

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

E.A.P. DE ENFERMERÍA

**Actitud de los internos de enfermería hacia el cuidado de
la persona adulta mayor según rotaciones del internado,
Escuela Académico Profesional de Enfermería de la
UNMSM-2012**

TESIS

Para optar al Título Profesional de Licenciada en Enfermería

AUTOR

Elizabeth Karen Albites Arbildo

ASESOR

Julia María Eugenia Lema Morales

Lima- Perú

2012

***ACTITUD DE LOS INTERNOS DE ENFERMERÍA
HACIA EL CUIDADO DE LA PERSONA ADULTA
MAYOR SEGÚN ROTACIONES DEL INTERNADO,
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL
DE ENFERMERÍA DE LA
UNMSM-2012***

*Agradezco a Dios por
darme salud y fuerzas
para seguir luchando día
a día.*

*Agradezco a mis amigos
y amigas por su apoyo
brindado en especial a
Ruth.*

Agradezco a mis padres, a mi
hijo Cristhian y a mis hermanos
Pedro y Jean Pierre, quienes son
mi inspiración y mis fuerzas de
seguir adelante

Agradezco a los docentes por
su comprensión y por su
contribución en mi formación
profesional

Agradezco a la Lic. Julia Lema
Morales por su acertada asesoría
en la presente investigación.

INDICE

	Pág.
INDICE DE GRÁFICOS	viii
RESUMEN	ix
SUMMARY	x
PRESENTACIÓN	1
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN	
A. Planteamiento del Problema.	4
B. Formulación del Problema	9
C. Justificación	9
D. Objetivos: General y Específicos	10
E. Propósito	12
F. Marco Teórico	12
F.1. Antecedentes	12
F.2. Base Teórica	18
1. El Internado como periodo formativo del estudiante de la Escuela Académico Profesional de Enfermería	18
2. La persona Adulta Mayor como sujeto de Cuidados de Enfermería	25
3. La Actitud como Predictor del Comportamiento	35
G. Definición operacional de términos	50

CAPÍTULO II: MATERIAL Y MÉTODOS

A. Tipo, Nivel y Método de Estudio	53
B. Descripción del Área de Estudio	54
C. Población Sujeto de Estudio	54
D. Técnica e Instrumentos de Recolección de Datos	55
E. Proceso de Recolección, Procesamiento y Presentación de datos	56
F. Proceso de Análisis e Interpretación de Datos	59
G. Consideraciones Éticas	60

CAPÍTULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A. Resultados	61
1. Datos Generales	61
2. Datos Específicos	62
B. Discusión de Resultados	92

CAPÍTULO IV : CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

A. Conclusiones	97
B. Limitaciones	99
C. Recomendaciones	99

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

101

BIBLIOGRAFIA

106

BUSQUEDA ONLINE

109

ANEXOS

INDICE DE ANEXOS

		Pág.
ANEXO A	Instrumento	I
ANEXO B	Validez del Instrumento	XIII
ANEXO C	Confiabilidad del Instrumento	XV
ANEXO D	Matriz Tripartita	XIX
ANEXO E	Cálculo para determinar de manera general el promedio de la actitud de cada reactivo del instrumento y el promedio de la actitud de cada sujeto	XXVII
ANEXO F	Distribución, según grupo etáreo, de los internos de la E.A.P. Enfermería – UNMSM 2012	XXXII
ANEXO G	Distribución, según sexo, de los internos de la E.A.P. Enfermería – UNMSM 2012	XXXIII
ANEXO H	Distribución, según haber recibido curso sobre Geriatría y/o Gerontología, de los internos de la E.A.P. Enfermería – UNMSM 2012	XXXIV
ANEXO I	Operacionalización de la variable	XXXV
ANEXO J	Prueba de chi cuadrado	XXXVII

INDICE DE GRÁFICOS

Nº		Pág.
1	Perfil de la actitud de los Internos de enfermería hacia el cuidado de la persona adulta mayor como unidad biopsicosocial según rotaciones del internado, E.A.P. Enfermería de la UNMSM-2012	63
2	Perfil de la actitud de los Internos de Enfermería hacia el cuidado de la persona adulta mayor en su dimensión biológica, según rotaciones del internado, E.A.P. Enfermería de la UNMSM- 2012	70
3	Perfil de la actitud de los Internos de Enfermería hacia el cuidado de la persona adulta mayor en su dimensión psicológica, según rotaciones del internado, E.A.P. enfermería de la UNMSM- 2012	77
4	Perfil de la actitud de los Internos de Enfermería hacia el cuidado de la persona adulta mayor en su dimensión social, según rotaciones del internado, E.A.P. enfermería de la UNMSM- 2012	84

Resumen

Investigación descriptiva que estudia las actitudes del Interno de Enfermería hacia el cuidado de la persona Adulta Mayor según rotación Hospitalaria y Comunitaria del Internado. Cuyos resultados servirá a los docentes de la Escuela de Enfermería para fortalecer las actitudes favorables hacia el cuidado de la Persona Adulta Mayor y modificar aquellas desfavorables con tendencia al rechazo. Participaron 59 Internos. Se aplicó dos cuestionarios, uno para el área comunitaria y otro para el área Hospitalaria, elaborados con la técnica del diferencial semántico; constituido por 4 reactivos y cada uno con doce escalas bipolares, considerando los factores evaluativo, actividad, potencia y familiaridad. El procesamiento de datos fue manual, haciendo uso de un paquete estadístico en Excel (XLSTAT). La información es presentada en cuadros y gráficos (perfiles). Entre sus conclusiones, la actitud hacia el cuidado de la persona Adulta Mayor como ser biopsicosocial es de aceptación con intensidad leve. Según dimensiones biológica, psicológica y social, en ambas rotaciones, la actitud es de rechazo con intensidad leve. Es considerado como cansado, difícil y complejo. Son los factores de acción, potencia y familiaridad los que se ubican en el campo del rechazo con intensidad de leve a moderada, siendo la de mayor rechazo el factor familiaridad. El factor evaluativo se ubica en el campo de la aceptación leve; en ambas rotaciones. Según escalas de evaluación, el cuidado a la persona Adulta Mayor como unidad biopsicosocial es considerada como compleja, difícil y cansada, considerándolo a su vez como gratificante, soportable y, en menor intensidad, como agradable e interesante; en ambas rotaciones.

