



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**“NIVEL DE SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES SOBRE LA
CALIDAD DEL CUIDADO QUE BRINDAN LAS ENFERMERAS EN
EL CENTRO GERIÁTRICO, SEÑOR DE LOS MILAGROS EN EL
DISTRITO DE SAN JUAN DE LURIGANCHO. 2013”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA**

LILIANA HUAMANI NIETO

**LIMA - PERÚ
2015**

“NIVEL DE SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES SOBRE LA CALIDAD DEL CUIDADO QUE BRINDAN LAS ENFERMERAS EN EL CENTRO GERIÁTRICO, SEÑOR DE LOS MILAGROS EN EL DISTRITO DE SAN JUAN DE LURIGANCHO. 2013”

Dedicado A Dios todo poderoso, por guiarme por el buen camino, a mi hermana por su apoyo en la realización de esta investigación y ser el motor constante en mi desarrollo personal y profesional

A Dios por estar conmigo en cada paso que doy, A mis adorados padres por sus enseñanzas, apoyo y amor incondicional que día a día me han brindado, para poder culminar esta gran meta trazada, a mis hermanos y sobrinos por amarme tanto. A mis estimados profesores por transmitirme sus enseñanzas y conocimientos que fueron vitales en mi formación profesional

RESUMEN

La presente investigación titulada “Nivel de satisfacción de los pacientes sobre la calidad del cuidado que brindan las enfermeras en el centro geriátrico “señor de los milagros” en el distrito de San Juan de Lurigancho. 2013, es una investigación de tipo cuantitativa, de diseño descriptiva correlacional, de corte transversal. Se trabajó con una población de 90 pacientes geriátricos, para el recojo de información se utilizó un cuestionario tipo Likert modificado, de 21 ítems, organizados según dimensiones, teniendo una validez de 0,87 mediante el juicio de expertos y una confiabilidad de 0,96 mediante el alfa de Cronbach. Se llegó a las siguientes conclusiones:

Del total de la población más de la mitad fluctúan entre las edades de 65 a 70 años, son viudos, solo tienen estudios de secundaria, y tienen diabetes. El Nivel de satisfacción de los pacientes sobre la calidad del cuidado que brindan las enfermeras en el cuidado integral es bajo, en el cuidado seguro es Medio, en el cuidado oportuno es bajo en el centro Geriátrico Señor de los Milagros. El Nivel de satisfacción de los pacientes sobre la calidad del cuidado integral que brindan las enfermeras es baja con tendencia a medio en el centro Geriátrico. El Nivel de satisfacción de los pacientes sobre la calidad del cuidado oportuno que brindan las enfermeras es medio en el centro Geriátrico Señor de los Milagros. El Nivel de satisfacción de los pacientes sobre la calidad del cuidado seguro que brindan las enfermeras es bajo en el centro Geriátrico Señor de los Milagros. El éxito de nuestra profesión no solo eleva nuestro estatus profesional, si no que abre nuevas perspectivas al desarrollo, nuestro compromiso es el único que puede conducirnos al lugar que nos merecemos en la sociedad, y ello va depender de cada profesional.

Palabras claves: Nivel de satisfacción, calidad, cuidado.

ABSTRAC

This research entitled "Satisfaction level of patients about the quality of care offered by nurses in the nursing home" Lord of Miracles "in the district of San Juan de Lurigancho. 2013, is a research of quantitative type, descriptive correlational design, cross-section. We worked with a population of 90 elderly patients, for information gathering modified Likert questionnaire of 21 items, organized according to size, having a validity of 0.87 using expert judgment and a reliability of 0.96 was used by Cronbach's alpha. He reached the following conclusions:

Total population of more than half fluctuate between the ages of 65-70 years, are widowed, have only secondary education, and have diabetes. The level of patient satisfaction about the quality of care that nurses provide comprehensive care is low, in the Middle care insurance is at the right care is low in the center Geriatric Lord of Miracles. The level of patient satisfaction on the quality of comprehensive care offered by nurses is low-prone environment in the Geriatric center. The level of patient satisfaction about the quality of care they provide timely nurses is half the Geriatric Center Lord of Miracles. The level of patient satisfaction about the quality of care insurance offered by nurses is low in the Geriatric Center Lord of Miracles. The success of our profession not only raises our professional status, but it opens up new prospects for development, our commitment is the only one who can lead us to the place we deserve in society, and this will depend on each professional.

Keywords: Level of satisfaction, quality care

INDICE

	Pág.
DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
RESUMEN	i
ABSTRAC	ii
ÍNDICE	iii
ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS	v
INTRODUCCIÓN	vi
CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema	
1.2.1. Problema General	6
1.2.2. Problemas Específicos	6
1.3. Objetivos de la investigación	
1.3.1. Objetivo general	6
1.3.2. Objetivos específicos	7
1.4. Justificación del estudio	7
1.5. Limitaciones de la investigación	8
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes del estudio	9
2.2. Base teórica	16
2.3. Definición de términos	59
2.4. Hipótesis	60
2.5. Variables	61
2.5.1. Definición conceptual de la variable	62
2.5.2. Definición operacional de la variable	62
2.5.3. Operacionalización de la variable	63

CAPITULO III: METODOLOGIA	
3.1. Tipo y nivel de investigación	64
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	64
3.3. Población y muestra	65
3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	65
3.5. Validez y confiabilidad del instrumento	65
3.6. Plan de recolección y procesamiento de datos	65
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	67
CAPÍTULO V: DISCUSION	73
CONCLUSIONES	76
RECOMENDACIONES	77
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	78
ANEXOS	
Matriz	
Instrumento	

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

	Pág.
Tabla 1	
Perfil de los pacientes del centro Geriátrico Señor de los Milagros del distrito de San Juan de Lurigancho. 2013	68
Gráfico 1	
Nivel de satisfacción de los pacientes sobre la calidad del cuidado que brindan las enfermeras en el centro Geriátrico Señor de los Milagros del distrito de San Juan de Lurigancho. 2013	69
Grafico 2	
Nivel de satisfacción de los pacientes sobre la calidad del cuidado integral que brindan las enfermeras en el centro Geriátrico Señor de los Milagros del distrito de San Juan de Lurigancho. 2013	70
Grafico 3	
Nivel de satisfacción de los pacientes sobre la calidad del cuidado oportuno que brindan las enfermeras en el centro Geriátrico Señor de los Milagros del distrito de San Juan de Lurigancho. 2013	71
Grafico 4	
Nivel de satisfacción de los pacientes sobre la calidad del cuidado seguro que brindan las enfermeras en el centro Geriátrico Señor de los Milagros del distrito de San Juan de Lurigancho. 2013	72

INTRODUCCIÓN

La esencia de la profesión de enfermería es: “El cuidado del paciente”, que actualmente constituye uno de los pilares más importantes del cuidado de la salud, desde dos perspectivas claramente definidas: el aspecto teórico y el aspecto práctico que está sujeto no sólo al desarrollo de habilidades en el cuidado al paciente sino también al desarrollo de la actitud del estudiante ante el paciente, orientada al trato afectivo-emocional y espiritual que permita brindar al ser humano una atención holística.

La presente investigación para fines de estudio contiene

Capítulo I: El problema de investigación, Planteamiento del problema, Formulación del problema, Objetivos de la investigación, Justificación del estudio, Limitaciones de la investigación.

Capítulo II: Marco Teórico, Antecedentes del estudio, Bases teóricas, Definición de términos, Variables su definición conceptual, operacional, y la operacionalización de la variable

Capítulo III: Metodología, Tipo y nivel de investigación, Descripción del ámbito de la investigación, Población y muestra, Técnicas e instrumentos para la recolección de datos, Validez y confiabilidad del instrumento y el Plan de recolección y procesamiento de datos.

Capítulo IV: En él se hace mención a los resultados obtenidos después de procesar los datos.

Capítulo V: En él se realiza la discusión de los resultados obtenidos terminando con la presentación de las referencias bibliográficas y anexos.

CAPITULO I EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Dentro de la vida del ser humano, existe una etapa final en su existencia a la cual se denomina ancianidad o vejez, de la cual, se observa que en las dos últimas décadas ha sido evidente el aumento progresivo de ancianos en el mundo, especialmente en las regiones menos desarrolladas, esta visibilidad de los adultos mayores en el escenario mundial, ha llevado a que los diversos estamentos de la sociedad se interesen en este grupo poblacional.

Durante las prácticas clínicas se ha observado que muchos paciente y sus familiares se quejan de la atención recibida por el profesional de enfermería argumentando que cuando solicitan algo les responde la enfermera “no le toca”, “ya recibió su medicina”, “espere un momento”, dejando de lado la parte humana y la solidaridad con el paciente olvidando la esencia de la profesión. Así mismo también refieren que otras enfermeras tienen un trato distinto, constantemente van a las habitaciones de los pacientes para preguntarles si sienten alguna molestia, lo que para nosotros es bueno ¿Por qué la diferencia?...

Los pacientes que se encuentran en el centro geriátrico hospitalizados en un servicio necesitan cuidados que preserven su salud física y mental, necesitando así establecer una estrecha relación con alguien a quien confiar sus dificultades, preocupaciones, dolencias y sus crisis de desaliento.

El envejecimiento siempre ha existido; sin embargo, el porcentaje de personas que llegaba a edades avanzadas era poco considerable. En los últimos decenios, la disminución de las tasas de fecundidad y de mortalidad infantil, la lucha contra las enfermedades transmisibles, los progresos de la nutrición y de los niveles de vida han provocado un incremento de la esperanza de vida, lo que se ha traducido en un aumento tanto en la cantidad como de la proporción de ancianos, hoy llamado adulto mayor. Este fenómeno ha conducido a considerables problemas sociales, políticos y económicos, sobre todo en los países altamente desarrollados, pues además de aumentar la proporción de personas de edad avanzada, se ha incrementado el número de personas de la tercera edad.

De ahí la importancia de la participación de la enfermera, son quienes están capacitados para dar respuesta adecuada a las necesidades y expectativas del usuario de los servicios de salud con los recursos humanos y materiales disponibles y el nivel de desarrollo humano, ético y científico, para lograr el máximo grado de desarrollo posible de satisfacción del paciente.⁽¹⁾

La organización mundial define la satisfacción como uno de los indicadores de excelencia en la prestación de los servicios. Para que exista satisfacción como algo sentido en un sujeto, debe haber una acción determinada provocadora de un determinado resultado que sea valorado como positivo o no, como "satisfactor" o no.

Para tener éxito en la satisfacción del paciente es indispensable establecer una comunicación asertiva sustentada en un trato humanizado y en la calidad de los cuidados que depende de muchos factores, como: De la enfermería, el ambiente donde se desarrolla la actividad y la manera como el paciente recibe los cuidados.

Se considera el envejecimiento, como un proceso universal, individual, constante, irregular y asincrónico. Siendo la universalidad y la constancia dos de las características más importantes. Este grupo atareo es muy heterogéneo y los cambios son individuales, no existe un momento biológico a partir del cual se inicie la tercera edad, reconociéndose el papel de la herencia genética, aunque no menos importantes son otros aspectos como una adecuada nutrición, las enfermedades asociadas, el ambiente y los hábitos de vida saludables.

La Asociación Norteamericana de Enfermería ANA, establece estándares para la práctica profesional de enfermería con el fin de asegurar la calidad del cuidado, tomando como base la estructura, el proceso y los resultados de los cuidados para la evaluación de la práctica profesional. ⁽²⁾

La calidad de los cuidados de enfermería, se concibe como la atención oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente, de acuerdo con los estándares definidos para una práctica profesional competente y responsable, con el propósito de lograr la satisfacción de los usuarios. (2).

El cuidado del adulto mayor siempre debe estar a cargo de la familia, requiriendo mayor atención y cuidado las personas con alguna enfermedad propia de la edad, pero hoy en día la necesidad de subsistencia económica, obliga a los familiares a optar por encargar el cuidado de sus ancianos a terceras personas preparadas para esta labor, como lo son los centros geriátricos o casas de reposo, esto es debido al incremento de un 6.8% de la población económicamente activa (P.E.A)

según las fuentes del Instituto Nacional de Estadística e Informática - INEI. ⁽¹⁾

La tasa de envejecimiento de la población ha crecido de forma importante, como consecuencia, a la vez, del alargamiento de la vida y de la reducción de la fecundidad. Con ella ha aumentado la proporción de personas que son dependientes para poder realizar las actividades corrientes de la vida diaria, lo cual conlleva que necesiten de cuidados que evidentemente tendrán una larga duración. Evidencias de esta situación son el constante aumento de centros de reposo con una atención especializada, continua e integral para el cuidado de ancianos con diferentes patologías, donde los familiares por factores biológicos, económicos, sociales u ambientales, optan por el internamiento de su ser querido en estos Centros, con el objetivo de incentivar, mantener o recuperar habilidades físicas, psíquicas y sociales del adulto mayor.

Spitzer (2) acota, que el adulto mayor está explorando un territorio nuevo, lo que es vivido también por su entorno familiar. Estos fenómenos atribuibles al envejecimiento deben diferenciarse claramente de los provocados por patologías intercurrentes. Los progresos de la medicina, así como la importancia otorgada a los estilos de vida saludables, retardan la aparición de la declinación senil. Esta nueva realidad provoca modificaciones en la estructura familiar. Ya que la integración plena del adulto mayor coincide, por lo general, con la crisis de la mitad de la vida de sus hijos, y la adolescencia o la juventud de sus nietos. La prolongación de la expectativa de vida, que es esperable que vaya a continuar en aumento, da como resultado, en muchos casos, la coexistencia de cuatro generaciones en la red familiar, provocando una serie de modificaciones en la misma.

Según el Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (MIMDES) considera que hay 84 Casas de Reposo de carácter privado en 18 distritos de Lima Metropolitana y 1 en el Callao.

Para Crosby (1979) y Coyne (1990), calidad es como una conformación de requisitos para satisfacer las necesidades a tiempo, y a la primera vez, así como la satisfacción consistente de las expectativas de los clientes. En el área de atención médica los juicios de calidad se hacen indirectamente sobre las personas que la proporcionan y el marco o sistema donde se imparte ⁽³⁾

A través de la historia la enfermera se ha preocupado por adquirir conocimientos que habilidad y destreza que fundamenten las intervenciones de enfermería, para brindar a los pacientes una mejor calidad de atención. La primera en realizarlo fue Florencia Nightingale motivada por mejorar la calidad de la atención y así disminuir los índices de mortalidad de aquel entonces.

La calidad de la atención en los servicios de salud, es responsabilidad del equipo multidisciplinario, la enfermera desempeña el papel principal en el cuidado, rehabilitación e incorporación a la sociedad del paciente, ya que es quien brinda atención directa y está en contacto constante por más tiempo con el paciente.

Donabedian, define la calidad de la atención como el tipo de atención que se espera, que va a maximizar el bienestar del paciente y relaciona con tres dimensiones: Técnica, Interpersonal y Confort o entorno para lograr la satisfacción de los pacientes sobre el cuidado dado por el profesional de enfermería.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema general

¿Cuál es el Nivel de satisfacción de los pacientes sobre la calidad del cuidado que brindan las enfermeras en el centro Geriátrico Señor de los Milagros del distrito de San Juan de Lurigancho. 2013?

1.2.1. Problemas específicos

- ¿Cuál es el Nivel de satisfacción de los pacientes sobre la calidad del cuidado integral que brindan las enfermeras en el centro Geriátrico Señor de los Milagros del distrito de San Juan de Lurigancho. 2013?
- ¿Cuál es el Nivel de satisfacción de los pacientes sobre la calidad del cuidado oportuno que brindan las enfermeras en el centro Geriátrico Señor de los Milagros del distrito de San Juan de Lurigancho. 2013?
- ¿Cuál es el Nivel de satisfacción de los pacientes sobre la calidad del cuidado seguro que brindan las enfermeras en el centro Geriátrico Señor de los Milagros del distrito de San Juan de Lurigancho. 2013?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. Objetivo general

Determinar el Nivel de satisfacción de los pacientes sobre la calidad del cuidado que brindan las enfermeras en el centro Geriátrico Señor de los Milagros del distrito de San Juan de Lurigancho. 2013

1.3.2. Objetivos específicos

- Identificar el Nivel de satisfacción de los pacientes sobre la calidad del cuidado integral que brindan las enfermeras en el centro Geriátrico Señor de los Milagros del distrito de San Juan de Lurigancho. 2013

- Identificar es el Nivel de satisfacción de los pacientes sobre la calidad del cuidado oportuno que brindan las enfermeras en el centro Geriátrico Señor de los Milagros del distrito de San Juan de Lurigancho. 2013

- Identificar es el Nivel de satisfacción de los pacientes sobre la calidad del cuidado seguro que brindan las enfermeras en el centro Geriátrico Señor de los Milagros del distrito de San Juan de Lurigancho. 2013

1.4. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

La presente investigación se justifica entre otra de las razones por el envejecimiento de la población, característica demográfica que va adquiriendo relevancia debido a las consecuencias socio-económicas que implica cambios en centros de salud para el adulto mayor, pues, la expectativa de vida en la población peruana ha cambiado en los últimos años; en el año 1970 era de 55,52 años; en el 2005 es de 69,82 años y se estima que alcanzará los 75 años en el 2025

La calidad de atención brindada a los pacientes, no solo interesa a los propios pacientes y profesionales de la salud, sino también a la institución ya que es allí donde se brinda cuidados a todo tipo de pacientes. Las instituciones de salud deben motivar y sensibilizar a todo su personal a brindar cuidados de calidad lo cual se traducirá en satisfacción del paciente y de la familia.

Enfermería es una de las disciplinas de la Salud, tiene como objetivo fundamental mejorar la calidad en la atención y resolución de problemas de salud del usuario/paciente, en un tiempo oportuno, sin adicionarle otras preocupaciones y el procurar el mayor bienestar posible del mismo, prestándole un servicio profesional eficiente y eficaz.

