 ¿Comprendió lo que le explicaron al respecto de su salud?

Sí_____ No_____

2.19 ¿En todo momento respetaron su privacidad principalmente durante la consulta?

Sí_____ No_____

2.20 ¿Por qué cree que no respetaron su privacidad?

Consultorios compartidos _____ Depende del personal _____

Los otros pacientes escuchan lo que digo _____ Entran muchas personas _____

Parte III

En esta sección le solicitamos que brinde su Percepción que tiene con respecto al círculo (club) de crónicos del centro de salud.

3.1 ¿Asiste al Club de crónicos que hay en este Centro de Salud?

Si_____ No_____ A veces_____

3.2 ¿Por qué no asiste al club de crónicos?

No tengo tiempo _____ No tengo quien me traiga _____

3.3 ¿Por qué asiste de vez en cuando al club?

No tengo tiempo _____ No tengo quien me traiga _____ Tengo problemas en casa _____

3.4 Si usted asiste al club, ¿qué es lo que más le gusta del club?

Los ejercicios _____ Las clases _____ El compañerismo _____ Todo _____

3.5 ¿Qué no le gusta del club?

El local _____ Otros _____ No opina _____

3.6 ¿Cómo se siente dentro del club?

En familia _____ Con confianza _____ No opina _____

3.7 Si su respuesta fue SI, conteste, ¿Le ha sido de provecho?

Sí_____ No_____

3.8 Si su respuesta fue no, ¿por qué cree que no le ha mejorado su salud?

Tengo muchos problemas _____ No opina _____ Me siento igual _____ otros _____

Muchas Gracias

ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Investigadora responsable: Leonor Isabel Cruz Soto.

Título de la Investigación: Percepción del adulto mayor relacionada con la atención a enfermedades crónicas no transmisibles, recibida en el Centro de Salud Pedro Altamirano, Managua, III Trimestre 2015.

Se me ha solicitado participar en una investigación que está estudiando sobre la Percepción del adulto mayor relacionado con la atención recibida a enfermedades crónicas no transmisibles en el Centro de Salud Pedro Altamirano.

Al participar en este estudio yo estoy de acuerdo en que se me solicite contestar las preguntas del cuestionario relativas a aspectos demográficos, económicos, de salud y del club del adulto mayor.

Yo entiendo que.

- 1) Es anónima.
- 2) No se me aplicará ningún procedimiento ni intervención que ocasione riesgo para la salud.
- 3) Cualquier pregunta que yo quiera hacer relación a mi participación deberá ser contestada por la investigadora.

Firma _____ (huella digital)

Presupuesto

PRESUPUESTO DE ELABORACION DE PROPUESTA DE INVESTIGACION MONOGRAFICA

DESCRIPCION	CANTIDAD	COSTO	
		UNIDAD C\$	TOTAL C\$
Papel bonck tamaño carta	1	100	100
Impresiones	300	3	900
Horas en cyber para revisión bibliográfica	160 horas	10	1600
Tiempo invertido en elaborar informe	160 horas	10	1600
Tiempo invertido en teypiar propuesta	160 horas	10	1600
Encolchado	3	100	300
Alimentación	30	50	1500
Transporte	50	20	1000
TOTAL			8,600.