PALABRAS CLAVES: Adulto Mayor, Cuidado de Enfermería, Actitudes, Internos de enfermería.

SUMMARY

Descriptive research that studies attitudes toward the Inner Nursing care of the Elderly and Community Hospital rotation as interns. The results of which will serve the teachers of the School of Nursing to strengthen positive attitudes toward caring for Older Persons and modify those unfavorable trend of rejection. Internal 59 participated. We applied two questionnaires, one for the community area and one for the hospital area, made with the semantic differential technique, consisting of 4 Reagents and each with twelve bipolar scales, considering factors evaluation, activity, potency and familiarity. Data processing was done manually, using a statistical package in Excel (XLSTAT). The information is presented in tables and graphs (profiles). Among its conclusions, the attitude towards the care of elderly person as a biopsychosocial is mild acceptance. According dimensions biological, psychological and social, in both rotations, attitude is with mild rejection. It is regarded as tired, difficult and complex. Are the factors of action, power and familiarity which are located in the area of rejection with mild to moderate, with the highest rejection familiarity factor. The evaluation factor lies in the field of light acceptance; in both rotations. According to rating scales, care for elderly person as a biopsychosocial is considered complex, difficult and tiring, considering in turn as rewarding bearable and, to a lesser intensity, as pleasant and interesting, in both rotations.

KEYWORDS: Elderly, Nursing Care, Attitudes, Internal nursing.

PRESENTACIÓN

En el Perú, en las últimas décadas se ha evidenciado la disminución de la natalidad y la mortalidad lo cual ha llevado al incremento de la población adulta mayor. Según el Censo de Población y Vivienda del año 2007 la población adulta mayor representaba el 9.2% del total de la población y se estima que para el 2025 representará el 13.27%. ⁽¹⁾

Dicho incremento y el impacto económico y epidemiológico que ello enmarca requiere de una participación de los diferentes sectores, en especial el de salud que responda a la problemática; a la promoción y fomento de un envejecimiento saludable.

En el sector Salud, Enfermería tiene un rol importante por ser una profesión cuyo principio fundamental es el cuidado y su finalidad es el bienestar del ser humano. Abarca todas las etapas de la vida desde la concepción hasta el fin de la existencia. Florence Nightingale mencionaba al respecto: “La enfermería tiene como objetivo abordar el cuidado del paciente de forma holística resaltando las necesidades físicas, psicológicas y sociales”. Watson afirma que el cuidado es el elemento central y unificador de la práctica de enfermería.

Tradicionalmente se ha mantenido una actitud generalizada de carácter negativo hacia la vejez como etapa de vida y a los adultos mayores en tanto grupo social; sin embargo, desde hace varias décadas esta concepción negativa respecto al proceso de envejecimiento y los

Adultos Mayores está siendo puesta en tela de juicio y sometida a una profunda revisión.

La actitud, según Myers, 1995; “Son la reacción evaluativa favorable o desfavorable hacia algo o alguien, que se manifiesta en nuestras creencias, sentimientos o conductas proyectadas”. Según la definición las actitudes tienen tres componentes: cognitivo, afectivo y conativo-conductual; es considerada por la psicología social como un predictor del comportamiento. ⁽²⁾

Este proceso resulta fundamental, pues tratamos y nos comportamos con los demás no tanto en función de cómo son realmente si no cómo los percibimos, como es nuestra actitud hacia la otra persona.

En tal sentido el cuidado de enfermería se ve influenciado por las opiniones, actitudes, conocimientos, creencias e información de la enfermera (o). En este caso cuanto más positivas sean las actitudes de la enfermera (o) hacia el Adulto Mayor y su cuidado, éste será de calidad fomentando un envejecimiento saludable y mejorando la calidad de vida de las personas Adultas Mayores.

Es objetivo de la Investigación determinar cuál es la actitud que tienen los Internos de enfermería hacia el cuidado de la persona Adulto Mayor, con el propósito de promover procesos de reflexión que orienten a la formulación o reformulación de estrategias que fortalezcan la actitud sobre el cuidado hacia el adulto mayor y promuevan con ello un cuidado de calidad.

Consta de: Capítulo I: Introducción, en el cual se detalla el planteamiento y formulación del problema, justificación, objetivos, propósito, antecedentes del estudio, base teórico, operacionalización de la variable y definición operacional de términos. Capítulo II Material y Método, en el cual se describe el nivel, tipo y método utilizado, Área de estudio, población y muestra, técnica e instrumento de recolección de datos, validez y confiabilidad. Así mismo se presenta el Proceso de recolección, procesamiento, presentación y análisis de los datos. Capítulo III: Resultados y Discusión, lo que incluye la presentación de los resultados a través de cuadros y gráficos (perfiles) y la discusión e interpretación de los mismos. Capítulo IV: se menciona las conclusiones, limitaciones y recomendaciones. Finalmente se presenta las Referencias Bibliográficas, Bibliografía y Anexos.