El cuidado es el objeto del profesional de enfermería. La práctica del cuidado requiere de una forma particular de conocimiento y habilidades; situación en donde se observa, elabora y da sentido al quehacer profesional y donde las actitudes de la enfermera se encaminan a brindar satisfacción y bienestar al paciente.

Al estudiante, le permitirá conocer un campo más complejo sobre el adulto mayor y las dificultades que tiene durante su envejecimiento, así también nos permiten tener una perspectiva para que pueda investigar y laborar en el área del adulto mayor.

A la casa de reposo en estudio, porque permite obtener una prueba o testimonio acerca de la situación de los adultos mayores y identificar los factores que motivaron su ingreso a esta casa de reposo.

1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

La primera limitación corresponde a la población de estudio ya que solo se tomó a los pacientes del geriátrico

La segunda limitación corresponde a los resultados que se obtengan no podrán ser generalizados solo servirán como referencia para estudios relacionados al tema.

CAPITULO II MARCO TEORICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION

2.1.1 Antecedentes Internacionales

CARDOZO Castillo, Israel realizo la investigación “Participación del profesional de enfermería en la satisfacción de las necesidades emocionales y espirituales del enfermo con sida hospitalizado en la Unidad Clínica de Medicina del Hospital Central de Maracay”. Venezuela 2005. El diseño utilizado según el problema y los objetivos planteados está dado por una investigación de tipo descriptiva de campo, documental, retro prospectivo, no experimental y un variable. Se utilizaron dos instrumentos de recolección de datos que consistieron en un cuestionario con preguntas cerradas tipo Likert dirigido a los profesionales de enfermería y un cuestionario de encuesta para los enfermos con SIDA que pudieran responderla. Para este trabajo se seleccionó una población conformada por 20 profesionales de enfermería y 8 enfermos con SIDA que pudieran responder a las preguntas realizadas, se tomó el 100% de la

población como muestra representativa y se hizo mediante un muestreo estratificado. El objetivo del estudio fue determinar cuál es la participación del profesional de enfermería en la satisfacción de las necesidades emocionales y espirituales del enfermo. Se llegó a la siguiente conclusión.

“Que el profesional de enfermería se limita únicamente a cumplir el tratamiento médico, dejando a un lado la parte emocional y espiritual de paciente. Por consiguiente, las necesidades espirituales y emocionales del mismo no son satisfechas de manera sistemática, que se evidencia por un desconocimiento de la creencia religiosa del enfermo en un 87.5%; igualmente, un alto índice de los profesionales de enfermería, 60%, no identifica, jerarquizan, planifican ni mucho menos ejecutan las acciones de enfermería necesarias para ayudarlo en la satisfacción de las necesidades en estudios y aportarle los requerimientos para su equilibrio emocional y espiritual”. (6)

GALEANO, Humberto y colaboradores, realizaron la investigación “Nivel de satisfacción con la atención de enfermería en el Hospital Pediátrico Juan Pablo II. Realizado en Argentina, 2006. Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, transversal, con una población de 60 padres o cuidadores de niños internados en los servicios previamente seleccionados de mencionado hospital. El instrumento utilizado fue un formulario de satisfacción de la atención de enfermería, con preguntas abiertas y cerradas. Tuvo como objetivo, conocer el nivel de satisfacción de padres o cuidadores respecto a la atención de enfermería brindada a sus hijos internados, llegando a las siguientes conclusiones:

“El concepto “calidad” en el sentido de “hacer las cosas bien, o lo mejor posible” no es nuevo; sin embargo la filosofía que preside la obtención de la calidad, no se basa en la premisa de la simple mejora de los productos o servicios que se brindan, sino en la adecuación de éstos a las necesidades del paciente. Se trata de la consecución del equilibrio entre las necesidades del paciente y los servicios ofrecidos. Por lo que es necesario llevar a cabo un desarrollo permanente de programas de mejoramiento de los cuidados de enfermería que contemplen el conocimiento del problema, la capacidad instalada de recursos y la medida en que las necesidades del paciente son cubiertas. En este sentido, el monitoreo de la satisfacción de los pacientes en cuanto a los cuidados recibidos y la educación continua del personal se transforman

en estrategias válidas para asegurar el cumplimiento de objetivos de calidad". (7)

BARRIENTOS Villalobos en su tesis: "Percepción del apoyo social y prevalencia de depresión en el adulto mayor dependiente acogido en el centro integral del adulto mayor: Padre José Fernández del Hogar de Cristo de Puerto Montt" (2007) Valdivia-Chile, menciona que en la sociedad actual las personas de la tercera edad, tienen cada vez menos cabida en el grupo familiar, por lo que hoy en día, para muchas familias es casi imposible cuidar a un adulto mayor en sus casas, por distintos motivos, ya sea, por situaciones de carácter económico o, porque simplemente resultan ser un problema para la dinámica familiar; por lo que algunos quedan sumidos en el abandono y con deterioros importantes en su calidad de vida. Cabe destacar que un alto porcentaje de ellos, viven solos, sin percibir ingresos económicos, y otros, en la completa marginalidad. Una alternativa a este problema y considerando este gran aumento de la población adulto mayor, son las instituciones que los acogen, conocidas como: casas de reposo, hogares de ancianos, asilos, hospederías y actualmente como establecimientos de larga estadía para adultos mayores. Con respecto al número de adulto mayores residentes en instituciones de larga estadía, se estima que en Chile habría un total de 1668 residencias de ancianos, de éstos el 37.4%, corresponden a la definición de "Residencias colectivas informales" y el otro 62.6% a las "Residencias colectivas formales". Al censo del año 1992 se encuentran 14,114 AM posiblemente institucionalizados (1.08%), cifra que en el censo del año 2002 sube a un total de 26,854 AM. Si se supone una tasa de crecimiento de la población similar a la observada entre ambos censos y se proyectan las cifras, da como resultado que podría haber 83,500 AM institucionalizados para el año 2025. Dentro de las causas que motivan la internación en estos centros

se encuentran causas médicas, sociales y económicas, las médicas tienen que ver básicamente con el deterioro físico o cognitivo, que aumentan el estado de dependencia de los adultos mayores y dificultan o disminuyen la realización en forma autónoma de las actividades del diario vivir. Las sociales devienen por estados de soledad, carencia de familia o redes sociales, desintegración familiar, y/o agotamiento familiar para hacerse cargo de la atención de los adultos mayores, sobre todo cuando las patologías pasan a ser de larga data. Dentro de las problemáticas económicas, que podrían incidir en el deterioro del nivel de vida, pueden considerarse la pérdida de su poder adquisitivo, la imposibilidad de alimentarse adecuadamente y la responsabilidad de mantener su vivienda.

En general, hay una concurrencia de causas, con predominio de una de ellas; lo que conduce a la decisión de su internación como solución a esta situación. El internamiento suele ser solicitada por hijos, familiares o vecinos; muy pocas veces son los adultos mayores quienes deciden su institucionalización. Una de las causas en este grupo de adultos mayores de esta investigación es el alcoholismo, de la cual directa o indirectamente influyeron en su posterior internación. El alcoholismo es una enfermedad crónica asociada al consumo excesivo de bebidas alcohólicas de manera prolongada, que provoca dependencia e interfiere en la salud física, mental, social y familiar del individuo.⁽⁸⁾

RODRÍGUEZ Feijoo realizó la investigación titulada: “Factores que influyen sobre la calidad de vida de los ancianos que viven en geriátricos en la ciudad de Buenos Aires” (2007), su objetivo fue analizar la influencia de ciertas variables tales como: Edad, genero, nivel educacional, estado de salud, modalidad de la internación (voluntaria o Involuntaria, con o sin preparación previa), frecuencia y calidad de la interacción con otros internos y el personal de la institución sobre la calidad de vida del anciano que viven en centros Geriátricos, realizo una investigación de estudio descriptivo. Con respecto a la frecuencia y calidad en relación con los internos y con el personal de la institución resulta insatisfactoria, así como el grado de satisfacción con el apoyo

familiar recibido resulta insuficiente, evidenciando que los familiares generalmente son los hijos, argumentando que no se ocupan de ellos porque tienen otras obligaciones que cumplir.

Concluye en:

La mayoría de personas internadas eran mujeres viudas, solteras o separadas con bajo nivel educacional. ⁽⁹⁾

PAC, Pilar en su informe: “Motivos de ingreso en residencias geriátricas en Calahorra”, La Rioja – España 2006, refiere que los estudios epidemiológicos muestran un importante aumento en el número de personas mayores en su país, frecuentemente, éstas por diversas circunstancias no pueden seguir viviendo en la comunidad. El objetivo de este estudio fue evaluar los motivos de ingreso en cuatro residencias geriátricas de la zona de Calahorra (Rioja). Se evaluaron 237 residentes. Se trataba de 143 (58%) mujeres y 94 (42%) varones, con una edad media de 79,9 años.

Concluye en:

Los motivos de ingreso, destacaba como primera causa la problemática social con 117 casos (49%), seguida por las enfermedades psíquicas-cognitivas en 95 residentes (40%) y finalmente por los motivos somáticos, 88 casos (37%). Respecto a los pacientes admitidos por una problemática social, en un 26,5% de los casos ésta era la única causa de la institucionalización, en un 10,5% se acompañaba de patología somática y en un 7,1% de patología psíquica. La mayoría de los casos, corresponde a personas mayores que ya no pueden vivir solas por limitaciones propias de la edad, que no les permite llevar a cabo alguna actividad. Una limitación muy habitual es para realizar la compra diaria, seleccionando cosas que pesan poco y cada vez en tiendas más cercanas a su vivienda; siendo ésta una de las razones de una alimentación inadecuada; problemática que podría aliviarse con una red rica en apoyo social a domicilio. (10)

GAVIRIA Noroña Dora Lucía en su estudio titulado la Evaluación del cuidado de enfermería: un compromiso disciplinar. Colombia. 2009. Cuyo objetivo fue la búsqueda de propuestas para la evaluación del cuidado de enfermería. Se parte de una lectura del contexto del cuidado en el marco de los servicios de salud, que

exige competencias del ser disciplinar para la solución de los problemas del cuidado y para la búsqueda de la evidencia en la toma de decisiones. Llegando al siguiente resultado.

“Se explora la naturaleza del cuidado y los avances del enfoque sistémico para evaluar la estructura del cuidado, los procesos y los resultados que determinan su calidad y pertinencia, con el fin de contribuir a la gestión del cuidado desde el lenguaje disciplinar”⁽¹¹⁾

2.1.2. Antecedentes Nacionales

REMUZGO Artezano, Anika realizó la investigación “Nivel de satisfacción del paciente adulto mayor respecto a los cuidados que recibe de las enfermeras (os) en el Servicio de Geriátrica del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen”. Realizado en Perú, 2002. Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal, con una población de 76 pacientes. La técnica utilizada en este estudio fue la entrevista individual, utilizando para el recojo de la información un formulario estructurado. Este estudio tuvo como objetivo determinar el nivel de satisfacción del paciente adulto mayor respecto de los cuidados que recibe de la enfermera en el servicio del Geriátrica del HNGAI, llegando a la siguiente conclusión.

“La calidad de los cuidados que brinda la enfermera a los pacientes adultos mayores en el servicio de geriatría se caracteriza por ser de un nivel de satisfacción medio con tendencia hacia un nivel de satisfacción bajo y la calidez de los cuidados recibidos por el paciente adulto mayor de la enfermera se caracteriza por ser de un nivel de satisfacción medio, con tendencia a un nivel de satisfacción bajo, reflejando en la alteración de fortalecimiento de la autoestima y escaso interés por sus necesidades afectivas”. (12)

GUEVARA Chuquillanqui, Angélica realizó la investigación “Calidad de la Interrelación Enfermera – Paciente según la teoría de Peplau en los servicios de Hospital Nacional Dos de Mayo 2004”, el estudio fue de tipo cuantitativo, nivel aplicativo descriptivo, transversal. La población estuvo conformada por

todas enfermeras asistenciales del servicio de cirugía siendo un total de veinte. Llegando a la siguiente conclusión.

“La calidad de la interrelación enfermera - paciente, según la teoría de Peplau es 8 predominantemente mediana con tendencia a una calidad de la interrelación enfermera-paciente deficiente como producto del desempeño profesional debido a que necesitan reforzar sus habilidades y destrezas para la comunicación, ya que existe una barrera entre el paciente y la enfermera impidiendo así que se estable una calidad de interrelación enfermera-paciente óptima. La calidad de la interrelación enfermera – paciente en relación a la fase de orientación, identificación, aprovechamiento, resolución es predominantemente mediana con tendencia a una calidad de la interrelación deficiente.”(13)

ZAVALA Isabel en su estudio titulado “Nivel de Satisfacción del Paciente Adulto Mayor sobre el cuidado que brinda la Enfermera en el Servicio de Medicina del Hospital María auxiliadora Dos de Mayo en el 2009, tuvo como objetivo: Determinar el nivel de Satisfacción del Paciente Adulto Mayor sobre el cuidado que brinda la Enfermera en el Servicio de Medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo. El Diseño Metodológico fue de una investigación aplicada del tipo descriptivo simple de corte transversal, en la cual se utilizará como técnica la Entrevista estructurada y como instrumento la escala. La muestra considerada para el estudio de investigación estuvo conformada por 60 pacientes Adultos Mayores que se encuentran hospitalizados en los Servicios de Medicina General del Hospital Nacional Dos de Mayo en el 2009 Las conclusiones en el presente estudio fueron:

“El paciente Adulto Mayor presenta en mayor porcentaje un nivel de satisfacción Medio y con tendencia a un nivel de satisfacción bajo sobre los cuidados que brinda la enfermera en el servicio de Medicina del HNDM, siendo más baja la dimensión cuidado de estimulación” (14)

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. El Adulto mayor

Se define como personas adultas mayores a la población comprendida entre los 60 a más años de edad. El definir la salud de las personas que envejecen no en términos de déficits, sino de mantenimiento de la capacidad funcional, resulta importante para establecer una estrategia adecuada de cuidados así como las orientaciones para cada uno de los posibles servicios de salud destinados a las personas adultas mayores.

El adulto mayor autovalent es capaz de realizar las actividades básicas de la vida diaria que son las actividades funcionales esenciales para el autocuidado (comer, vestirse, desplazarse, asearse, bañarse y continencia) y las actividades instrumentales de la vida diaria (cocinar, limpiar, realizar tareas o trabajos fuera de casa o salir fuera de la ciudad). Se considera que el 65% de los adultos mayores tienen esta condición.

El adulto mayor frágil tiene algún tipo de disminución del estado de reserva fisiológico y/o factores sociales asociados con aumento de la susceptibilidad a discapacitarse y a presentar mayor morbilidad y mortalidad. Se considera que el 30% de los adultos mayores que viven en la comunidad tienen esta condición.

El adulto mayor dependiente tiene una pérdida sustancial del estado de reserva fisiológico, asociada a una restricción o ausencia física o funcional que limita o impide el desempeño de las actividades de la vida diaria, se considera que entre el 3% a un 5% de personas mayores que viven en la comunidad se encuentran en esta condición.

La pérdida de la adaptación en el adulto mayor

El adulto mayor va viendo cómo los ambientes van cambiando para ella, y cómo otros le son lejanos o por lo menos le ofrecen menos interés. En realidad esto ha pasado siempre y en cada una de las etapas evolutivas del individuo: nunca los intereses han sido ni serán los mismos para todos o la mayoría de las personas, sean de la edad que sean; pero ahora, a esta edad, el problema se agudiza, pues viene sazonado de otros tintes de marginación social. Por eso el anciano se encuentra sin las herramientas que le permitan un trabajo de adaptación: son las motivaciones o refuerzos sociales. Al carecer de dichas herramientas le es difícil adquirir hábitos nuevos, y por lo tanto, adaptarse a las nuevas circunstancias.

Así, puede aparecer como persona algo rígido, "chapada a la antigua", aferrada a su sola experiencia tan importante para él o ella, pero que siente que la sociedad no se la valora en la forma que la persona anciana considera que sería lo justo. La agresividad y fácil irritabilidad (verbal o gestual) que muestran algunas personas mayores, podría estar relacionada con este sentimiento de la propia difícil adaptación, sentimiento que se ve agravado por la pérdida de autonomía económica sufrida por muchos ancianos.

Problemática del Adulto Mayor en el Perú

Durante los últimos 50 años la disminución y mortalidad mundial ha conducido progresivamente el envejecimiento poblacional. En los países latinoamericanos, entre ellos el Perú, el envejecimiento de la población es una característica demográfica que va adquiriendo relevancia debido a las consecuencias económicas y sociales que implica, cambios en las áreas de trabajo, vivienda,

recreación, educación que acarrea y, sobre todo, a las necesidades de salud a que dará lugar.

Según el censo/estimaciones de 1970, la población adulto mayor del Perú constituía el 5.54% del total nacional; en el censo de 1993, alcanzo el 6.34% por tanto, en 23 años la población de adulto mayores creció en menos de 1%. El ritmo de crecimiento se viene incrementando desde hace una década, ya que se calcula que hacia fines del 2004 esta población representara el 7.55% y en el 2005, el 13.27%. Esto significa que en los próximos 20 años la población de adultos mayores llegara casi a duplicarse.

Estamos siendo así testigos de un rápido proceso de transición demográfica, por lo que debemos estar preparados para afrontar los cambios y las consecuencias.

Así mismo, la expectativa de vida de la población peruana ha cambiado en los últimos años; en 1970, era de 53 años; en 2004, es de 70 años y se estima que alcanzara los 75 años en el 2005.