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

A. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El envejecimiento es un proceso de carácter universal, que tarde o temprano va ser experimentado por todos los seres humanos. Envejecer conlleva cambios de naturaleza físico-biológicas tales como, cambios en la apariencia externa, descensos en el rendimiento funcional de las diferentes estructuras biológicas, mayor vulnerabilidad a la enfermedad y la muerte, entre otros; cambios psicológicos y sociales, entre ellos, la jubilación, mayor probabilidad de pérdida de la pareja, otros, relativamente constantes y más o menos relacionados con la edad cronológica.⁽³⁾

Mucho de los miedos a envejecer se debe al modo en que la sociedad percibe la vejez y al miedo a lo inevitable del deterioro. Si bien es

posible observar en algunos contextos imágenes positivas de los adultos mayores, la tendencia es percibir la vejez como una etapa en la que se pierden los atributos positivos de la vida.

Tradicionalmente se ha mantenido una actitud generalizada de carácter negativo hacia la vejez como etapa de vida y a los adultos mayores en tanto grupo social; el envejecimiento es conceptualizado como un proceso degenerativo e irreversible de la pérdida de las capacidades físicas, mentales y sociales del ser humano, percepción inexacta e incompleta. No obstante, desde hace varias décadas esta percepción negativa respecto a la vejez y hacia los adultos mayores está siendo puesta en tela de juicio y sometida a profundas investigaciones. ⁽⁴⁾

“La visión actual se orienta hacia un enfoque integral del envejecimiento como un proceso saludable, con actitud positiva y que permite a la persona mantenerse en actividad y con la capacidad de seguir desempeñando sus actividades cotidianas de manera independiente” ⁽⁵⁾

En el plano social, la vejez varía según los criterios y las civilizaciones. Por ejemplo, en el siglo XVIII se consideraba que la vejez comenzaba a los 30 años; en el siglo XIX a los 50, en el siglo XX es adulto mayor cuando la persona llegaba a los 70 años. ⁽⁶⁾ En la actualidad la Organización Panamericana de la Salud considera como personas adultas mayores a aquellas que tienen 60 o más años de edad, esto es avalado en nuestro país por la Ley N° 28803 “Ley del Adulto Mayor”.⁽⁷⁾

Nueve de cada cien peruanos y peruanas son personas adultas mayores y se prevé que para el 2025 este grupo poblacional crecerá

sustancialmente y llegará a 4 millones 429 mil personas, que significa un 12.4% de la población total. Según los resultados del XI Censo de Población y VI de Vivienda del año 2007, la población a nivel nacional es de 28 millones 220 mil 764 personas, de las cuales la población adulta mayor corresponde a 2 millones 495 mil 643 personas, representando el 9.2 % del total de la población. ⁽⁸⁾

Esta situación demográfica generará una mayor demanda de los servicios de salud que brinden atención a los adultos mayores, lo que a su vez exigirá la formación urgente, necesaria y continua de recursos humanos; se evidencia la necesidad de un cuidado trans disciplinario efectivo que incluya no sólo la recuperación si no también la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y el crecimiento individual y familiar. Es en este contexto, en general, donde el profesional de enfermería juega un rol muy importante pues debe contribuir no sólo en el proceso asistencial, de curación, sino en la promoción de una vejez saludable.

Se reafirma que los cambios generados por el proceso de envejecimiento exigen al profesional de Enfermería brindar un cuidado integral, con mejor disposición hacia la persona Adulta Mayor como sujeto de atención, con enfoque de promoción, prevención, curación y rehabilitación. Importante mencionar como este cuidado puede verse influenciado por las percepciones, opiniones y actitudes del profesional, interfiriendo o potenciando la calidad del cuidado.

Así el profesional de enfermería se inserta de esta manera con su propia perspectiva en el cuidado al adulto mayor por lo que es necesario

fortalecer desde el pre grado los fundamentos que sustenten el cuidado humanizado hacia este grupo etareo, teniendo en cuenta las modificaciones biológicas, psicológicas y sociales, generados por el proceso de envejecimiento. Todo ello en beneficio de formular y mantener la calidad de vida en la vejez.⁽⁹⁾

Fomentar en los estudiantes una actitud positiva hacia el envejecimiento, hacia la persona adulta mayor es trascendente.

Durante el pre grado, se consolida, a través de las experiencias de aprendizaje y conocimientos, la formación de las actitudes, siendo el Internado, la etapa final de dicha formación. En el Internado se evidencia, con mayor intensidad dichas actitudes.

El Internado implica rotaciones por el área hospitalaria y comunitaria, donde el Interno brinda cuidados a personas Adultas mayores, sea en situaciones de hospitalización o de atención en el primer nivel, con participación de la familia y comunidad. El Interno como persona puede tener la influencia, como se menciona líneas arriba, de sus percepciones y actitudes sobre lo que piensa y siente hacia cuidar a la persona Adulta Mayor, considerando los cambios propios del envejecimiento.

La actitud es considerada como un predictor del comportamiento, a través de la cual se puede interpretar y dar significado a una realidad. Es fundamental, considerando que permite tratar y comportarse con los demás no tanto en función de cómo los ven si no cómo los perciben y la actitud que se forman ante ello; se hace difícil poder generalizar la actitud

de las personas frente a la vejez y sus demandas como proceso inevitable para todo ser humano. ⁽¹⁰⁾

Al interactuar con Internos de enfermería y comentar sobre el cuidado que brindan y deben brindar a las personas adultas mayores sea que éstas se encuentren hospitalizadas o en el hogar, refieren: “no quisiera llegar a ser viejito, no son bien tratados en la sociedad”, “los adultos mayores no son considerados útiles para la sociedad”, “la vejez es la etapa de las pérdidas: se pierde la salud, la memoria, amigos, la pareja, el trabajo.”, “es más tedioso cuidar adultos mayores pues son peores que los niños”, “me gusta trabajar en el club de los adultos mayores, pues expresan su sabiduría y sus ganas de vivir la vida”, “me gusta más trabajar con los mayores porque me hacen recordar a mis abuelitos”; se evidenció así diferencias de opiniones entre los internos que cursaban la rotación por el área comunitaria y los que cursaban por el área hospitalaria, sin embargo no se puede generalizar dichas opiniones. Esta realidad permitió plantear las siguientes interrogantes ¿cómo percibe el Interno de enfermería el proceso de envejecimiento?, ¿Cuál es la actitud de los estudiantes de enfermería hacia el cuidar al adulto mayor?, ¿muestra el estudiante de enfermería aceptación sobre el cuidado que se brinda al adulto mayor?, ¿En qué rotación del internado, el estudiante de enfermería prefiere brindar cuidados al adulto mayor?

B. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Por lo expuesto anteriormente se formula la siguiente interrogante:

¿Cuál es la actitud de los Internos de enfermería hacia el cuidado de la persona Adulta Mayor, según rotación Hospitalaria y Comunitaria del Internado, en la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2012?

C. JUSTIFICACIÓN

Ante el constante incremento de la esperanza de vida en nuestro país y a nivel mundial, es evidente que se van generando nuevas demandas para el sector social denominado “adultez mayor”. La profesión de enfermería es considerada como el arte del cuidado de los enfermos, sin embargo en la actualidad, no sólo es el cuidado de los enfermos, sino se hace énfasis en la planificación e implantación de programas destinados a la atención de las necesidades de salud de la población, especialmente referidos a su promoción y fomento, por ello es una profesión encargada del cuidado humano en forma integral y en las diferentes etapas de vida por lo cual le compete también el cuidado del adulto mayor.

Teniendo en cuenta que la actitud es gran determinante en el actuar de la persona, se ve de suma importancia realizar el presente estudio que permita identificar la actitud, tendencia o predisposición, así como el grado de emoción de los Internos de enfermería hacia el cuidado de la persona adulta mayor, diferenciándola según rotación hospitalaria y

comunitaria. Las actividades realizadas en cada rotación son específicas, así, en la rotación comunitaria, en el primer nivel de atención las actividades van dirigidas a la promoción y prevención, mientras que en la rotación hospitalaria las actividades van dirigidas, sobre todo, a la curación y rehabilitación.

Los Internos expresan a través del cuidado y disposición a éste, la formación recibida; de allí que se considera necesario y oportuno realizar el presente estudio

D. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- ❖ Determinar la actitud de los Internos de enfermería hacia el cuidado de la persona Adulta Mayor, como unidad biopsicosocial, según rotación Hospitalaria y Comunitaria del Internado.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ❖ Identificar la actitud de los Internos de Enfermería hacia el cuidado a la persona Adulta Mayor en su dimensión biológica, según rotación Hospitalaria y Comunitaria del Internado.
- ❖ Identificar la actitud de los Internos de Enfermería hacia el cuidado a la persona Adulta Mayor en su dimensión

psicológica, según rotación Hospitalaria y Comunitaria del Internado

- ❖ Identificar la actitud de los Internos de Enfermería hacia el cuidado a la persona Adulta Mayor en su dimensión social, según rotación Hospitalaria y Comunitaria del Internado.

- ❖ Establecer la diferencia de la actitud de los Internos de enfermería hacia el cuidado a la persona Adulta Mayor, de acuerdo a sus dimensiones, según rotación Hospitalaria y Comunitaria del Internado

- ❖ Elaborar el perfil de las actitudes, de cada reactivo, considerando los factores y escalas, según la técnica del diferencial semántico.

- ❖ Identificar los factores de evaluación, potencia, actividad y familiaridad y sus escalas, que predominan en las actitudes de los Internos de enfermería hacia el cuidado de la persona Adulta Mayor como unidad biopsicosocial y según dimensiones, en la rotación comunitaria y hospitalaria del internado.

E. PROPÓSITO

La información producto de la investigación, será insumo para la Escuela Académico Profesional de Enfermería y equipo docente responsable de la formación de futuros enfermeros, para remirar experiencias de aprendizaje tanto en contenido teórico como experiencia práctica impartidas a lo largo de la formación, en el área comunitaria y hospitalaria. Asimismo, orientar la toma de decisiones relacionadas con el cuidado del Adulto Mayor, en el marco del proceso del envejecimiento, favoreciendo la elaboración, formulación y ejecución de nuevas estrategias orientadas a fortalecer a lo largo de la formación, las actitudes de aceptación que tienen los estudiantes hacia el cuidado de la persona Adulta Mayor y modificar aquellas con tendencia hacia la negatividad, lo que contribuirá a que el futuro profesional de enfermería tenga disposición favorable hacia brindar cuidado integral y de calidad, al Adulto Mayo, así como fomentar un proceso de envejecimiento saludable.

Así mismo se pretende incentivar la participación de los Internos como futuras Enfermeras(os) en investigaciones que contribuyan a un mayor conocimiento de la problemática del Adulto Mayor.