(1)

El Consejo Nacional para las Personas Adultas Mayores en el año 2002, sustentó los motivos de pobreza extrema, la exclusión social y toda forma de discriminación que a través del tiempo ha venido sucediendo y sucede en nuestro país, están agrediendo a los Derechos Humanos de las Personas Adultas Mayores en el Perú, personas que en su mayoría están consideradas como los más pobres dentro de las personas en extrema pobreza y puede ser ésta la razón de que pese a su gran número conforman una población invisible para la Sociedad y el Estado.

Esta dramática realidad de las Personas Adultas Mayores que constituyen un ejército de olvidados, es un fenómeno universal que desde hace algunas décadas viene siendo observado con mucha preocupación por las Naciones Unidas por su crecimiento demográfico explosivo y que el Perú tiene características alarmantes por lo que sufren no solamente las personas adultas mayores de 60 años como en otros países de la Región Latinoamericana sino que esto alcanza también a las personas entre 35 años y 60 años en varones y en especial a mujeres embarazadas en edad de trabajar que no consiguen trabajo debido a su estado de gravidez, los principios consagrados en la declaración de los Derechos Humanos y que son leyes en cada uno de los países que la suscribieron, tienen en ésta población sus mayores víctimas por su vulnerabilidad social que aún predomina en los países denominados en desarrollo.

A pesar de su gran número y su acelerado crecimiento (el triple con respecto al resto de la población) no está considerado como importante en el accionar de las instituciones políticas, religiosas, educacionales, grupos financieros siendo en la práctica catalogados como una población invisible, porque los líderes de estas organizaciones aún no han tomado en cuenta su crecimiento ni el costo social que ésta situación representa actualmente; ni que sucederá en los próximos años en que este costo social crecerá proporcionalmente al aumento de ésta población que actualmente en un 90% es dependiente. Las autoridades aún no consideran al problema del adulto mayor como un problema inmediato, ni mediato, ni a largo plazo a pesar que este fenómeno tiene carácter Universal y que en el Perú ya se están sufriendo las consecuencias.

Como consecuencia de estos hechos aparece el problema del envejecimiento de la población en el Perú que significa que se produce un aumento continuo de la proporción de Adulto Mayores (personas mayores de 60 años) en la población total.

En 1950 el promedio de esperanza de vida era 55 años ahora el Perú tiene un promedio de esperanza de vida de 85 años, países vecinos como Chile su promedio es de 78 años, Colombia 77 años, los científicos afirman que 7 de cada 10 personas mayores de 60 años mantienen intactas sus facultades físicas e intelectuales y tienen capacidad de seguir aprendiendo y por lo tanto constituyen un estrato poblacional importante, erróneamente dejado de lado en nuestro afán de conseguir el desarrollo.

Necesidades de Salud en las Personas Adultas Mayores

Es una época de cambios notables, con la edad las capacidades funcionales disminuyen en distinto grado en cada persona, de modo que las personas adultas mayores suelen tener mayor grado de discapacidad y más enfermedades que los jóvenes. En esta etapa ellos necesitan un cuidado o protección especial para poder desarrollar sus actividades con la mayor normalidad posible. Con el pasar de los años los diferentes órganos y sistemas van a sufrir alteraciones, sin embargo todas las personas no envejecemos igual: hay personas que a los 80-90 años se encuentran en un estado saludable, sin mayores enfermedades crónicas, y con una capacidad funcional adecuada, esto es lo que se denomina el envejecimiento exitoso; en cambio, va a haber otro grupo, portadores de múltiples enfermedades crónicas, muchas veces con gran discapacidad: eso es lo que se denomina el envejecimiento patológico, y el tercer grupo lo constituyen aquellas personas que tienen alguna u otra enfermedad crónica con menor o mayor grado de discapacidad, y

esto es lo que se denomina el envejecimiento normal, en el cual están la mayoría de las personas que envejecen.

En la actualidad no se sabe con certeza que es el envejecimiento normal, gran parte de la información proviene de comparar dos poblaciones, una joven con otra mayor, y hay que tomar en cuenta que si nosotros comparamos estos dos tipos de poblaciones, son poblaciones distintas que han estado influenciadas por diferentes factores ambientales.

Cambios Fisiológicos

Se ha encontrado que uno de los factores que influyen en el internamiento del adulto mayor tiene que ver con afecciones físicas a los diversos sistemas del organismo, tales como:

- **Composición corporal:** Uno de los parámetros que más se altera en el envejecimiento es la composición corporal; a los 25 años el porcentaje de grasa corporal es de 15%, y esto va aumentando con la edad, a los 75 años es el doble con respecto a los 25 años. Esta acumulación de grasa se localiza principalmente al nivel del abdomen en el varón y en la pelvis y mamas en la mujer, en cambio el tejido celular subcutáneo disminuye. Igualmente, el agua corporal total disminuye con el envejecimiento, sobre todo a expensas del agua intracelular; de ahí que tengamos una disminución de la turgencia de la piel. Igualmente la mayoría de nuestros tejidos van a disminuir en el número de células, por consiguiente va a haber una disminución de su peso; eso sucede también en la masa ósea, que se va perdiendo progresivamente, y esto es más acelerado aún en las mujeres, llegando a una pérdida del 20%, en las mujeres ancianas. Estos cambios corporales tienen implicancia clínica; así la disminución de agua corporal conjuntamente con

la disminución de la sensación de sed, debido a la disminución de numerosas células en el centro de la sed y la disminución del sistema renina-angiotensina, hace que la persona anciana se encuentre en un estado de deshidratación latente, por eso es muy importante hacer recordar a las personas mayores que tengan que mejorar su ingesta de líquido. También hay una disminución del peso y de la talla, esto se debe a que mayoría de los órganos van a disminuir de peso, igualmente disminuye la masa ósea, aumenta la grasa, disminuye el agua, y todo esto, hace que en el envejecimiento haya una disminución de peso. Se dice que generalmente desde la cuarta década se disminuye por década uno a dos kilos. La talla igualmente va a disminuir progresivamente y es proporcional a la disminución del peso, es decir uno a dos centímetros por cada década, a partir de los cuarenta años; de la misma manera, la circunferencia torácica también disminuye. Los diferentes órganos, alcanzan su mayor peso a los 20 - 30 años, pero, a partir de los 40, la mayoría van a disminuir: el cerebro, el riñón, el hígado, el páncreas, excepto el corazón que, por la hipertrofia de las fibras musculares va a aumentar su peso ligeramente. Igualmente, el metabolismo basal va a sufrir una disminución con los años, tanto que en los 70-80 años va disminuir el 20% respecto a menor edad. Uno de los parámetros que menos altera con el envejecimiento, es la glicemia en ayunas, en cambio otras funciones como la función nerviosa, la función renal, la función respiratoria, todas ellas van a disminuir progresivamente con la edad.

- **Aparato digestivo:** A lo largo del tubo digestivo, desde la boca hasta el recto, se producen una serie de cambios que favorecen a la aparición de patologías propias de los ancianos. Hay pérdida progresiva de las piezas dentales, así como una serie de alteraciones en los dientes. Las glándulas salivales

también se atrofian, es muy común en esta edad la xerostomía, muchos pacientes ancianos, se quejan de sequedad de la boca, lo que contribuye conjuntamente con la disminución del gusto, debido a la disminución de los botones gustativos y disminución del apetito. En el esófago hay disminución de las neuronas del plexo mesentérico, lo que va a traer trastornos de motilidad, produciendo espasmos dolorosos retro esternales, que muchas veces es confundido con un infarto de miocardio o puede producir regurgitación con consiguiente aspiración y neumonía. En el estómago encontramos una disminución del epitelio y atrofia de la submucosa y la muscular; la secreción de ácido disminuye así como las diferentes enzimas: tripsina, amilasa, hay una mayor aparición de la atrofia gástrica y esta va acompañada muchas veces de anemia perniciosa. Todas estas alteraciones contribuyen a la disminución del apetito, que es una queja frecuente de las personas mayores y que parte es una compensación a la disminución del peso y de la talla. En el envejecimiento se producen cambios biológicos que pueden afectar la nutrición como sequedad bucal, pérdida de la arcada dentaria, que lo conlleva al uso de prótesis. Esto produce alteraciones en la digestión de los alimentos, ya que el primer paso de la digestión es la masticación, todo esto trae consigo que aparezca un desbalance en la nutrición. Aparecen otras alteraciones en el sistema digestivo como es el estreñimiento que guarda estrecha relación con una adecuada nutrición, además disminuye la actividad física lo que puede producir una atonía intestinal. Para contrarrestar esto, tanto el adulto mayor como los que conviven con él, deben estar preparados y conocer alternativas para solucionar las carencias alimenticias y brindarles opciones que garanticen su nutrición adecuada y a la vez su bienestar. El ingreso excesivo de alimentos conduce a la obesidad, lo que trae enfermedades como la hipertensión

arterial, cardiopatías isquémicas, hipercolesterinemia, además el aumento de peso limita los movimientos y con ello la actividad física, de aquí la importancia, de todos los ancianos con posibilidades, debe incorporarse a los círculos de abuelos.

- **Aparato respiratorio:** Se produce una disminución de la fuerza de los músculos respiratorios, y calcificación de las articulaciones externo costales, lo que conduce a que toda la motilidad de la caja torácica disminuya. Esto muchas veces va a ocasionar que un simple resfrío o gripe que produce secreciones, como la pared del tórax está rígida como una jaula, va a impedir que pueda movilizar con facilidad estas secreciones y desencadenar una insuficiencia respiratoria aguda con retención de secreciones o "broncoplejía" que puede conllevar a un curso fatal. No es infrecuente el hallazgo de crepitantes basales a la auscultación, como manifestación de una fibrosis pulmonar, que no justifica mayor agresividad diagnóstica. Igualmente hay una disminución de la reacción de los quimiorreceptores tanto centrales como periféricos a las variaciones del PH, del CO₂, y del oxígeno; el epitelio de las arterias pulmonares va a sufrir un engrosamiento; todas estas alteraciones hacen que el volumen residual aumente, siendo mayor en el paciente postrado. Estas alteraciones morfológicas también se van a traducir en las diferentes pruebas de función pulmonar, hay una disminución del volumen ventilatorio máximo de la capacidad vital y otras pruebas de función pulmonar. Lo importante es reconocer que las personas ancianas pueden tener un menor nivel de PO₂ en sangre, pero esto hace también que pequeñas disminuciones de 5 u 8 MmHg del PO₂ traigan mayores alteraciones, como la aparición de delirio etc. En cuanto a la capacidad de difusión del oxígeno o del CO₂ hay una leve disminución con un aumento del gradiente alveolo capilar. El tabaquismo y el

alcoholismo son frecuentes en esta etapa de la vida como resultado de haber transitado desde la niñez a la vejez con esta adicción que repercute de forma directa en algunos sistemas importantes como el respiratorio, la impregnación de nicotina conduce a enfermedades respiratorias obstructivas, enfisema pulmonar y el cáncer de pulmón.

- **Sistema cardiovascular:** El envejecimiento del sistema cardiovascular tiene una importancia extraordinaria como responsable de las enfermedades que la afectan. Hay que recordar que la enfermedad cardiovascular es la principal causa de muerte de las personas mayores. El corazón va a ser otro de los órganos que va a sufrir una serie de alteraciones con el envejecimiento; se ha encontrado con bastante frecuencia engrosamiento del ventrículo izquierdo, probablemente esto se deba a una respuesta a la mayor rigidez de las arterias, aunque en personas que realizan poco ejercicio físico, puede estar ausente en el corazón también va haber una pérdida progresiva de las células musculares y esto sobre todo se manifiesta en el tejido de conducción, tanto así por ejemplo que en el nódulo sinusal también llamado marcapaso del corazón, a los 75 años solamente encontramos el 10% de las células, con respecto a los más jóvenes. Esto hace que los trastornos de ritmo como la fibrilación auricular, los bloqueos aurícula-ventriculares sean mucho más frecuentes en esta edad. La adaptación al ejercicio va a disminuir, tanto la frecuencia cardíaca máxima como el llenado ventricular no aumenta como en individuos jóvenes, también la respuesta vasodilatadora de las arterias es menor, con lo que durante el ejercicio aumenta la postcarga. En cuanto a las alteraciones electrocardiográficas, son muy comunes en las personas mayores, a los 40 años el 70% de las personas tienen un electrocardiograma normal, mientras que a los 80 solamente el

20%, las alteraciones más frecuentes, son el aumento de la incidencia de la onda Q, la desviación del eje a la izquierda, el aumento del voltaje de las derivaciones izquierdas, alteraciones del segmento ST, los bloqueos de primer grado, y sobre todo lo que es bastante frecuente la fibrilación auricular; hay que recordar que el infarto de miocardio es una causa importante del fallecimiento de las personas, y en todas las necropsias vamos a encontrar hasta el 20% de personas con infartos de miocardio, y muchas veces silentes, debido a la disminución del umbral del dolor en las personas mayores. Las arterias también van a sufrir cambios morfológicos y funcionales. Se observa un aumento del diámetro de la luz, un aumento de la longitud de la mayoría de las arterias, sobre todo de las arterias grandes, con un engrosamiento de su pared muscular, lo que va también a traer una mayor rigidez; estos cambios son similares a los que encontramos en las arteriosclerosis. Esto trae cambios funcionales de las arterias: vamos a encontrar un aumento de la velocidad de ondas de pulso, una mayor turbulencia de flujo sanguíneo que va a condicionar a la arteriosclerosis; también hay una disminución de la sensibilidad al cambio brusco de volumen, por eso las pequeñas pérdidas de volumen pueden ocasionar hipotensión y síncope, y pequeños aumentos de volumen pueden ocasionar hipertensión. Finalmente, todos estos cambios hacen que haya un aumento de la presión arterial sistólica y también de la media, mientras hay una disminución de la presión arterial diastólica, aumentando así el número de personas con hipertensión arterial sistólica aislada.

- **Sistema genitourinario:** El riñón es otro de los órganos que va a sufrir alteraciones con el envejecimiento, hay disminución del número de glomérulos y en el intersticio mayor fibrosis y depósito de colágeno, esto se traduce igualmente en la función

del riñón presentando una disminución del flujo plasmático renal, tanto que a los 80 años, es el 50%, aproximadamente, la filtración glomerular también disminuye en similar proporción. Las funciones tubulares también disminuyen, hay una menor capacidad de reabsorción y secreción tubular. Hay disminución de la renina plasmática y de actividad de aldosterona plasmática. Esto se traduce en una disminución de la capacidad de concentración y dilución del riñón, cuando hay sobrecarga de volumen puede aparecer rápidamente la insuficiencia cardíaca, ya que el riñón no es capaz de eliminar este líquido sobrante tan rápidamente como los jóvenes, esto hace también que en situaciones como neumonías, accidentes cerebro-vasculares, fármacos favorezcan la aparición de la secreción inadecuada de hormona anti diurética con frecuente intoxicación acuosa.

- **Sistema nervioso:** El encéfalo es otro de los órganos que va a sufrir muchas alteraciones: hay una reducción del tamaño y del número de células, pero no todas disminuyen en igual proporción, esto se hace más evidente en las células de la sustancia negra, las células de Purkinge, del asta anterior de la médula, del locus ceruleus, en el hipocampus, son comunes las alteraciones extra piramidales y de la memoria también hay una disminución de las diferentes dendritas y sinapsis, hay acumulo de pigmentos, amiloideos y neurofibrillas similar a lo que podemos apreciar en la enfermedad del Alzheimer. Es importante también la disminución de los agentes neurotransmisores, sobre todo los colinérgicos y también los monoaminérgicos; esto hace que ante cualquier medicamento anti colinérgico se puede disminuir aún más los niveles de acetilcolina cerebral, se presentan con frecuencia problemas de delirio en pacientes ancianos. En la tomografía es muy frecuente encontrar atrofia cerebral y dilatación ventricular, sin

que esto signifique que estas personas tengan alterada su función cognoscitiva, solo la demostración de atrofia rápidamente progresiva en tomografías seriadas puede apoyar el diagnóstico de demencia. La inteligencia fluida, que es la capacidad de realizar diferentes funciones manipulativas generalmente disminuye, mientras que las actividades verbales que se le conoce como inteligencia cristalizada y que también es producto de la experiencia del individuo, ésta si se conserva. En cuanto al desempeño de las diferentes pruebas de inteligencia, estas tienen muchos conceptos abstractos, a los 30 años se alcanza el máximo rendimiento disminuyendo progresivamente. Con el envejecimiento se observa una disminución en el peso del cerebro, con una reducción del número de neuronas. Aparece además una leve pérdida de la memoria, cierta dificultad para aprender tareas nuevas y una disminución de la velocidad de procesamiento.

- **Sistema endocrino:** El sistema endocrino también sufre alteraciones; respecto a la función tiroidea, normalmente no hay variación del TSH, ni el T4, el T3 si sufre una ligera disminución; algo importante recordar que el 5 al 10% de las personas mayores pueden tener un problema de hipotiroidismo, y que muchas veces no es diagnosticado. El páncreas también sufre alteraciones en su función endocrina, aumenta la intolerancia a la glucosa, tanto que a los 80 años tienen diabetes o intolerancia a la glucosa hasta el 50%. La curva de tolerancia de la glucosa va aumentando, a los 70 años, la mayoría ya encontrarnos un 220 o 240.
- **Sistema inmunológico:** Respecto al sistema inmunológico, hay una disminución de la inmunidad sobre todo celular debida a la involución tímica, una disminución de la función de las células killer o asesinas, y también alteraciones de las interleucinas; en cambio vamos a encontrar aumentos de

anticuerpos, de gamapatías monoclonales que nos indica que hay una hiperactividad de las células linfoides, sobre todo en los muy ancianos. La presencia de enfermedades auto inmunes no es mayor, pero puede ser el número de neoplasias y las infecciones, aunque no solamente la inmunidad tiene que ver en este aumento, sino también las diversas alteraciones que van a sufrir los diferentes órganos. Para finalizar, hay que recordar que todos no envejecemos de igual forma, hay una gran individualidad, los cambios que ocurren con el envejecimiento van a estar influenciados por muchos factores ambientales, genéticos y que dependen también del modo que tenemos de vivir; y que cultivando hábitos adecuados podemos retardar muchos de estos procesos que por el momento, aún se denominan fisiológicos.