F. MARCO TEÓRICO

F.1. ANTECEDENTES

Hasta el momento no se ha encontrado investigación alguna como antecedente directo para el presente trabajo de investigación, es decir cuya población sea de internos, si no de estudiantes de enfermería y

dirigidos a adultos mayores; sin embargo, a continuación se cita algunas investigaciones que tienen como variable de estudio a la actitud y que además lo hacen aplicando la técnica del Diferencial Semántico, técnica elegida en la presente

A nivel internacional:

Feliciano Villar Posada, en el año 1996, en España, realizó un estudio titulado “Actitudes hacia el envejecimiento: Evaluación y relación con la edad” cuyo objetivo fue: Examinar qué actitudes se mantienen respecto al proceso de envejecimiento y las posibles diferencias asociadas a la edad de dichas actitudes. Para ello, aplicó una escala de 18 ítems basada en la técnica del diferencial semántico a una muestra compuesta por 82 personas cuyas edades oscilaban entre los 20 y 56 años. El muestreo fue de tipo intencional teniendo dos criterios, sexo y edad. En sus resultados se evidenció que 9 de los ítems de la escala mostraban una tendencia hacia el polo positivo de la actitud, otros los hacían hacia el polo negativo. Respecto a la edad los mayores de 30 años mostraron en general actitudes más positivas que los menores de esa edad. Siendo la conclusión más importante:

“Los resultados parecen ser cohortes con una visión del envejecimiento relativamente compleja, en la que conviven aspectos tanto positivos como negativos, a la vez que parece existir una tendencia a una mejora de la actitud con la edad”.⁽¹¹⁾

Entre los antecedentes en nuestro país podemos citar los siguientes:

Saturnino Magallan Galac, en el año 1988, realizó un estudio que tuvo como objetivo determinar las actitudes de las enfermeras asistenciales que laboran en los hospitales nacionales: Guillermo Almenara Irigoyen y Edgardo Rebagliati Martins, hacia el paciente anciano. El método utilizado fue el descriptivo. La predisposición actitudinal fue medida utilizando una escala ordinal que oscila entre los valores del 1 al 8, teniendo como punto de referencia adjetivos bipolares (diferencial semántico). Entre sus conclusiones menciona:

“El promedio actitudinal indica que las enfermeras asistenciales que laboran en los servicios de cirugía, medicina y especialidades. Denotan actitud general de “Indecisión” hacia el paciente anciano, es decir, no aceptan, ni rechazan al anciano dimensionado en sus aéreas biológicas, psicológicas y social”

“Existe influencia importante de la EDAD de la enfermera asistencial sobre la dirección e intensidad de sus actitudes hacia el paciente anciano y la Atención de Enfermería que requiere dicho paciente. Existiendo además una diferencia proporcional significativa en cuanto a la orientación de las actitudes entre los grupos de edad, es decir, que a mayor edad las actitudes tienden a ser positivas y de aceptación.”⁽¹²⁾

Néstor Alejandro Cuadros, en el año 1989, realizó un estudio que tuvo como objetivo determinar si existe diferencia entre las actitudes que tienen, hacia el envejecimiento, los enfermeros asistenciales que trabajan en forma permanente con el anciano y las que tienen los enfermeros

asistenciales que trabajan en forma eventual con el anciano. El diseño metodológico fue el descriptivo, explicativo, comparativo y correlacional; el área de estudio estuvo constituida por las instituciones de salud de Lima Metropolitana; la población en su conjunto estuvo conformada por enfermeros asistenciales que trabajan en forma permanente y eventual con el anciano; la muestra fue determinada a través de fórmulas estadísticas de poblaciones finitas y el tipo de muestreo fue el probabilístico aleatorio o al azar simple; el instrumento utilizado fue el cuestionario estructurado tipo escala Likert, de carácter anónimo.

Los hallazgos más significativos fueron:

“No existe diferencia estadísticamente significativa entre las actitudes que tienen los enfermeros asistenciales que trabajan en forma permanente con el anciano y las que tienen los enfermeros asistenciales que trabajan en forma eventual con el anciano, en las Instituciones de Salud de Lima Metropolitana, hacia el envejecimiento”.

“La intensidad de las actitudes que tiene mayor porcentaje de enfermeros asistenciales que trabajan en forma permanente y eventual con el anciano en las Instituciones de salud de Lima metropolitana hacia los cambios físicos del envejecimiento son de indiferencia y rechazo leve y la dirección está orientada positivamente; existiendo un menor porcentaje de enfermeros asistenciales cuyas actitudes hacia estos cambios son negativos tanto en intensidad como en dirección.”

“La intensidad de las actitudes que tiene mayor porcentaje de enfermeros asistenciales que trabajan en forma permanente y eventual con el anciano en las Instituciones de salud de Lima metropolitana hacia los cambios psicológicos del

envejecimiento son de indiferencia y rechazo leve, sin embargo la dirección de las mismas está orientado positivamente; y las actitudes de menor porcentaje de enfermeros asistenciales hacia estos cambios son de indiferencia, rechazo leve y están orientados negativamente.”

“La intensidad de las actitudes que tiene mayor porcentaje de enfermeros asistenciales que trabajan en forma permanente y eventual con el anciano en las Instituciones de salud de Lima metropolitana hacia los cambios sociales del envejecimiento, son de indiferencia y rechazo leve, sin embargo la dirección de las mismas está orientada positivamente; y las actitudes de menor porcentaje de enfermeros asistenciales hacia los cambios sociales de este proceso, son de indiferencia, rechazo leve y están orientadas negativamente.”⁽¹³⁾

Catherine Raymundo Perea, en el año 2010, en Perú, realizó un estudio cuyo objetivo fue determinar las actitudes hacia el internado en los estudiantes del 4° año de enfermería de la UNMSM. El tipo de estudio es cuantitativo, de nivel aplicativo, método descriptivo, de corte transversal. La población está conformada por 62 estudiantes del 4° año de enfermería, el instrumento que se utilizó es un formulario aplicando la técnica del diferencial semántico.

“La Entre las conclusiones del estudio se evidencia que las actitudes hacia el internado, en los estudiantes del 4° año, son de aceptación leve. El Internado es considerado por los estudiantes como, una experiencia; desde el factor evaluativo,

es ligeramente agradable, ligeramente satisfactoria y bastante bonita; desde el factor potencia como, ligeramente difícil, ligeramente estresante y ligeramente pesada; desde el factor actividad como, ligeramente alegre, bastante activa y ligeramente lenta y; desde el factor familiaridad como, experiencia ligeramente conocida, ligeramente segura y ligeramente compleja.”⁽¹⁴⁾

De las investigaciones presentadas, se destaca, del primer estudio la elaboración del instrumento donde los reactivos fueron resaltados con el fin de centrar la atención de la persona en el concepto a evaluar. En cuanto a las escalas bipolares, éstas fueron presentadas en forma aleatoria e intercalando su dirección positiva y negativa, en el continuo de su presentación.

El segundo y tercer estudio aportaron al presente la metodología a utilizar, la dimensionalización de la persona Adulta Mayor como ser biopsicosocial y en cuanto al instrumento algunos adjetivos utilizados para la escala. Y el último estudio aportó en cuanto a la población y también la elaboración del instrumento.

Lo mencionado pretende reafirmar que los estudios orientaron al presente en la construcción y aplicación del diferencial semántico, así como en la medición de sus resultados, fortaleciendo la decisión de aplicar dicha técnica en la medición de las actitudes hacia el cuidado de la persona Adulta Mayor.

F.2. BASE TEÓRICA

1. EL INTERNADO COMO PERÍODO FORMATIVO DEL ESTUDIANTE DE LA ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA.

El Internado representa la culminación de la enseñanza de pre grado, periodo en el que se complementa, profundiza y consolida los logros del proceso de formación del estudiante en el área hospitalaria y comunitaria y en la que el Interno asume responsabilidades profesionales declaradas en el perfil educacional, bajo un sistema de tutoría, de un proceso de autodirección y auto aprendizaje. ⁽¹⁵⁾

a. Internado Hospitalario

La rotación por el área hospitalaria tiene una duración de 6 meses, dicha rotación por los servicios hospitalarios permite al Interno de enfermería ampliar y/o reforzar sus conocimientos y habilidades en el cuidado de los pacientes con afecciones clínicas más frecuentes, aplicando el Proceso de Atención de Enfermería en todas sus fases.

Estas experiencias de aprendizaje permiten al Interno fortalecer su capacidad de observación, análisis, liderazgo, creatividad y de integración en las diversas áreas de su formación profesional con proyección a la atención integral de los pacientes a su cargo de forma eficiente y oportuna; además le da la oportunidad de fortalecer la práctica de los valores éticos, de justicia, solidaridad, respeto, responsabilidad y de

analizar el comportamiento deontológico que la profesión de enfermería exige.

El Internado hospitalario comprende la rotación por los servicios de hospitalización, tales como medicina general, cirugía general, pediatría, neonatología, ginecología y obstetricia, y emergencia siendo el periodo de rotación para cada servicio de un mes.

La población a la cual se brinda cuidados es a neonatos, niños, adultos y adultos mayores. Siendo éste grupo poblacional, la del Adulto Mayor, quienes predominan en los servicios de hospitalización y emergencia, con diferentes patologías y grados de dependencia.

Competencias del Interno en el área hospitalaria

- Planifica, organiza, dirige, ejecuta y evalúa las acciones de enfermería, correspondientes en el establecimiento de salud
- Toma decisiones técnico – administrativas correspondientes al nivel de Enfermera General adoptando e innovando procesos orientados al mejoramiento de los servicios de enfermería de los establecimientos hospitalarios de 2do y 3er nivel.
- Promueve y desarrolla programas de Educación en Servicio dirigidos a enfermeras, técnicos y/o auxiliares de enfermería a fin de asegurar la excelencia en el desempeño y cumplimientos de metas en la atención de enfermería y de atención de salud.
- Desarrolla programas de educación para la salud a pacientes, familias y comunidad promoviendo el autocuidado en los tres niveles de prevención a través de técnicas no convencionales.

- Trabaja en equipo compartiendo experiencias con estudiantes y profesionales de los equipos de enfermería e interdisciplinarios
- Brinda atención integral de enfermería considerando los niveles de prevención a pacientes hospitalizados con énfasis a aquellos que revisten mayor dependencia y/o complejidad.
- Promueve la participación efectiva del paciente hospitalizado y familia en la planeación, ejecución y evaluación de los cuidados de enfermería y de salud en general.
- Comunica verbalmente y por escrito las decisiones, acciones y resultados de su intervención a las instancias necesarias y pertinentes.
- Fortalece habilidades y destrezas en la realización de procedimientos de enfermería y otros de carácter diagnóstico cuando corresponda.
- Impulsa el fortalecimiento y cumplimiento de los principios éticos en la prestación de servicios de enfermería y de salud en general. ⁽¹⁶⁾

Metodología

El Interno se desempeña asumiendo el ROL DE ENFERMERO ASISTENCIAL, para lo cual cuenta con la asesoría de la enfermera del servicio y de la coordinadora docente.