- **Visión.-** Con el envejecimiento normal se producen cambios en la mayoría de los componentes del ojo. La cornea se hace más plana, lo cual favorece al astigmatismo. Esta enfermedad se produce por una desigualdad en la curvatura de la córnea, que modifica su poder de convergencia como lente, según por donde venga el rayo luminoso. La consecuencia es que la imagen no siempre se refleja con nitidez en la retina y los objetos se verán borrosos. Se deposita grasa en la unión de la córnea con la esclerótica, dando lugar al arco senil, que se observa como un anillo gris en el borde del iris. La esclerótica pasa de ser blanca a ser levemente amarilla. El iris se hace más rígido y la pupila más pequeña. Ocurren diferentes cambios en el cristalino; disminuye su elasticidad, es decir su capacidad para cambiar de curvatura. Como el cristalino es la lente más importante del ojo, si no funciona correctamente, se reduce la capacidad para enfocar objetos cercanos, el cristalino también pierde su transparencia, cuando la o pacificación se

hace muy intensa puede llegar a impedir la visión, produciendo cataratas.

- **Oído.-** Con la edad el oído interno y el nervio auditivo sufren un proceso de degeneración con pérdida de la capacidad auditiva para altas frecuencias (presbiacusia), este trastorno impide oír las consonante respetando el ruido ambiente y la conversación se hace incomprendible (oyen pero no comprenden). También hay un engrosamiento del tímpano y aumento de cerumen, por lo que es más frecuente la formación de tapones.
- **La Piel.-** La piel es una parte del cuerpo que preocupa mucho a las personas que envejecen, especialmente las partes expuestas como la cara, el cuello y las manos. La piel con la edad se deshidrata, pierde elasticidad, fuerza y grasa subcutánea, lo que da origen a las arrugas. También disminuye su untuosidad, especialmente en las mujeres, debido a la pérdida de glándulas seboreicas, Además la piel de los ancianos está menos vascularizada, es decir, tiene menos aporte sanguíneo. Finalmente, el cabello se hace más fino y más canoso y se va cayendo progresivamente. Todos estos cambios hacen que la piel del anciano sea más susceptible a las agresiones. Por ejemplo, pequeños traumatismos pueden dar lugar a heridas, que se infectan con facilidad y que además tardan más tiempo en cicatrizar. También una presión continua en un relieve de hueso origina úlceras con más facilidad que en las personas jóvenes. La queratosis seboreica es la lesión benigna más frecuente en los ancianos y no tiene más trascendencia que la estética. Los melanocitos o células pigmentadas de la piel no tienen en los ancianos tanta capacidad para extenderse en superficie, por lo que la pigmentación de la piel de los viejos ocurre de forma desigual. Por eso aparecen manchas con mucha frecuencia.

- **Calidad de sueño en el anciano.**- Los patrones del sueño van cambiando, un niño recién nacido suele dormir horas prolongadas durante el día y la noche, no ocurre así en los ancianos ya que debido al envejecimiento el patrón del sueño se altera y van disminuyendo las horas de forma progresiva, en algunos casos puede llegar a insomnio total y mantenerse en vigilia, esto acarrea situaciones difíciles tanto para el anciano como para sus cuidadores. Una característica fundamental del patrón del sueño es despertarse varias veces en la noche. El aumento en la somnolencia diurna y la disminución del tiempo del sueño en la noche, refleja incapacidad para dormir, más que disminución de la necesidad de dormir.

Cambios en la Economía

El aspecto económico es otro factor importante a considerar. Por distintos motivos los ingresos del Adulto Mayor se ven disminuidos con el transcurso del tiempo, siendo esto un motivo de preocupación que atenta contra la buena calidad de vida. El Adulto Mayor debiera estar protegido del pago de impuestos, si no liberados, mediante topes máximos. Si vive en su casa propia, tal vez no debiera estar afectada por el pago del impuesto territorial. Tener una buena protección del valor adquisitivo de su pensión o jubilación es otro factor a tomar en cuenta. En los momentos actuales se debe reflexionar sobre la aparición del estrés en el anciano, algo que deteriora su equilibrio psicoemocional y que puede estar influenciado por la muerte del cónyuge, cambio de sus roles sociales, no adaptación a la jubilación, excesivas tareas en el hogar no acorde a sus capacidades, bajos ingresos económicos, despojo de sus pertenencias, todo esto en su conjunto conlleva a que el anciano pierda su autoestima.

Cambio ambiental

Es otro factor a considerar, ello contempla a infraestructuras arquitectónicas que conspiran a la ocurrencia de los accidentes en los ancianos y por ello representa otro factor ambiental, la poca iluminación, escaleras largas, demasiada altura en los contenes de las calles y aceras en mal estado entre otros motivos. Esto puede atentar contra la integridad del individuo y provocar las caídas algo temibles en la tercera edad. Las caídas constituyen un motivo de malestar y preocupación en el adulto mayor, aún más cuando está seguida de dolores musculares o fracturas, no debe adoptarse una aptitud fatalista por las posibles consecuencias de la hospitalización, y en ocasiones la necesidad de ser intervenido quirúrgicamente, no siempre la vejez es la responsable absoluta, es imprescindible buscar las causas de las caídas, que pueden ser variadas, cambios en la visión, audición y procesos neurológicos, como las enfermedades de Parkinson, Alzheimer. La fractura de cuello de fémur es la más frecuente y representa el 50 % de ellas en los ancianos, se trata de una urgencia quirúrgica y debe ser tratada en las primeras 24 horas después del accidente. En la actualidad las caídas y sus consecuencias conllevan a la impotencia funcional e invalidez y representan la sexta causa de muerte en individuos mayores de 65 años, por todo esto se precisa conducir a la profilaxis de las mismas con el uso adecuado del bastón.

La familia y anciano en el ámbito social

La familia constituye uno de los recursos más importantes de la población adulta mayor; es la encargada de prestar atención directa a la mayoría de los ancianos que sufren problemas de salud o un deterioro grave en su autonomía personal. Para los ancianos parece que lo más importante es el potencial de relación y ayuda, la conciencia de que existe una persona relevante a

quien acudir en caso de necesidad. La familia tiene también un papel muy importante, sobre todo en el ámbito de las relaciones socio afectivas ya que es la más idónea para proporcionar sentimientos de arraigo y seguridad, ofrecer sentimientos de capacidad, utilidad, autoestima, confianza y apoyo social. El anciano ante la enfermedad, la pérdida de autonomía o ante la soledad, se apoya en sus hijos y familiares, esto hace que todos los lazos familiares sufran cambios. Esta situación, a veces, es vivida por la familia con cierta impotencia e inseguridad ya que va acompañada de algunas dificultades: tienen que vivir bajo un mismo techo tres generaciones y a veces las viviendas no tienen espacio ni condiciones adecuadas para ello. Por otro lado las ocupaciones laborales de los hijos impiden que los padres reciban el cuidado que a ellos les gustaría proporcionarles, la mayoría de los familiares tienen otras cargas familiares como hijos, nietos. Las familias que tienen en su hogar una persona mayor dependiente suelen tener sentimientos dolorosos y de incompreensión frente a los cambios rápidos que se producen en su padre, madre o cualquier otro familiar. Por otro lado aparecen también síntomas de ansiedad y angustia, surgen dudas acerca de si no han hecho todo lo necesario para evitar la situación en la que se encuentra el familiar a su cargo. Todas estas dificultades y otras como la salud física, desorientación, fallos de memoria, en las personas mayores conlleva a que los familiares obtén por internar a sus seres queridos en los centros geriátricos, esperando que se les brinde los cuidados necesarios que necesite el anciano.

Los Centros Geriátricos

Son establecimientos que brindan hospedaje permanente y brindan atención integral de enfermería higiénico-dietética, sobre actividades sociales y de interacción grupal a los adultos mayores.

Los adultos mayores requieren de un lugar especial, que no es un asilo, sino una Institución especializada en brindar cuidados especiales, servicios de enfermería y atención médico-geriátrica que requieren los adultos mayores dependientes debido a las enfermedades o complicaciones que padecen. Determinar un Centro Geriátrico para un ser querido no es fácil, por varias razones, pero sobretodo porque, ¿en quién depositaré mi confianza para su cuidado? La característica del servicio que brindan los centros o casa de reposo son: Habitación en una Residencia: Algunos adultos mayores dependientes gustan de dormir en habitaciones con camas compartidas, pues les da miedo dormir solos. Instalaciones especialmente acondicionadas: Las instalaciones requieren estar especialmente acondicionadas con rampas y pasamanos en los pasos y los baños, de tal suerte que no haya ningún tipo de riesgos, y los pacientes puedan apoyarse donde ellos lo requieran. Tres comidas diarias con dieta especial: De por sí, los adultos mayores requieren dieta especial. Por ejemplo, deben tomar sal en cantidades moderadas. Por otro lado, muchos de ellos padecen diabetes, hipertensión, alergias, etc., lo cual motiva a que se les prepare una dieta especial, personalizada. Cuidados y enfermería las 24 horas: Los ancianos dependientes requieren en verdad de muchos cuidados y atenciones para cada una de sus actividades diarias como caminar, ducharse, vestirse y desvestirse, etc. Además, debido a la fragilidad de su salud, el médico necesita saber periódicamente cuáles son sus signos vitales. Necesitan tomar sus medicamentos a la hora indicada por sus médicos y recibir todas las terapias y curaciones (de haberlas) prescritas por ellos. (8)

2.2.2. Enfermería

Es el cuidado de la salud del ser humano. También recibe ese nombre el oficio que, fundamentado en dicha ciencia, se dedica

básicamente al diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud reales o potenciales. El singular enfoque enfermero se centra en el estudio de la respuesta del individuo o del grupo a un problema de salud real o potencial, y, desde otra perspectiva, como complemento o suplencia de la necesidad de todo ser humano de cuidarse desde el punto de vista biopsicosocial y holístico. El pensamiento crítico enfermero tiene como base la fundamentación de preguntas y retos ante una situación compleja y el cómo actuar ante dicha situación. Es el sistema de la práctica de enfermería, en el sentido de que proporciona el mecanismo por el que el trabajador de enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del cliente a los problemas reales o potenciales de la salud.

Funciones de enfermería

- Funciones independientes o propias: Son aquellas que la enfermera ejecuta en el cumplimiento de las responsabilidades de una profesión para la cual está capacitada y autorizada.
- Funciones derivadas: Son aquellas acciones que realiza el personal de enfermería por delegación de otros profesionales, principalmente el personal médico.
- Funciones interdependientes: Son aquellas acciones que realiza el personal de enfermería en colaboración con el resto del equipo de salud.

2.2.3. Calidad

Actualmente ha adquirido gran importancia la palabra calidad para expresar un indicio de valor que se tiene con un criterio general sobre distintos aspectos de un proceso cuyo resultado o producto se ofrece a un usuario o consumidor; este criterio general tiene, como fundamento la evaluación del proceso y del resultado en

función de los productos, metas y valores que condicionaron los enfoques y métodos utilizados.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la calidad como el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio médico, logrando, un resultado con el mínimo riesgo de efectos, y la máxima satisfacción del paciente.

(4)

Según Romer y Montoya Aguilar, definen la calidad como el desempeño apropiado (acorde a las normas) de la investigación que se saben so seguras, que la sociedad en mención puede costear y tienen la capacidad de producir impacto sobre la mortalidad, morbilidad, la incapacidad y desnutrición. ⁽¹⁴⁾

La calidad es ser eficiente, es tener competencia, tener respeto al paciente y familia; calidad es “Hacer lo correcto”, en forma correcta y de inmediato; la calidad es practicar la limpieza, es ser puntual, es mejorar siempre, preocuparnos por la innovación, es usar el vocabulario correcto, que los pacientes tenga confianza en el servicio que se les brinda. ⁽¹⁵⁾

2.2.4. La Naturaleza del Cuidar en Enfermería

La esencia del cuidado es la interacción humana recíproca “arte de la verdadera relación humana”; es buscar posibilidad “casi milagrosa de formar un nosotros sin destruir el Yo-Tu”. Dice GALEANO, Humberto y colab, realizo la investigación “Nivel de satisfacción con la atención de enfermería en el Hospital Pediátrico Juan Pablo II. Realizado en Argentina, 2006. (8), es hacer de cada encuentro un fenómeno único. La naturaleza del

cuidar está íntimamente ligada a la naturaleza humana, es el primer acto de vida. Cuidar es el proceso social que forma parte de la propia experiencia, ayuda a la supervivencia y hace posible la existencia, no solo las enfermeras cuidan, pero es el cuidar que sintetiza y da sentido a la palabra enfermera. El objeto de conocimiento enfermero, está delimitado por los cuidados y el sistema de necesidades de las personas es su fuente de conocimientos. Los conceptos de: persona, salud, entorno y cuidados, forman parte de la estructura básica sobre la cual progresa el conocimiento enfermero. Entre los elementos que configuran la relación social del cuidar se encuentran: la reciprocidad, obligación, responsabilidad, y el bienestar de las personas. En la naturaleza del cuidar se subraya las siguientes ideas centrales: la responsabilidad y la interacción. La responsabilidad implica: estar presente, estar cerca, el respeto, el sentir con y desde la persona cuidada, en su singularidad y especificidad. La interacción es una relación personal de carácter asimétrico, al considerarlas personas distintas, pero al mismo tiempo ésta interacción es simétrica en el orden ético, la relación interpersonal lleva consigo el tener tacto, aportar ayuda discreta, ser firme, enseñar y ayudar a superar los problemas.

Leininger (1978) afirma que el cuidado se refiere a aquellos actos facilitadores de asistencia o soporte que vayan dirigidos a otro ser humano o grupo con necesidades reales o potenciales, con el fin de mejorar o aliviar las condiciones de vida humana.(9)

Watson (1979) describe el Cuidado de Enfermería como: “un proceso interpersonal que involucra preocupación y el deseo de ayudar a la otra persona a lograr bienestar mental, físico, sociocultural y espiritual”. (10)

El cuidado como una intervención terapéutica, están centrados en la persona: es así como el paciente debe demostrar necesidades que la enfermera pueda satisfacer y generalmente la enfermera acude y la persona mejora, independientemente del sentimiento de la enfermera. Las metas de la persona son un punto de alcance y el cuidado de enfermería se cifra en el logro de esas metas. Por tal motivo estos teóricos enfatizan también en las competencias de enfermería y las habilidades relacionadas con el cuidado. A este grupo por ejemplo pertenece Orem (1985) ⁽¹¹⁾, ella establece que el cuidado es necesario para el mantenimiento de la vida, vinculando el resultado de una acción deliberada a través de la cual la enfermera suministra un “servicio de ayuda”, el cual busca las capacidades del sujeto para comprometerse en su autocuidado.

2.2.5. Cuidado de Enfermería en el Adulto Mayor

Hachspiel (1998), enuncia que el cuidado de enfermería es el cuidado de la vida humana. Cuidar en enfermería implica un conocimiento propio de cada paciente, un darse cuenta de sus actitudes, aptitudes, interés y motivaciones, y además de sus conocimientos, requiere su manifestación como persona única, auténtica, capaz de generar confianza, serenidad, seguridad y apoyo efectivo. ⁽¹²⁾

El cuidado de enfermería abarca desde el nacimiento hasta la muerte, incluyendo los periodos de la enfermedad y la salud, esta actividad se basa en un compromiso moral entre la persona cuidada y quienes profesan el cuidado, para ello el estudiante, debe ser competente en el dominio del conocimiento científico, ético y estético, para lograr el bienestar integral de las personas que cuida.

Según **Virginia Henderson**, define que la enfermera asiste a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad, o alcanzar la muerte en paz. Introduce y/o desarrolla el criterio de independencia del paciente en la valoración de la salud. Identifica 14 necesidades humanas básicas que componen "los cuidados enfermeros", esferas en las que se desarrollan los cuidados. (13)

Se observa una similitud entre las necesidades y la escala de necesidades de **Maslow**, las 7 necesidades primeras están relacionadas con la Fisiología, de la 8ª a la 9ª relacionadas con la seguridad, la 10ª relacionada con la propia estima, la 11ª relacionada con la pertenencia y desde la 12ª a la 14ª relacionadas con la auto-actualización. (14)

El Cuidado en el Adulto Mayor

El cuidado se ha definido como la razón de ser de la enfermera y su objeto central de estudio. La práctica del cuidado requiere una forma particular de conocimiento y habilidad aplicados a la práctica, donde se observa, elabora y da sentido al hacer profesional y donde las actitudes de la enfermera se encaminan a brindar satisfacción y bienestar al paciente cuyo juicio integral, único y personal define la calidad del cuidado. (14)

Reconocer y expresar este cuidado auténtico, es encontrar el camino para actuar dentro de este marco, crecer y desarrollarse personal y profesionalmente, ser asertiva, efectiva y oportuna con un modelo ideal de actitudes de la enfermera de acuerdo con las expectativas del paciente. Simultáneamente anima y fortalece la conciencia y sensibilidad del estudiante de enfermería hacia el paciente, al igual que sus pensamientos, sentimientos, emociones

y vivencias de forma que sea capaz de adentrarse en su contexto de valores, forma de vida y prioridades. ⁽¹⁵⁾.