Para el trabajo asistencial el Interno se integra activamente a los equipos de enfermería. Tiene bajo su cargo la asistencia integral de un mínimo de cinco pacientes y de preferencia de grado II y III, de ser pacientes de grado I mínimos serán diez pacientes bajo su cuidado. La planificación del cuidado es diaria y por escrito, así como los otros registros de enfermería.

b. Internado Comunitario

El Internado de enfermería en el área comunitaria ofrece al estudiante del último año de formación, la oportunidad de complementar y afianzar sus capacidades cognitivas, procedimentales y actitudinales declaradas en el perfil académico profesional, para garantizar las competencias del futuro profesional en establecimientos de salud del primer nivel de atención, en las áreas funcionales de asistencia, docencia, administración e investigación, incorporándose a los establecimientos del primer nivel de atención ubicados en zonas urbano marginales, donde asume progresivamente responsabilidades técnicas profesionales tanto a nivel intra como extra mural.

Competencias

- Participa en la atención integral de salud de los usuarios que acuden a los establecimientos de salud del primer nivel de atención, considerando los lineamientos de política, los marcos normativos de las estrategias y los programas de salud emanados por el MINSA.
- Proporciona asistencia directa e integral a los usuarios de los servicios de salud del primer nivel de atención en las distintas etapas de vida y escenarios de intervención.
- Desarrolla actividades preventivo – promocionales en el primer nivel de atención, en el área seleccionada de la jurisdicción del establecimiento de salud, dirigida a los usuarios externos e internos en la búsqueda de estilos de vida saludables, autocuidado de la salud y desarrollo de entornos saludables.

- Demuestra habilidades y destrezas en la planificación, ejecución, evaluación de programas de capacitación en el primer nivel de atención
- Demuestra habilidades en el desarrollo de estrategias de comunicación
- Administra y/o gerencia, componentes y estrategias sanitarias que se desarrollan en el primer nivel de atención de salud, especialmente aquellos que son de competencia de Enfermería.
- Demuestra y afianza valores y actitudes positivas enmarcadas en la dimensión social y ética que exige la profesión de enfermería.
- Promueve la cultura de prevención ante emergencias y desastres
- Participa con responsabilidad en las actividades intra y extra murales.
- Se integra al equipo de salud en forma activa y responsable.
- Promueve la prevención de riesgo de desastres ⁽¹⁷⁾

Metodología

El Internado comunitario se desarrolla en el ámbito intra y extramural. El interno se desempeña asumiendo el rol de enfermero asistencial, para lo cual contará con la orientación de la tutora.

La rotación por el primer nivel de atención y duración sería la siguiente:

Intramural:

Área niño: CRED
ESNI

Área adulto: ESN- PCT

En el trabajo intramural se realizarán las actividades según las normas establecidas en cada estrategia y/ o programas de intervención. Se aplica metodología de educación permanente en salud, mediante las diferentes fases del análisis crítico de la práctica. Se fomenta la participación activa de los usuarios internos y externos en las actividades educativas.

Extramural:

Área escolar y adolescente

Área adulto

Área adulto mayor

Las actividades realizadas con los Adultos Mayores, se dan básicamente en el club de personas Adultas Mayores formados en cada Centro de Salud. Además se escoge un ámbito geográfico poblacional pre determinado, se realiza las actividades según las estrategias y herramientas de la planificación local participativa, para intervenir en la problemática socio - sanitaria de la comunidad seleccionada. Se planifica, ejecuta y evalúa los programas de intervención de familias saludables y/o instituciones educativas saludables tomando todas las etapas de vida diseñadas incluida la del Adulto Mayor.

Además el interno afianzará conocimientos y actitudes en el área asistencial, docente, administrativo y de investigación.

c. Sistema de evaluación en el internado

La evaluación del rendimiento teórico- práctico de los Internos es integral de carácter formativo y sumativo, se realiza en forma permanente en base

a criterios de evaluación pre determinados a partir de las competencias planteadas y presentadas a los internos en el Programa del Internado a inicios de año.

Para la evaluación sumativa, se considera la calificación del interno al término de cada rotación, con el promedio de las cuales se obtendrá la calificación del bloque del internado hospitalario, que constituye el 50% de la nota final del internado; el que se sumará al promedio del bloque del internado comunitario, el que constituye el 50% restante.

La rotación por cada servicio es obligatoria, ningún estudiante se puede eximir de alguna de las rotaciones. Si algún Interno faltase por razones de salud debidamente justificadas a una rotación deberá recuperarla íntegramente al término del año académico bajo su entera responsabilidad. En caso contrario el interno perderá su derecho a evaluación de toda la rotación del internado. Por tratarse del Internado no se admiten tardanzas, ni inasistencias sin justificación.

El promedio parcial del bloque hospitalario se obtiene de las siguientes notas parciales:

- Evaluación de la rotación por Cirugía general
- Evaluación de la rotación por Medicina General
- Evaluación de la rotación por Emergencia
- Evaluación de la rotación por Pediatría
- Evaluación de la rotación por Neonatología
- Evaluación de la rotación por Ginecología Obstetricia.

Mientras que el promedio parcial del bloque comunitario se obtiene de la siguiente manera:

- INTRAMURAL
 - Evaluación de la rotación por CRED
 - Evaluación de la rotación por ESNI
 - Evaluación de la rotación por ESN – PCT

- EXTRAMURAL
 - Evaluación de la rotación por el AREA ESCOLAR Y ADOLESCENTE
 - Evaluación de la rotación por el AREA ADULTO
 - Evaluación de la rotación por el AREA ADULTO MAYOR

La nota aprobatoria mínima será 11. Al término de la rotación la Coordinadora de sede y Tutora del servicio, firmarán la evaluación y harán firmar al interno el formato de evaluación, para ser entregados a la coordinadora General en lapso no mayor de cinco días útiles de finalizado el periodo evaluado.