- Lenguaje interés: se establece entre la enfermera y el paciente es mutuamente claro y comprensible y se genera gracias a la disposición de escuchar y a la capacidad de la enfermera para ponerse en el lugar del paciente, aceptándolo tal y como es.
- Lenguaje animador y tranquilizador: El lenguaje animador y tranquilizador no verbal se explicita en la compañía y el contacto que son valoradas como fuentes tangibles de energía que brindan sentimientos de seguridad y apoyo oportuno.
- Lenguaje descriptivo explicativo: Su terminología constituye una guía, orientación, instrucción o clarificación para el paciente acerca de su situación; la enfermera brinda a través de su lenguaje los conocimientos que le permitan mejorar la capacidad para cuidar de sí mismo, participar efectivamente y ver su experiencia de una forma más objetiva. La calidad del cuidado se hace explícita gracias a que el lenguaje descriptivo-explicativo aporta el conocimiento que disminuye el temor, la incertidumbre y la expectativa; saber que se apoya en la confianza del paciente, en la capacidad científica y la habilidad técnica de la enfermera, que la hace ver como competente. En términos de competencia para los pacientes. Bárcenas (1995) nombra la importancia de la orientación, como herramienta que se requiere para facilitar la adaptación del paciente a circunstancias nuevas, para que el paciente mantenga el ánimo y disminuya la incertidumbre, miedo y dolor. ⁽¹⁶⁾
- Disposición para la ayuda: Es el fundamento y valor ético-profesional dignificante del ejercicio del cuidado del ser humano, caracterizado y percibido por el paciente como el sentido del deber, el compromiso y el gusto en el ofrecer cuidado, y lleva a la enfermera a brindarse incondicionalmente

como ser y como persona para garantizar el bienestar del paciente. El paciente percibe como la enfermera activa toda su creatividad y pone en marcha recursos, cualidades y capacidades para hacer viable el cuidado efectivo, mantener la beneficencia, dignidad y respeto por el paciente.

- Acompañamiento: Se fundamenta y expresa como “poder contar incondicionalmente con alguien”, la enfermera gracias a su permanencia hace sentir al paciente seguro y protegido frente a situaciones potencialmente generadoras de miedo e incertidumbre. Gracias a permanecer o hacer seguimiento frecuente, el paciente concibe que el proceso que vive marchará bien; ya que la enfermera dedica tiempo y esfuerzo considerable a estar pendiente e interesada por su situación, es tal vez por esta característica que la calidad es apreciada en relación directa con la cantidad de tiempo dedicado y el nivel espacial de acercamiento; lo que hace que la presencia física continua, dispuesta y oportuna sea considerada de calidad excelente. ⁽¹⁶⁾
- Ejecución de procedimientos: Relaciona el valorar, interpretar y suplir necesidades de los pacientes a través de acciones encaminadas a satisfacer las necesidades, de acuerdo con el nivel de prioridad e importancia que tienen para el paciente; fundamentalmente en la búsqueda de su bienestar y de evitar riesgos y complicaciones. La ejecución del cuidado se orienta hacia el sentido y compromiso humanitario del actuar de la enfermera en cada momento del contacto; donde la tecnología sirve al profesional sólo como un apoyo para mejorar la labor que realiza y potenciar su maestría, oportunidad y destreza durante su ejecución. ⁽¹⁶⁾
- Acercamiento y contacto: La presencia cercana y el toque tierno, cálido y familiar, que se acompaña de un lenguaje cariñoso, son expresiones percibidas de calidad en el cuidado,

donde el paciente experimenta que puede “ser con”, “estar con”, sentirse acogido y aceptado en plenitud. La cercanía y el contacto agradable, generan en el paciente una mejor percepción de sí mismo y de la situación, campo en el que se promueve la motivación para participar en el cuidado de forma y optimista y alegre.

- **Importancia de la mirada:** Sentirse inventariado enfría tremendamente los primeros momentos de un encuentro y retarda o impide la comunicación. Todos los seres humanos tienen la necesidad, aunque tácita de ser recibidos tal como son, con su ambivalencia, con todas sus facetas. Son pocos los que logran permanecer espontáneos ante una mirada crítica de quien indaga y expía. Se puede decir que la mirada y la voz pueden ser indicadores de cuidado para quien es cuidado. Tatano Cheryl, preocupada por el cuidado reporta con su estudio fenomenológico, los temas esenciales del cuidado, en “una primera conversación son: estímulo, tacto, compartir, paciencia, presencia, apoyo, escuchar, reafirmar, y consecuencias”. Los temas adicionales del cuidado según el citado estudio son: “sentir la necesidad, no apresurarse, prepararse, explicar, educar y permanecer con”. (17)

Características del Cuidado de Enfermería:

Cuidado Integral: Watson, señala que los cuidados de enfermería, están centrados en la persona, unidad- viva, que es más que la suma de sus partes (alma, cuerpo, espíritu) y que vive la experiencia de la vida, como una experiencia multidimensional.

El cuidado tiene carácter integral, donde cada necesidad insatisfecha afectará al ser humano como un todo, por lo que el estudiante debe poseer habilidades y destrezas que permitan al adulto mayor verbalizar sus inquietudes y fortalecer su

personalidad, a través de una relación humana que genere confianza y empatía, permitiéndole conocer al paciente adulto mayor a quien brindará su cuidado y ésta persona acepte participar del cuidado que recibe y se empodere del saber cuidarse así mismo.

La humanización hace referencia al abordaje integral del ser humano, y aunque a los profesionales en formación se les instruye teóricamente sobre la integridad del ser humano, para llevarlo a cabo es necesario humanizarse a sí mismo y reconocer los propios valores que permitan actuar en función de quien lo necesita, y que el cuidado va más allá de adquirir tecnología.

Cuidado Oportuno: Del Carmen Dugaz (2000), considera que ésta se inicia desde la valoración que hace la enfermera de la situación del paciente; en conjunto y mediante el diálogo, identifican sus necesidades y posibles soluciones; así mismo y cuando sea necesario la enfermera orienta los cambios que el paciente tendrá que realizar para alcanzar los objetivos que el mismo se ha propuesto para recobrar su salud

Así mismo, a través de los “Modelos de Necesidades Humanas”, según lo describieron A. Maslow, Henderson (1966), Rogers (1970), Orem (1980) y Roper (1980), citado por Beatriz S. aunque ciertamente el entorno prehospitalario impone ciertas limitaciones, orientar la intervención de manera tal que los cuidados puedan de manera oportuna satisfacer las necesidades vitales del usuario, sobre todo en situación de emergencia y/o cuando su vida se ve amenazada (18)

De esta manera, ante el hecho de encontrarnos en una situación que requiere una intervención con bases científicas y técnicas,

debemos reflexionar acerca de la necesidad de brindar un cuidado con un enfoque integral, llamado holístico en algunos modelos conceptuales. No se debe olvidar que “la esencia del quehacer de enfermería es el respeto a la vida y el cuidado del ser humano”, es así que se debe conocer e interesarse por el paciente que se atiende, ser empáticos; la congruencia entre la voz y la mirada son los mejores indicadores para el usuario.

Esta característica consiste en proporcionar los cuidados de enfermería en un momento dado, y de acuerdo a cada situación sea este del individuo sano o enfermo, familia o comunidad, implica una observación minuciosa de signos o síntomas, una clara conciencia del dinamismo del diagnóstico de enfermería y una rápida toma de decisiones. Todo ello como producto de una adecuada integración de los conocimientos basados en el método científico. Se proporciona al paciente el cuidado o intervención en el momento más beneficioso o necesario, es decir cada vez que el paciente lo requiera y de acuerdo a sus necesidades.

Cuidado Seguro: Como su nombre lo indica, los cuidados de enfermería que se brindan al individuo, familia o comunidad son seguros cuando están libres de riesgo y estos riesgos no sólo deben estar referidos a daños físicos, sino también a daños psicológicos, sociales o morales. “Las intervenciones seguras que de ellos se derivan, tienen la capacidad de producir un impacto positivo sobre la mortalidad, morbilidad, incapacidad y complicaciones en los usuarios, así como determinar la garantía de la calidad del cuidado” En este sentido, desde **Florence Nightingale**, hasta la actualidad, la enfermería siempre ha mostrado disposición y compromiso con la seguridad del paciente y mejorar de manera continua los procesos de cuidado que brinda. “Los principales componentes del cuidado que hacen

posible alcanzar los objetivos son: carácter tangible, fiabilidad, rapidez, competencia, cortesía, credibilidad, seguridad, accesibilidad, oportunidad, comunicación y conocimiento de la situación del paciente”.⁽¹⁹⁾ Brindar cuidados seguros responde a un modo de actuación profesional, elemento esencial en la cultura de calidad que se estampa en los servicios de salud. La seguridad del paciente implica responsabilidad legal y moral en el ejercicio, práctica de la profesión de forma competente y segura (sin negligencia y mala praxis), así como la autodeterminación y autorregulación.⁽²⁰⁾ Según Maslow 1988 “el hombre necesita un ambiente estable en el cual se halle protegido contra las amenazas de peligro y privaciones, esta característica debe responder a la seguridad física.⁽²¹⁾ La labor principal de la enfermera consiste en brindar educación y asegurar su comprensión, para prevenir riesgos después de haber sido dado de alta, respuesta de la enfermera a dudas y temores, demuestra seguridad y confianza al momento de administrar los medicamentos y/ realizar procedimientos.

Cuidado Continúo: La característica de continuidad no sólo en lo referente a tiempo, sino también a espacio, continuidad implica que la atención que se brinda al paciente sea durante las 24 horas del día y los 365 días del año, debe ser perseverante y sin interrupción y siempre debe responder a los objetivos trazados para el plan de cuidado. La participación del paciente en su cuidado hace mucho más humana la práctica de enfermería pues permite reconocer al otro como persona, con el derecho y la obligación de ser actor de su salud y no simplemente el receptor de actividades planeadas por el profesional que lo atiende. Por lo anterior se puede concluir, como lo afirman Barrera y Miranda (2000) que la participación permite que el paciente tome parte en el cuidado continuo apropiándose del mismo, con la orientación

del profesional de enfermería, dicha participación puede hacerse evidente a diferentes niveles que van desde la información y realización de actividades básicas hasta la toma de decisiones, permitiendo el derecho a estar informado, opinar, proponer y rehusar determinadas actividades, procedimientos y tratamientos.⁽²²⁾

Componentes del Cuidado de Enfermería

Los cuidados de enfermería son de carácter integral ya que las necesidades humanas también lo son, es así como las manifestaciones de los pacientes se presentan como un entramado que representan lo físico, lo psicológico, lo social y cultural; cada necesidad insatisfecha afecta al ser humano como un todo por lo tanto el cuidado también debe abarcar esta diversidad de ámbitos, por ello se considera 3 elementos básicos en la prestación del cuidado de enfermería:

- **La interacción enfermera – paciente:** Es la acción permanente y sostenida que utiliza la enfermera tanto para identificar y conocer a fondo las necesidades del paciente como para suplir la carencia de estas. Es decir sin interacción positiva no hay entrega efectiva del cuidado de enfermería al paciente.
- **Uso del método científico en la entrega del cuidado:** La prestación del cuidado profesional debe ser planificada y desarrollada a través del método científico (recojo de información, análisis, priorización de problemas, propuestas de solución, evaluación de resultados); el cual no solo debe aplicarse en la prestación del cuidado individual, sino que se debe investigar permanentemente sobre nuevas formas de cuidar a fin de concluir enriqueciendo el cuerpo de conocimientos de enfermería.

- **La naturaleza del cuidado:** Responde de manera integral a las necesidades del paciente en situación de salud o enfermedad, es así como los cuidados pueden agruparse de acuerdo a la complejidad de su naturaleza en cuidados de estimulación, confirmación, consecución de la vida, auto imagen, sosiego-relajación y compensación.
- **Cuidados de Ayuda.-** los pacientes son capaces de atender algunas de sus necesidades personales, pero necesita ayuda en ciertos aspectos. En este nivel de cuidado el profesional de enfermería y el paciente trabajan juntos, completando el primero la capacidad del segundo cuando es necesario. El objetivo en este nivel de cuidados es disminuir o eliminar las respuestas patológicas y favorecer las saludables.
- **Cuidado de Apoyo.-** algunos pacientes son físicamente capaces de atender por sí mismo a su cuidado personal, pero encuentran dificultad para hacerlo debido a la falta de conocimientos o de motivación.

Dimensiones de la calidad de atención

Como no existe una definición única de la calidad; tomaremos las referencias de Donabedian, que según el propósito de nuestra investigación son las más acertadas y guardan una cierta concordancia la cual comprende las siguientes dimensiones:

- **Dimensión Técnica:** Es la aplicación de la ciencia, las habilidades y prácticas en el profesional de salud. Se ha tratado desde los mismos comienzos de la medicina siempre en búsqueda de las mejores acciones y procedimientos seguros y comprobados a realizar sobre el paciente en la balanza calidad-ética, riesgo-beneficio, principios que inspiraron trabajos como los de **Nightingale** cuando consiguió disminuir las tasas de mortalidad de los pacientes

hospitalizados, durante la guerra de Crimea o como el del análisis de la efectividad de las intervenciones quirúrgicas que era el interés fundamental de Codman a principios de siglo.

Donavedian Avedis (1980) manifiesta que la dimensión técnica, es la aplicación de la ciencia y tecnología de la medicina y de las otras ciencias de la salud, en el manejo de un problema personal de salud, lo que implica la ejecución de todos los procedimientos y tratamientos con destreza.

Es decir hace referencia al conjunto de elementos que forman parte del proceso de prestación de servicios; sus características básicas son:

- Efectividad, que es el logro de los mejores resultados (efectos).
- Eficacia, es la aplicación correcta de las normas de la prestación del servicio.
- Eficiencia, uso adecuado de recursos para obtener el resultado esperado.
- Continuidad, prestación interrumpida del servicio, sin paralización.
- Seguridad, con los menores riesgos posibles.
- Integridad, el usuario recibe la atención que su caso requiere.
- Ética, de acuerdo con los valores aceptados por la sociedad y los principios éticos.
- Deontológico, que originan la conducta de los profesionales de la salud.

La historia de la formación de las enfermeras desde sus inicios está relacionada con la historia de los hospitales, comunidades religiosas y conflictos armados. La formación profesional viene desde el siglo XIX con Florence Nightingale, considerada como la primera enfermera y fundadora del sistema moderno de educación en enfermería dirigida a mujeres con vocación, donde la educación que se brindaba era al aprendizaje de técnicas, principios de asepsia y antisepsia. Las escuelas estaban dentro de los hospitales principalmente dirigidas a personas que cuidaban personas en el hogar, aquellas que prestaban asistencia materno - infantil. Pero esto cambiaría cuando se fundó la de Connecticut (Universidad de Yale) ya la profesión tendría rango universitario por primera vez.

En América Latina, la creación de una Escuela de Enfermería se remonta al siglo XIX, en Argentina, Cuba y México, creadas en caso de desastres, la enseñanza era dada a través de conferencias realizada por los médicos, pudiendo estudiarla sin tener alguna preparación pero posteriormente si sería un requisito indispensable tener estudios básicos para su admisión al igual que la entrevista.

Conjuntamente la evolución del concepto sobre salud, enfermedad y de práctica de enfermería ha influenciado en la formación, ya que el concepto de salud al principio no aparecía como objeto de estudio, era la enfermedad que se vinculaba a la muerte, generando que la práctica de la enfermera se circunscriba al tratamiento y al cuidado del enfermo.

Según Maricel Manfredy asesora de la Educación en Enfermería de la Organización Panamericana de la Salud, sostiene que la formación de la enfermera ha pasado por cuatro etapas:

En esta primera etapa conocida como "etapa domestica de la enfermería" se otorga a la mujer, debido a que se le había delegado la función de cuidar el hogar y de sus miembros más indefensos o enfermos. En este periodo los cuidados están centrados en el mantenimiento de la vida, frente a las difíciles condiciones del entorno.

La esta etapa vocacional se asocia con el nacimiento de la religión cristiana: el enfermo, es el ser que sufre malestares en su cuerpo, es un ser elegido por Dios y, nos preguntamos quien lo cuida, la mujer quien manifiesta su amor a Dios consagrándose a él y al cuidado de las personas enfermas. En esta época, los conocimientos teóricos eran casi inexistentes y los procedimientos eran aplicados en forma muy rudimentaria. Pero lo más importante es la actitud que se muestra, centrada en la caridad, la sumisión, el fervor religioso y sobre todo la obediencia.

En la Etapa Técnica de la enfermería engloba el Mundo Contemporáneo entre los siglos XIX y XX, haciendo especial hincapié en la nueva concepción de la enfermería y en el inicio de la profesionalización del cuidado. La salud ya no se entiende como una gracia de Dios, sino como el fruto de la lucha contra la enfermedad. El gran desarrollo científico y tecnológico de este periodo propicio la aparición de un personal que asumirá algunas de las tareas que hasta entonces solo la realizaban los médicos. Por otro lado se da

la separación de los poderes religioso y político, así es como se inicia la profesionalización.

Por último la Etapa Profesional, aborda cómo se ha desarrollado y consolidado la profesionalización de los cuidados, centrándose posteriormente en el campo de actuación y en la disciplina enfermera en el momento actual. Desde que en 1905 Miss Mand e Cáster y Miss Opper reprodujeron en el Perú, la formación de enfermería Modelo Nightingale, en la Escuela Mixta de enfermeros, con la modalidad de internado, hoy Escuela Nacional Arzobispo Loayza, con la formación básica para los cuidados necesarios para los enfermos.

En 1958 se inicia la formación universitario dándose en la Universidad de Huamanga con el objetivo de un sustento científico, tecnológico y con un desarrollo ético altamente comprometido con el desarrollo humanístico, con la aplicación de método científico el proceso de atención de enfermería (PAE) herramienta vital de trabajo.

Luego se apertura en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (1965) dando un carácter multidimensional, luego con el avance de la tecnología, surgen mayores elementos conceptuales y bases científicas que válida la atención de enfermería, de igual surge la necesidad de establecer parámetros para estandarizar los cuidados de enfermería, refiriéndose a los protocolos de enfermería como elemento de medición y dirección en todas las áreas clínicas.

Esto obligo a las escuelas de enfermería a afiliarse a las universidades para sistematizar la educación, utilizando la

planificación curricular acorde a las necesidades de la población.

En las últimas dos décadas, la investigación de post-grado se ha dado en las universidades del país esencial para una profesión en desarrollo requiere de la producción de nuevos conocimientos en el campo y para contribuir transformación de la práctica.

- **Dimensión Interpersonal:** Es relativamente común encontrar mención a la satisfacción de los pacientes en el planteamiento de los objetivos asistenciales de los servicios clínicos. La calidad percibida, que en nuestro medio inició su andadura con la práctica de encuestas de opinión a los pacientes ingresados en los hospitales, en la actualidad se considera más adecuado valorar el diferencial entre las expectativas y las percepciones de los pacientes atendidos, para identificar oportunidades de mejora de la calidad percibida ⁽²⁶⁾

La dimensión interpersonal, Es respetar al paciente como ser humano integral para lograr la satisfacción plena. Este aspecto de la calidad pone de manifiesto la habilidad para establecer relaciones interpersonales positivas y la actitud de los prestadores de servicios. Para su evaluación influye: La presentación del personal de enfermería, el establecimiento de una relación empática que refleje interés por ayudar al paciente a recuperar la salud; la amabilidad y la prontitud con que se le otorgue el servicio. Se recomienda el método de encuesta de opinión para conocer el grado de satisfacción de los usuarios con el servicio, mediante el cual el paciente puede externar su punto de vista. Las normas

que rigen el manejo del proceso interpersonal surgen de los valores, principios y reglas éticas que gobiernan las relaciones entre las personas en general y entre los profesionales de la salud y sus pacientes en particular.

La calidad de la atención interpersonal de enfermería para Peplau lo define como un proceso terapéutico e interpersonal que funciona en forma coordinada con otros procesos humanos que hacen posible la salud para el individuo, la familia y la comunidad, por lo que podemos definir la calidad de la atención interpersonal de enfermería como: La relación de respeto y comunicación que se establece entre enfermera y paciente para lograr su satisfacción.

La calidad de la atención interpersonal de enfermería debe incluir: Atención oportuna que se define como brindar atención al paciente en el momento que lo solicite, y de conformidad con su tratamiento. El trato amable que es establecer una relación de empatía con el paciente. La satisfacción del paciente se ha definido como la percepción que tiene éste de la atención que recibe

La calidez: Ser buenos profesionales de enfermería, no es poseer muchos conocimientos teóricos sobre las funciones de nuestra competencia; sino es conocer la esencia de la profesión, el fenómeno de la comunicación, el impacto de la enfermedad en la vida de la persona, tanto a nivel cognitivo como conductual, que debe ser consciente de las implicancias psicológicas, de las reacciones más frecuentes y específicas de cada enfermedad, de los problemas éticos asociados a muchas situaciones y de sus consecuencias

legales, sociales y morales durante los cuidados al paciente. El profesional de enfermería competente debe poseer actitud de empatía, amabilidad, respeto por la persona humana (atención de sus necesidades afectivos), paciencia y buena comunicación de acuerdo a la capacidad de comprensión del paciente hospitalizado, quien tiene muchas necesidades psicológicas (siente disminuir sus fuerzas y sus facultades), experimentando sentimientos de inferioridad y necesidades emocionales, se siente solo e inseguro. Estos problemas son exacerbados a menudo por quienes lo rodean. La experiencia clínica demuestra que la enfermera puede disminuir muchas de estas necesidades. No obstante para fomentar una sensación de utilidad y bienestar en los pacientes hospitalizados, las enfermeras deben tratarlos como seres humanos capaces y útiles, a través de la comprensión de sus sentimientos para poder anticipar sus necesidades y efectuar las intervenciones pertinentes, esa comprensión afectiva es una cualidad esencial para el planeamiento eficaz de las actividades adecuadas a las necesidades y capacidades del adulto mayor. Además su cuidado requiere un interés consistente y cariñoso, demostrando tanto en su actitud como palabras, sentirse verdaderamente apreciado levanta el ánimo del paciente y lo motiva a realizar actividades que aumentan su autoestima. Las enfermeras deben procurar comunicar a los pacientes hospitalizados que los creen capaces de llevar a cabo tareas que busquen la satisfacción de sus necesidades, que su compañía vale la pena y que se respetan sus opiniones. La persona enferma es sensible y a veces sufre en silencio cuando se siente dolida, la enfermera atenta y compasiva, se dará cuenta que algo anda mal, tratará de conseguir que

la persona le hable de sus preocupaciones y se mostrará comprensiva de la situación.

Maslow menciona “El individuo debe sentirse valioso como ser humano, es decir autoestimarse, debe sentir también que su familia y los demás con lo que entra en contacto lo consideran una persona digna y con valor”, además se debe dejar que exprese sus necesidades y sentimientos

Oportuna: Cuando los cuidados son brindados cada vez que el paciente lo requiere y de acuerdo a sus necesidades, por ejemplo brindar el tratamiento establecido, realizar los procedimientos en la hora y fecha indicada, dar oportunidad de formular y expresar sus necesidades, del paciente desarrollar acciones educativas en prevención de riesgos en la salud del paciente involucrando a su familia y medio social y mantener los registros de la historia clínica completas, así como los exámenes solicitados.

Cuidados humanizados: Los cuidados son la esencia de enfermería, estos debieran estar constituidos por acciones transpersonales e intersubjetivas para proteger, mejorar y preservar la humanidad ayudando a la persona a hallar un significado a la enfermedad, sufrimiento, dolor y existencia y ayudar a otro a adquirir autocontrol, autoconocimiento y auto-curación. El presente estudio muestra el cuidado humanizado que brindan las enfermeras a los pacientes en el servicio de terapia intensiva. En esta investigación de diseño descriptivo transversal la información se obtuvo por medio de una encuesta, en su modalidad de entrevista no estructurada, ya que esta técnica proporcionó la información requerida para cumplimentar los objetivos del estudio. La

población en estudio estuvo conformada por las enfermeras que trabajan en el Servicio del hospital, durante el tiempo de investigación, correspondiendo a un universo total de 18 enfermeras. Los resultados muestran que el grupo de estudio en general, manifiesta que existe presencia de cuidados humanizados durante la interacción enfermera - paciente. Las categorías con mayor frecuencia son: interés por lo que siente el paciente, disponibilidad para acercarse al mismo e interés por conocer sus preferencias; y trato respetuoso al paciente como individuo, con menor frecuencia son: relación cercana al paciente. Los cuidados humanizados Están presentes en la dimensión apoyo emocional, según opinión de enfermeros dentro de las categorías: procura el bienestar del paciente, y con menor frecuencia ayuda para que el paciente exprese sus miedos y temores mediante la escucha activa y acompañamiento al paciente durante procedimientos médicos

Dimensión Confort: se refiere a las condiciones de comodidad que ofrecemos en el servicio para los usuarios, es el lugar donde se desarrolla la atención, a las comodidades y facilidades que disfruta el paciente en el proceso de atención. Características tales como una consulta agradable con condiciones de privacidad, tiempo de espera breve, eficiencia y rapidez en la admisión, en los laboratorios, entre otros, así como una total accesibilidad al servicio y en especial a los recursos diagnósticos y terapéuticos necesarios, constituyen elementos que influyen de modo importante en la calidad de atención, pues contribuyen en el paciente a crear un clima de satisfacción y tranquilidad, ya que percibe que todo el entorno material y

social que lo rodea está en función de satisfacer sus necesidades.

Cuidar la imagen es importante porque tiene un efecto globalizador para los pacientes y es costoso modificar. Una buena imagen facilita un crédito que perdona o limita (al menos durante algún tiempo) las impresiones, y a veces las experiencias, insatisfactorias de los pacientes. Y a la inversa, una mala imagen contamina tanto las percepciones que ha tenido el paciente tras su paso por el hospital como las expectativas con que pueda afrontar posteriores encuentros. Así pues, la imagen corporativa del hospital/servicio y su análisis deben estar incorporado en las acciones de garantía de calidad que se lleven a cabo ^(37, 38, 39).

Dimensión del Entorno: está referida a las facilidades que la institución dispone para la mejor prestación de los servicios y que generan valor agregado para el usuario a costos razonables y sostenibles: Implica un nivel básico de comodidad, ambientación, limpieza, orden, privacidad y el elemento de confianza que percibe el usuario por el servicio.

Todas las dimensiones anteriores se sustentan en las competencias de los profesionales que prestan el servicio, es decir, en su idoneidad profesional y en sus calidades personales y humanas.

Entendido lo anterior, se hace evidente que una organización de salud que se comprometa con su comunidad a prestar servicios de alta calidad tiene que gestionar todas y cada una de las dimensiones de la calidad

esbozadas y demostrar, mediante indicadores confiables, es decir, válidos y precisos, que la atención brindada a sus usuarios cumple con ser efectiva, oportuna, segura, eficiente, equitativa y centrada en el paciente, y que su equipo humano es competente, tal como se definió.

Madeleine Leininger, considera que lo principal de la asistencia, el conocimiento y la práctica en la enfermería son los cuidados; en ellos incluye las actividades asistenciales, de apoyo o de capacitación dirigidas a una persona o grupo con necesidades evidentes o previsibles. Además, afirma que los cuidados culturalmente congruentes, son los que dejan al paciente convencido de que ha recibido unos “buenos cuidados” y son una poderosa fuerza sanadora para la salud. ⁽²⁷⁾

Florence Nightingale, definía enfermedad, como el camino que utiliza la naturaleza para desembarcarse de los efectos o condiciones, que han interferido en la salud, diciendo que la salud es no solamente estar bien, sino ser capaz de usar bien toda la energía que poseemos. Describió lo que para ella era la función propia de enfermería: poner al paciente en las mejores condiciones, para que la naturaleza actúe sobre él, sólo la naturaleza puede curar. Lo que hacen los cuidados de enfermería, es poner al enfermo en su obra. ⁽¹⁵⁾

Virginia Henderson, define a la enfermería en términos funcionales como: La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo., en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o una muerte tranquila, que esté realizando si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario, y

hacer esto de tal manera que le ayude a ser independiente lo antes posible. ⁽²⁸⁾

Nola Pender. Considera que la percepción que el individuo tiene de su propia capacidad para modificar su salud, puede motivar su deseo de salud. La convicción por parte del individuo de que una conducta es posible pueda influir la realización de dicha conducta. El individuo define lo que para él significa salud, la cual puede ir desde la ausencia de enfermedad hasta un alto nivel de bienestar, puede influir las modificaciones conductuales que este intente realizar. El encontrarse bien o el encontrarse enfermo en un determinado momento puede determinar la probabilidad de que se inicien conductas promotoras de la salud. Los individuos pueden sentirse más inclinados a iniciar o mantener conductas promotoras de la salud cuando consideran que los beneficios de dichas conductas son altos. ⁽²⁹⁾

Peplau. Nos dice que la calidad del cuidado de Enfermería está orientada a satisfacer las necesidades en forma integral en el ser humano, según una perspectiva centrada en la relación interpersonal. La interacción enfermera- paciente se trata de una relación humana entre una persona (enferma o una persona que tiene necesidad de ayuda) y nuestro fin es reconocer sus necesidades de ayuda y responderle a éstas mediante la utilización de sus conocimientos y de sí misma, siendo uno de los aspectos más sensibles del cuidado y suele ser determinante en la percepción positiva o negativa de la atención de enfermería. ⁽³⁰⁾

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- **Nivel de Satisfacción:** Es la expresión de bienestar referido por el paciente adulto mayor, respecto al cuidado que le brindó las enfermeras, en el centro Geriátrico durante, son categorizados en nivel de satisfacción alto, nivel de satisfacción medio y nivel de satisfacción bajo.
- **Satisfacción:** Es la expresión de bienestar o complacencia referido por el paciente, respecto a la percepción del cuidado brindado la enfermera.
- **Paciente Adulto Mayor:** Toda persona varón o mujer de 60 años a más, que por situaciones de alteraciones, desequilibrio o pérdida de la salud, se encuentre hospitalizado, en las sedes de práctica de los estudiantes del VIII ciclo de enfermería.
- **Cuidado:** Clasificación de intervenciones de enfermería definida, como la limitación de las complicaciones en un paciente que ha experimentado recientemente un episodio de desequilibrio entre el aporte y la demanda de oxígeno del miocardio.
- **Cuidado de Enfermería:** Es el conjunto de acciones basadas en conocimientos científicos y principios bióticos que brinda la enfermera(o), que temporal o indefinidamente lo requiere el adulto mayor para satisfacer sus necesidades y expectativas.
- **Cuidado Humano:** El cuidado humano de Enfermería es comprender al ser humano como persona, con trato amable y cordial, interés por sus necesidades afectivas, comprensión y fortalecimiento de su autoestima. Cuidar con amor lo que implica llegar a la esencia de la interacción y empatía con el otro de forma recíproca, auténtica e intencional.

- **Calidad:** En el sentido de “hacer las cosas bien, o lo mejor posible” no es nuevo; sin embargo la filosofía que preside la obtención de la calidad, no se basa en la premisa de la simple mejora de los productos o servicios que ofrecemos, sino en la adecuación de éstos a las necesidades del paciente.
- **Atención:** Es un conjunto de propiedades inherentes a un objeto que le confieren capacidad para satisfacer necesidades implícitas o explícitas. La calidad de un producto o servicio es la percepción que el usuario tiene del mismo.
- **Enfermera:** Es un profesional que ha terminado los estudios básicos de enfermería y que está capacitada y autorizada para asumir en su país y en otros la responsabilidad de los servicios de enfermería que exigen el fomento de la salud, la prevención de la enfermedad y la prestación de asistencia a los enfermos.
- **Enfermería:** Es el conjunto de actividades profesionales con un cuerpo de conocimientos científicos propios, desarrollados dentro de un marco conceptual destinados a promover la adquisición, mantenimiento o restauración de un estado de salud óptimo que permita la satisfacción de las necesidades básicas del individuo o de la sociedad.

2.4. HIPÓTESIS

H^a = El nivel de satisfacción de los pacientes sobre la calidad del cuidado que le brindan las enfermeras, es de nivel medio.

H^0 = El nivel de satisfacción de los pacientes sobre la calidad del cuidado que le brindan las enfermeras, es de nivel bajo

2.5. VARIABLE

Es univariable

Nivel de satisfacción de los pacientes sobre la calidad del cuidado que brindan las enfermeras.

2.5.1. Definición conceptual de la variable

El Nivel de satisfacción es la expresión de bienestar o complacencia referido por el paciente, respecto al cuidado que le brindan las enfermeras.

2.5.2. Definición operacional de la variable

Todo paciente evalúa mediante los sentidos la calidad del cuidado que la enfermera presta en su atención con la finalidad de mejorar la condición del paciente, expresada en la satisfacción del paciente.

2.5.3. Operacionalización de la variable

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES
Nivel de Satisfacción del Paciente	Cuidado integral	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Físico. ▪ Social. ▪ Espiritual.
	Cuidado oportuna	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Valoración del paciente; ▪ Identificación precoz de problemas ▪ Identificar las posibles soluciones; ▪ Orienta a los cambios ▪ Atención inmediata al llamado de auxilio
	Cuidado seguro	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuidados libres de riesgo ▪ Evitar daños físicos, psicológicos, sociales o morales. ▪ Cuidados de fiabilidad, rapidez, competencia, cortesía, credibilidad, seguridad, accesibilidad, oportunidad, comunicación y conocimiento de la situación del paciente ▪ Seguridad del paciente implica responsabilidad legal y moral ▪ Práctica de la profesión de forma competente y segura (sin negligencia y mala praxis), ▪ Educación y asegurar su comprensión.

CAPITULO III METODOLOGIA

3.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio de investigación fue

De enfoque cuantitativo, Hernández Sampieri refiere que los trabajos cuantitativos utilizan estadística para presentar los resultados.

De nivel descriptivo, La investigación descriptiva son aquellos que estudian situaciones que ocurren en condiciones naturales, más que aquellos que se basan en situaciones experimentales. Son diseñados para describir la distribución de variables, sin considerar hipótesis causales o de otro tipo.

De corte transversal, Hernández Sampieri refiere que los diseños de investigación transversal recolectan datos en un solo momento y en un tiempo único.

3.2. Descripción del ámbito de la investigación

El presente trabajo de investigación se realizó en el centro Geriátrico “señor de los Milagros”, en este centro se encuentran 90 pacientes, Ubicado en la Calle Micaela bastidas 123 asociación san Carlos alto, (frente al colegio Marcelino Champag) a dos cuadras de carretera central en el distrito de San Juan de Lurigancho.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.3.1. Población

La población del presente trabajo estuvo conformado por los 90 pacientes Geriátricos.

3.3.2. Muestra

La muestra con la cual se trabajó estuvo conformada por la totalidad de la población 90 pacientes

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Se utilizó como técnica la entrevista y como instrumento un cuestionario para medir el nivel de satisfacción del paciente sobre la calidad de atención que brindan las enfermeras. Se aplicó la escala de liker modificada.

NIVEL DE SATISFACCION	Nº DE ITEMS
DIMENSIÓN: INTEGRAL	1 al 6
DIMENSIÓN: OPORTUNO	7 al 15
DIMENSIÓN: SEGURA	16 al 21

3.5. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

La validez del instrumento se dio a través de los jueces expertos, donde participaron 7 profesionales, esto permitió hacer los reajustes necesarios al instrumento; para luego realizar una prueba piloto para la validez del instrumento el mismo que será de carácter anónimo cuidando así la individualidad y privacidad de los paciente/usuario participantes, al cual se le aplico la prueba estadística Alfa de Crombasch.

3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

Para la recolección de los datos se pedio la autorización al director del centro geriátrico, así mismo a fin de obtener las facilidades necesarias

para la recolección de información. Una vez recolectado los datos se elaboró el cuadro de códigos y puntajes con el paquete estadístico SPSS 19 a fin de procesar los datos, para luego presentarlo en tablas y gráficos estadísticos con ayuda del programa Excel.

CAPITULO IV RESULTADOS

Después de recolectados los datos, fueron procesados con el programa SPSS 19 y en forma manual con el programa Excel de tal forma, que se presenta en cuadros estadísticos para facilitar su análisis e interpretación.

Se presenta la tabla del perfil de los pacientes del centro geriátrico. Así mismo los gráficos de acuerdo a los objetivos trazados en la investigación. El análisis de los resultados se realizó en base a los 90 pacientes.

Tabla 1

Perfil de los pacientes del centro Geriátrico Señor de los Milagros del distrito de San Juan de Lurigancho. 2013

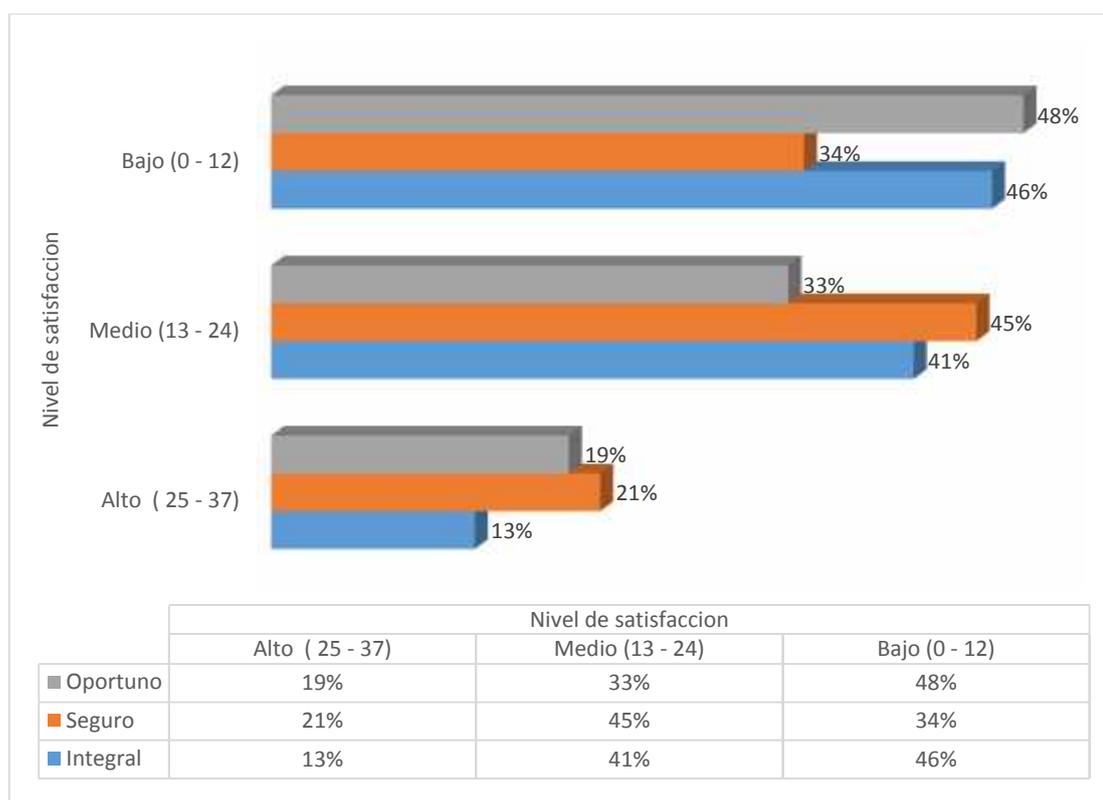
Perfil	Pacientes del geriátrico	
	f	%
Edad		
65 a 70	42	47%
71 a 76	36	40%
77 a 82	12	13%
Total	90	100%
Estado Civil		
Soltero	16	18%
Viudo	44	49%
Conviviente	30	33%
Total	90	100%
Grado de Instrucción		
Primaria	33	37%
Secundaria	48	53%
Superior tec.	9	10%
Total	90	100%
Enfermedad actual		
Diabetes	38	42%
Hipertensión	27	30%
otras	25	28%
Total	90	100%

Fuente: Encuesta a pacientes del centro Geriátrico Señor de los Milagros del distrito de San Juan de Lurigancho. 2013

Del 100% de la población el 47% fluctúan entre las edades de 65 a 70 años, el 49% son viudos, el 53% solo tienen estudios de secundaria, el 42% tienen diabetes.

Gráfico 1

Nivel de satisfacción de los pacientes sobre la calidad del cuidado que brindan las enfermeras en el centro Geriátrico Señor de los Milagros del distrito de San Juan de Lurigancho. 2013

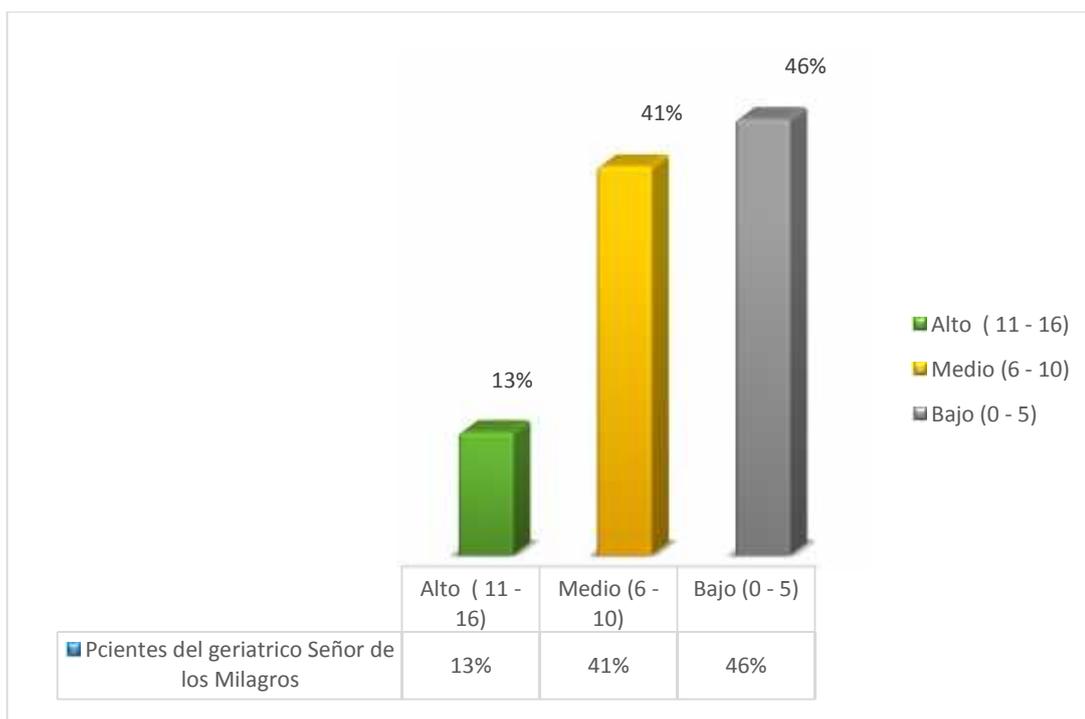


Fuente: Encuesta a pacientes del centro Geriátrico Señor de los Milagros del distrito de San Juan de Lurigancho. 2013

El Nivel de satisfacción de los pacientes sobre la calidad del cuidado que brindan las enfermeras en el cuidado integral es bajo con el 46%, en el cuidado seguro es Medio con el 45%, en el cuidado oportuno es bajo con el 48% en el centro Geriátrico Señor de los Milagros del distrito de San Juan de Lurigancho. 2013

Grafico 2

Nivel de satisfacción de los pacientes sobre la calidad del cuidado integral que brindan las enfermeras en el centro Geriátrico Señor de los Milagros del distrito de San Juan de Lurigancho. 2013

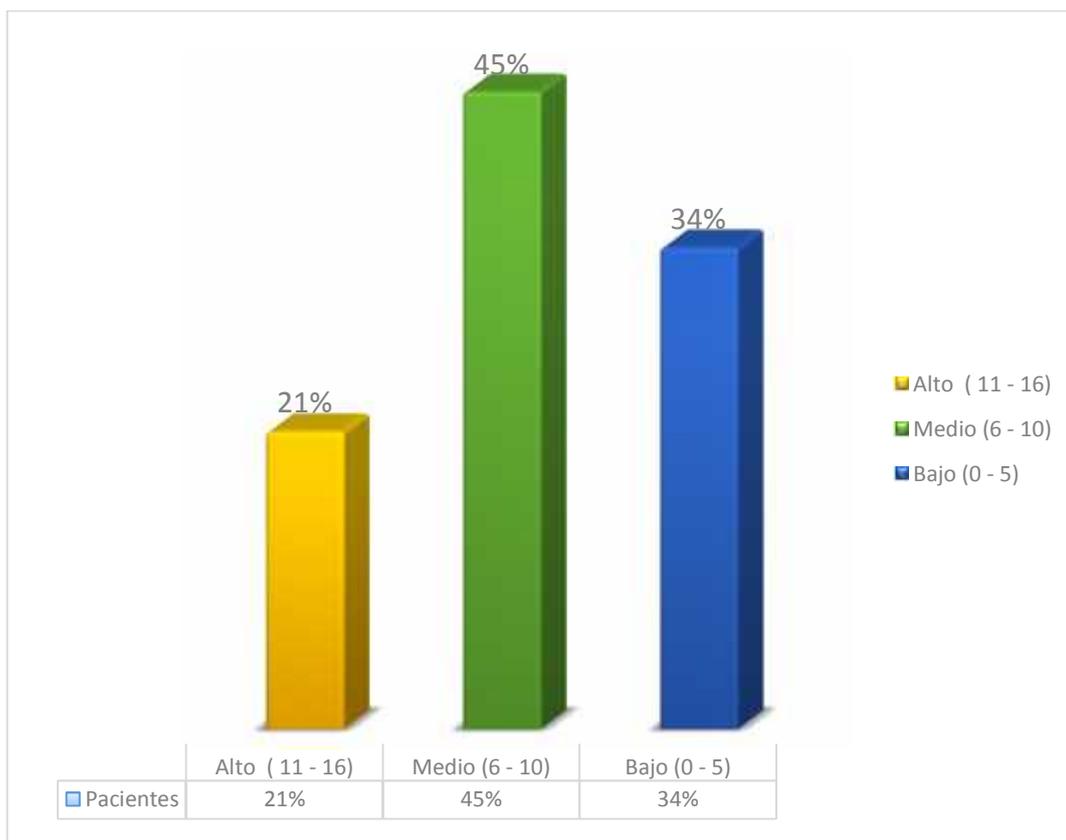


Fuente: Encuesta a pacientes del centro Geriátrico Señor de los Milagros del distrito de San Juan de Lurigancho. 2013

El Nivel de satisfacción de los pacientes sobre la calidad del cuidado integral que brindan las enfermeras es baja con el 46%, medio con el 41% y alto con un 13% en el centro Geriátrico Señor de los Milagros del distrito de San Juan de Lurigancho. 2013

Grafico 3

Nivel de satisfacción de los pacientes sobre la calidad del cuidado oportuno que brindan las enfermeras en el centro Geriátrico Señor de los Milagros del distrito de San Juan de Lurigancho. 2013

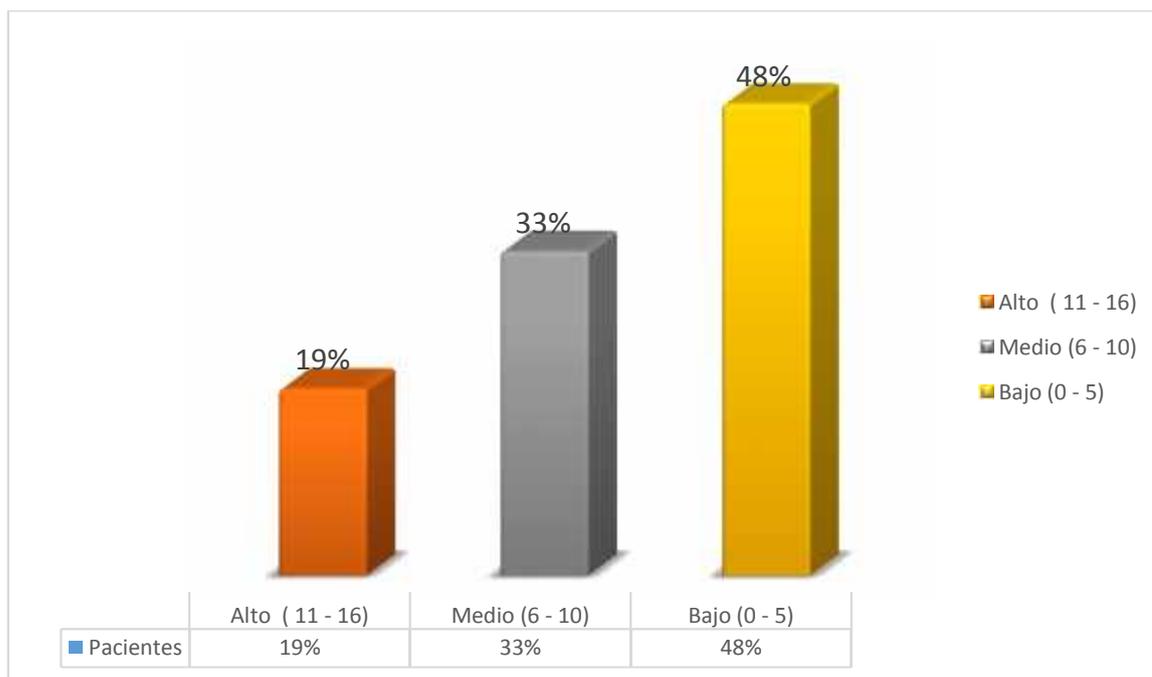


Fuente: Encuesta a pacientes del centro Geriátrico Señor de los Milagros del distrito de San Juan de Lurigancho. 2013

El Nivel de satisfacción de los pacientes sobre la calidad del cuidado oportuno que brindan las enfermeras es medio con el 45%, bajo con el 34% y alto con el 21% en el centro Geriátrico Señor de los Milagros del distrito de San Juan de Lurigancho. 2013

Grafico 4

Nivel de satisfacción de los pacientes sobre la calidad del cuidado seguro que brindan las enfermeras en el centro Geriátrico Señor de los Milagros del distrito de San Juan de Lurigancho. 2013



Fuente: Encuesta a pacientes del centro Geriátrico Señor de los Milagros del distrito de San Juan de Lurigancho. 2013

El Nivel de satisfacción de los pacientes sobre la calidad del cuidado seguro que brindan las enfermeras es bajo con el 48%, medio con el 33%, alto con el 19% en el centro Geriátrico Señor de los Milagros del distrito de San Juan de Lurigancho. 2013

CAPITULO V DISCUSIÓN

La discusión de los resultados del presente trabajo de investigación se basa en las teorías presentadas en los antecedentes, marco teórico y del proceso exploratorio realizado en esta investigación. En la tesis se analizan tres dimensiones: cuidado integral, cuidado oportuno, cuidado seguro. Relacionado nivel de satisfacción de los pacientes geriátricos sobre calidad del cuidado que brindan las enfermeras en centro Geriátrico 2013.

En los resultados hallados, se ha podido determinar nivel de satisfacción de la dimensión integral, existen un nivel de satisfacción bajo, el 46% de los pacientes que indican que las enfermeras nunca dan instrucciones a los pacientes de manera detallada no hay una buena comunicación entre paciente y enfermera y no tienen paciencia, no les dan tiempo para que los pacientes expresen sus dudas.

Históricamente, las relaciones médico-paciente, enfermera-paciente, han sido entendidas como elementos fundamentales para valorar uno de los resultados finales de la atención médica. El arte de la atención, como tradicionalmente ha sido denominada esta faceta del trabajo de las enfermeras y de los médicos,

fue un elemento importante en el trato del paciente para el logro de un resultado positivo. En este sentido, se ha afirmado repetidas veces que no sólo son relevantes los aspectos de estricto trasfondo fisiopatológico, sino también las circunstancias del cuidado, el trato y la comunicación entre el equipo de salud y los pacientes, aunados a las relaciones con sus familiares son factores significativos en la tarea que cumple todo trabajador de la salud . No debemos olvidar que una de las principales quejas de los pacientes dentro del sector salud de nuestro país, es precisamente sobre la inadecuada calidad de la información que reciben y que el cuidado que se les brinda tiene poco respaldo científico. Los estudios sobre esta temática se engloban bajo un único y común denominador: la satisfacción del paciente. En las últimas décadas se ha producido un notable auge en la aparición de estudios encaminados a promover en los usuarios una sensación de agrado con los servicios recibidos. La motivación de este tipo de estudios es, a nuestro entender, doble. Por un lado, responde a la presión social ejercida por los usuarios en su derecho de opinar sobre el servicio otorgado; por otro, a la evidencia empírica de que la satisfacción del paciente es un indicador del cumplimiento adecuado de los servicios ofrecidos.

Efectivamente, la satisfacción del paciente ha sido considerada tradicionalmente como factor determinante de la futura utilización de los servicios de salud, o bien, consecuencia de la utilización de estos. Podemos afirmar que la visión que se tiene del concepto del paciente sobre los servicios médicos, y su empleo, ha sido estudiada por personas en diversos tipos de intereses. Haciendo un poco de historia, observamos cómo a mitad de la década de los 70 cobra vigor la preocupación por la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud en la Unión Americana; aspecto ligado al surgimiento de los movimientos de usuarios, lo que lleva a considerar la variable satisfacción del paciente como medida última de la calidad que ofrece una unidad de salud, llámese clínica, hospital, geriátrico etc. La conceptualización predominante durante esta década fue la de E. Koos y Avedis Donabedian, para quienes la satisfacción del paciente es ante todo,

“una medida del resultado de la interacción entre los profesionales de la salud y el paciente”. Más recientemente, Cafferata y Roghmann han sugerido que la satisfacción del paciente puede ser mejor entendida como una “entrada” (input) a esa interacción, porque se trata de una variable que predispone al paciente hacia una determinada actitud y condiciona su conducta ante las enfermeras y médicos, principalmente. Para estos autores, la utilización de servicios no determina la satisfacción, aunque esta última sí condiciona la utilización futura de la red de servicios de la institución. La repercusión de la satisfacción del paciente en la calidad de la atención ha sido centro de debate en los espacios educativos y asistenciales; es el más difundido y aceptado el propuesto por Avedis Donabedian en 1966. Para este autor, la satisfacción del paciente en relación con los servicios de salud es un punto nodal para determinar la calidad de la atención médica que se presta. Donabedian entiende la satisfacción del paciente, “como una medida de eficacia e incluso de control objetivo de la calidad de los servicios de salud

Aunque han transcurrido más de 40 años desde que por primera vez Donabedian hablara de la satisfacción de los pacientes, este concepto sigue vigente. Hoy en día se sigue entendiendo la satisfacción del paciente como medida de garantía de calidad tanto como resultado de la asistencia puntual que prestan la enfermera y el médico, principalmente. Sin embargo, desde nuestra óptica, más que un aspecto objetivo de esa calidad, cabría mejor hablar de “calidad sentida por los pacientes”, o, en otros términos, de los aspectos subjetivos de la calidad de la atención. La satisfacción es una de las principales razones del interés por conocer el grado de satisfacción de los pacientes estriba en el hecho empírico, repetidas veces comprobado, de que es más probable que un paciente satisfecho cumpla con las recomendaciones de enfermería.

CONCLUSIONES

1. Del total de la población más de la mitad fluctúan entre las edades de 65 a 70 años, son viudos, solo tienen estudios de secundaria, y tienen diabetes.
2. El Nivel de satisfacción de los pacientes sobre la calidad del cuidado que brindan las enfermeras en el cuidado integral es bajo, en el cuidado seguro es Medio, en el cuidado oportuno es bajo en el centro Geriátrico Señor de los Milagros del distrito de San Juan de Lurigancho. 2013
3. El Nivel de satisfacción de los pacientes sobre la calidad del cuidado integral que brindan las enfermeras es baja con tendencia a medio en el centro Geriátrico Señor de los Milagros del distrito de San Juan de Lurigancho. 2013
4. El Nivel de satisfacción de los pacientes sobre la calidad del cuidado oportuno que brindan las enfermeras es medio en el centro Geriátrico Señor de los Milagros del distrito de San Juan de Lurigancho. 2013
5. El Nivel de satisfacción de los pacientes sobre la calidad del cuidado seguro que brindan las enfermeras es bajo en el centro Geriátrico Señor de los Milagros del distrito de San Juan de Lurigancho. 2013
6. El éxito de nuestra profesión no solo eleva nuestro estatus profesional, sino que abre nuevas perspectivas al desarrollo, nuestro compromiso es el único que puede conducirnos al lugar que nos merecemos en la sociedad, y ello va depender de cada profesional.

RECOMENDACIONES

1. A las autoridades y profesionales de enfermería implementar talleres, capacitaciones permanentes donde permita desarrollar habilidades y destrezas en el cuidado integral (Holístico) del paciente geriátrico.
2. Realizar trabajos de investigación de mayor complejidad debido a que esta área ha sido poca abordada en la actividad.
3. Sensibilizar a las enfermeras sobre la importancia de la calidad de los cuidados para un cambio progresivo de actitud con los usuarios.
4. Se recomienda a los profesionales de enfermería dar tiempo a cada paciente, respetar los horarios del tratamiento y aplicar la bioseguridad para proteger a los pacientes y para uno mismo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. DU GAS. Tratado de Enfermería Práctica. 4ta ed. Edit. Mc. Graw Hill. México. 2000. Página 13
2. KOZIER. Fundamentos de Enfermería. 5º ed. Edit. Mc. Graw Hill. México. 1999. Página 14
3. KOZIER. Fundamentos de Enfermería. 5º ed. Edit. Mc. Graw Hill. México. 1999. Página 14
4. REJUZGO Artezano, Anika realizo la investigación “Nivel de satisfacción del paciente adulto mayor respecto a los cuidados que recibe de las enfermeras (os) en el Servicio de Geriátría del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen”. Realizado en Perú, 2002.pag 17.
5. GUEVARA Chuquillanqui, Angélica realizo la investigación “Calidad de la Interrelación Enfermera – Paciente según la teoría de PEPLAU en los servicios de Hospital Nacional Dos de Mayo 2004”pagina 18.
6. CARDOZO Castillo, Israel realizo la investigación “Participación del profesional de enfermería en la satisfacción de las necesidades emocionales y espirituales del enfermo con sida hospitalizado en la Unidad Clínica de Medicina del Hospital Central de Maracay”. Venezuela 2005. Página 19
7. GALEANO, Humberto y colab, realizo la investigación “Nivel de satisfacción con la atención de enfermería en el Hospital Pediátrico Juan Pablo II. Realizado en Argentina, 2006. Página 20.
8. GALEANO, Humberto y colab, realizo la investigación “Nivel de satisfacción con la atención de enfermería en el Hospital Pediátrico Juan Pablo II. Realizado en Argentina, 2006.página 22
9. LEININGER (1978) afirma que el cuidado se refiere a aquellos actos facilitadores de asistencia o soporte que vayan dirigidos a otro ser humano o grupo con necesidades reales o potenciales, con el fin de mejorar o aliviar las condiciones de vida humana. Página 23
10. WATSON (1979) describe el Cuidado de Enfermería como: “un proceso interpersonal que involucra preocupación y el deseo de ayudar a la otra

- persona a lograr bienestar mental, físico, sociocultural y espiritual”. Página 23
11. OREM (1985), ella establece que el cuidado es necesario para el mantenimiento de la vida, vinculando el resultado de una acción deliberada a través de la cual la enfermera suministra un “servicio de ayuda”, página 23
 12. HACHSPIEL (1998), enuncia que el cuidado de enfermería es el cuidado de la vida humana página 24.
 13. VIRGINIA HENDERSON, define que la enfermera asiste a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud, Identifica 14 necesidades humanas básicas que componen “los cuidados enfermeros”. Página 24
 14. MASLOW, las 7 necesidades primeras están relacionadas con la Fisiología, de la 8ª a la 9ª relacionadas con la seguridad, la 10ª relacionada con la propia estima, la 11ª relacionada con la pertenencia y desde la 12ª a la 14ª relacionadas con la auto-actualización página 24., 30.
 15. CALIGIORE CORRALES, Iván y Díaz Sosa, Javier; Satisfacción del Usuario del Área de Hospitalización de un Hospital de Tercer Nivel; Caracas, Venezuela, 1999. Buscador Google. Satisfacción del Usuario página 25
 16. MORALES TORRES, Modesta; Calidad de Atención desde la Perspectiva del Paciente; España, 2004, En Tesis; Universidad Autónoma de Nuevo León. Buscador Google. Calidad de la Atención página 26
 17. TATANO CHERYL, “una primera conversación son: estímulo, tacto, compartir, paciencia, presencia, apoyo, escuchar, reafirmar, y consecuencias”. Página 27
 18. FLORENCE NIGHTINGALE. “Los principales componentes del cuidado que hacen posible alcanzar los objetivos son: carácter tangible, fiabilidad, rapidez, competencia, cortesía, credibilidad, seguridad, accesibilidad, oportunidad, comunicación y conocimiento de la situación del paciente”. Página 29

19. CALIGIORE CORRALES, Iván y Díaz Sosa, Javier; Satisfacción del Usuario del Área de Hospitalización de un Hospital de Tercer Nivel; Caracas, Venezuela, 1999. Pág. 1, 3. Buscador Google. Satisfacción del Usuario. Página 30

ANEXOS

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO: “Nivel de satisfacción de los pacientes sobre la calidad del cuidado que brindan las enfermeras en el Centro Geriátrico, Señor de los Milagros en el Distrito de San Juan de Lurigancho. 2013”

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLE
<p>Problema general ¿Cuál es el Nivel de satisfacción de los pacientes sobre la calidad del cuidado que brindan las enfermeras en el centro Geriátrico Señor de los Milagros del distrito de San Juan de Lurigancho. 2013?</p> <p>Problemas específicos ¿Cuál es el Nivel de satisfacción de los pacientes sobre la calidad del cuidado integral que brindan las enfermeras en el centro Geriátrico Señor de los Milagros del distrito de San Juan de Lurigancho. 2013?</p> <p>¿Cuál es el Nivel de satisfacción de los pacientes sobre la calidad del cuidado oportuno que brindan las enfermeras en el centro Geriátrico Señor de los Milagros del distrito de San Juan de Lurigancho. 2013?</p> <p>¿Cuál es el Nivel de satisfacción de los pacientes sobre la calidad del cuidado seguro que brindan las enfermeras en el centro Geriátrico Señor de los Milagros del distrito de San Juan de Lurigancho. 2013?</p>	<p>Objetivo general Determinar el Nivel de satisfacción de los pacientes sobre la calidad del cuidado que brindan las enfermeras en el centro Geriátrico Señor de los Milagros del distrito de San Juan de Lurigancho. 2013</p> <p>Objetivos específicos Identificar el Nivel de satisfacción de los pacientes sobre la calidad del cuidado integral que brindan las enfermeras en el centro Geriátrico Señor de los Milagros del distrito de San Juan de Lurigancho. 2013</p> <p>Identificar es el Nivel de satisfacción de los pacientes sobre la calidad del cuidado oportuno que brindan las enfermeras en el centro Geriátrico Señor de los Milagros del distrito de San Juan de Lurigancho. 2013</p> <p>Identificar es el Nivel de satisfacción de los pacientes sobre la calidad del cuidado seguro que brindan las enfermeras en el centro Geriátrico Señor de los Milagros del distrito de San Juan de Lurigancho. 2013</p>	<p>H₁ = El nivel de satisfacción de los pacientes sobre la calidad del cuidado que le brindan las enfermeras, es de nivel medio.</p> <p>H₀ = El nivel de satisfacción de los pacientes sobre la calidad del cuidado que le brindan las enfermeras, es de nivel bajo</p>	<p>Variable independiente = Calidad del cuidado que brindan las enfermeras.</p> <p>Variable dependiente = Nivel de satisfacción del paciente</p>

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES
Calidad del cuidado que brindan las enfermeras	<p style="text-align: center;">Dimensión técnico</p> <p style="text-align: center;">Dimensión Interpersonal</p> <p style="text-align: center;">Dimensión del entorno</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Efectividad ▪ Eficacia ▪ Eficiencia ▪ Continuidad ▪ Seguridad ▪ Integralidad ▪ Respeto ▪ Oportuno ▪ Amabilidad ▪ Ética ▪ Confianza ▪ Comodidad ▪ Ambientación ▪ Limpieza ▪ Orden ▪ Privacidad
Nivel de Satisfacción del Paciente	<p style="text-align: center;">Cuidado integral</p> <p style="text-align: center;">Cuidado oportuna</p> <p style="text-align: center;">Cuidado seguro</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Físico. ▪ Social. ▪ Espiritual. ▪ Valoración del paciente; ▪ Identificación precoz de problemas ▪ Identificar las posibles soluciones; ▪ Orienta a los cambios ▪ Atención inmediata al llamado de auxilio ▪ Cuidados libres de riesgo ▪ Evitar daños físicos, psicológicos, sociales o morales. ▪ Cuidados de fiabilidad, rapidez, competencia, cortesía, credibilidad, seguridad, accesibilidad, oportunidad, comunicación y conocimiento de la situación del paciente ▪ Seguridad del paciente implica responsabilidad legal y moral ▪ Práctica de la profesión de forma competente y segura (sin negligencia y mala praxis), ▪ Educación y asegurar su comprensión.

TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN	POBLACIÓN Y MUESTRA	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO
<p>El presente estudio de investigación fue de enfoque cuantitativo, Hernández sampieri refiere que los trabajos cuantitativos utilizan estadística para presentar los resultados. De nivel aplicativo, Bungue Mario refiere que este tipo de estudios permiten solucionar problemas, controlar situaciones, de diseño descriptivo, La investigación descriptiva son aquellos que estudian situaciones que ocurren en condiciones naturales, más que aquellos que se basan en situaciones experimentales. Son diseñados para describir la distribución de variables, sin considerar hipótesis causales o de otro tipo. De ellos se derivan frecuentemente eventuales hipótesis de trabajo susceptibles de ser verificadas en una fase posterior y de corte transversal, Hernández sampieri refiere que los diseños de investigación transversal recolectan datos en un solo momento y en un tiempo único.</p>	<p>Población La población del presente trabajo estuvo conformado por los 90 pacientes Geriátricos.</p> <p>Muestra La muestra con la cual se trabajó estuvo conformada por la totalidad de la población 90 pacientes</p>	<p>Se utilizó como técnica la entrevista y como instrumento un cuestionario para medir el nivel de satisfacción del paciente sobre la calidad de atención que brindan las enfermeras. Se aplicó la escala de liker modificada</p>	<p>La validez del instrumento se dio a través de los jueces expertos, donde participaron 7 profesionales, esto permitió hacer los reajustes necesarios al instrumento; para luego realizar una prueba piloto para la validez del instrumento el mismo que será de carácter anónimo cuidando así la individualidad y privacidad de los paciente/usuario participantes, al cual se le aplico la prueba estadística Alfa de Crombasch.</p> <p>Para la recolección de los datos se pedio la autorización al director del centro geriátrico, así mismo a fin de obtener las facilidades necesarias para la recolección de información. Una vez recolectado los datos se elaboró el cuadro de códigos y puntajes con el paquete estadístico SPSS 19 a fin de procesar los datos, para luego presentarlo en tablas y gráficos estadísticos con ayuda del programa Excel.</p>

ANEXO 2 INSTRUMENTO

Introducción

Estimado adulto mayor, el presente cuestionario tiene por finalidad realizar la recolección de las teorías de enfermería el Nivel de Satisfacción sobre Calidad del Cuidado de pacientes, le pido por favor que marque la respuesta que usted crea conveniente es de carácter anónimo.

Instrucciones

Marque con un aspa (x) la respuesta que considere correcta, en cada ítem.

Datos generales

Edad:

Sexo:

DE ACUERDO	3
DESACUERDO	2
MUY DESACUERDO	1

N°	ITEMS	1	2	3
DIMENSION INTEGRAL				
1	Al ingresar a su habitación la enfermera la saluda cordialmente y la llama por su nombre, está usted.			
2	Con el trato que le brindan las enfermeras, está usted.			
3	Con el tono de voz que utiliza, la enfermera para tratarla está usted			
4	Con la comunicación no verbal (un abrazo o una palmada en la espalda) que le brindo la enfermera está usted.			
5	Con la oportunidad que le dio las enfermeras para expresar sus sentimientos, está usted.			
6	Con respecto a sus creencias religiosa las enfermeras le muestran respeto, está usted.			

DIMENSION OPORTUNA			
7	Con la amabilidad que le brinda las enfermeras, está usted		
8	Con el interés que mostro la enfermera por incorporar a su familia en su cuidado, está usted.		
9	La información que le brinda la enfermera acerca de su estado de salud, está usted.		
10	La enfermera debe enfatizar la higiene antes y después de su tratamiento, está usted.		
11	Con la atención inmediata de la enfermera al llamado auxilio, está usted		
12.	Con el interés que mostro la enfermera para escuchar sus problemas de salud, está usted.		
13.	Con la disponibilidad de tiempo que le brinda la enfermera para educarle acerca de su enfermedad, está usted		
14.	La enfermera muestra preocupación con respecto por su estado de salud, está usted.		
15.	Respecto al cumplimiento del horario de su tratamiento que le brinda las enfermeras, está usted.		
DIMENSION SEGURO			
16.	Se siente satisfecho con la atención que le brinda la enfermera en el servicio en centro geriátrico, está usted.		
17.	Con la educación que le brinda la enfermera con respecto a su cuidado físico, emocional, está usted.		
18	Las enfermeras brindan información sobre la importancia del cuidado de los pacientes, está usted.		
19.	Con respecto al interés que muestra la enfermera en cuanto a sus necesidades de alimentación, está usted.		
20.	Con respecto al interés que muestra la enfermera en cuanto a su higiene, está usted.		
21.	Con respecto al interés que muestra la enfermera en cuanto a su movilización, está usted		

ANEXO 3
ALFA DE CRONBACH

$$\begin{aligned} &= \frac{K}{K-1} * (1 - \frac{\sum Vi}{\sum VT}) \\ &= \frac{30}{30-1} * (1 - \frac{45,58}{134}) \\ &= 1,34 * (1 - 0,403) \\ &= 1,34 * (0,597) \\ &= 0,79998 \end{aligned}$$

Luego del análisis del Alfa de Cronbach, se halló el valor de 0,79998 lo cual es mayor que 0,60. Lo que determina que el Instrumento es Confiable.