2. LA PERSONA ADULTA MAYOR COMO SUJETO DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

A medida que el tiempo transcurre, los órganos y tejidos del cuerpo van envejeciendo, a éste fenómeno se le conoce con el nombre de proceso de envejecimiento.

Por lo general, se considera a una persona adulta mayor, la que tiene de 60 años a más. Si bien es cierto la vejez es un problema crucial de la modificación profunda del esquema corporal, como sistema y función. Pero la vejez, más que un problema de edad y de un cuerpo que envejece, es un problema filosófico de la condición humana. Como consecuencia de una serie de rupturas sucesivas. Se asiste a una verdadera desvitalización, y a una pérdida de funciones del cuerpo como medio de acción.

El envejecimiento es un proceso universal, que tarde o temprano va a ser experimentado por todos. Este proceso comprende una serie de cambios en la capacidad física, mental y social del ser humano, los cuales vulneran a las personas a contraer enfermedades e inclusive la muerte. Dichos cambios ameritan de un cuidado integral y multidisciplinario, que enfoque la promoción, prevención, curación y rehabilitación de las personas adultas mayores.⁽¹⁸⁾

Así pues, durante el proceso de envejecimiento se produce cambios desde tres perspectivas o dimensiones.

- **Cambios en la Dimensión Biológica**

Con el paso de los años se va produciendo un envejecimiento en el organismo lo que trae consigo cambios morfológicos los cuales pueden afectar al individuo de forma escasa o en gran manera, se produce el envejecimiento de sus capacidades físicas y sus limitaciones asociadas (**ser viejo**). Dentro de los cambios más significativos a nivel sensorial en los adultos mayores son los derivados de la visión y de la

audición, junto con la movilidad influyen para su normal desenvolvimiento.

Existen cambios específicos a nivel general del cuerpo entre ellos tenemos:

“(…) Piel: Pierde espesor y elasticidad (aparición de arrugas). Se contusiona más fácilmente al debilitarse los vasos sanguíneos cercanos a la superficie. Este proceso es acelerado por el tabaquismo y la excesiva exposición al sol. El deterioro de las fibras nerviosas y las terminaciones sensitivas puede dar lugar a una menor sensibilidad, especialmente en las extremidades inferiores. En las manos y en los pies, y en algunos casos también la cara, aparecen con frecuencia manchas de lentigo senil (manchas pardas de la vejez). Estas manchas son el resultado de la acumulación de melanocitos (células productoras de pigmento). La reducción de la grasa subcutánea da a la cara y a las manos un aspecto hundido o demacrado. La calvicie y la pérdida de pelo en otras partes del cuerpo están en relación con la menor vascularidad de la capa tisular que produce los folículos pilosos. La pérdida de color de cabello se debe a una disminución de los melanocitos funcionantes. Las uñas de las manos y los pies se vuelven gruesos y quebradizos, y en las mujeres de más de 60 años aumenta el vello facial. La respuesta a estos cambios varía según las personas y las culturas. Por ejemplo una persona puede sentirse con un aspecto más distinguido al tener el pelo gris, mientras que otra puede sentirse molesta o deprimida, al interpretar que las canas son un signo de que está perdiendo la juventud.

Sentidos: Se hacen menos agudos al irse perdiendo las células nerviosas. Los más afectados son el sentido de la vista, audición, pero son afectados también los sentidos del gusto y olfato. Este proceso

es acelerado por el tabaquismo y la exposición constante a ruidos altos.

Articulaciones: Pierden movilidad (rodillas, cadera) y se deterioran debido al desgaste y presión constantes (la desaparición del tejido cartilaginoso entre las vértebras provoca el "encogimiento" típico de la ancianidad). Proceso acelerado por lesiones y obesidad.

Músculos: Pierden masa y fortaleza. Proceso acelerado por la falta de ejercicio y la desnutrición. Luego de los 50 años se produce una disminución constante de las fibras musculares, que finalmente llegan al típico aspecto de enflaquecimiento de las personas muy adultas, por lo cual se quejan de falta de fuerza y de lo rápidamente que se cansan. Aún pueden ser activos, pero a un ritmo más lento.

Disminuye el equilibrio, la velocidad de reacción por disminución en la velocidad de conducción de las fibras nerviosas. “Los adultos mayores pueden realizar esfuerzos musculares prolongados siempre que hagan pausas frecuentes y eviten grandes esfuerzos. Se produce asimismo una ligera reducción de la estatura por la atrofia de los discos intervertebrales. También existe una tendencia a fracturas”

Sexuales o genitourinarios: En los varones predominan los cambios en la fisiología sobre las modificaciones anatómicas. La erección es más tardía y requiere más caricias y contactos en la estimulación directa sobre el pene. La eyaculación se retrasa como consecuencia de una disminución en la sensibilidad del mecanismo eyaculador, reduciéndose de igual manera la frecuencia de eyaculaciones precoces. El orgasmo tiene duración más corta y generalmente hay una reducción o ausencia de la primera etapa o demanda eyaculatoria. La segunda etapa, la expulsión del bolo seminal a través del pene, acaba con una o dos contracciones en el anciano, en contraste con las cuatro o más contracciones del joven.

En las mujeres hay reducción de los niveles de estrógenos y progestágenos, disminución de la eficacia circulatoria que originan cambios anatómicos y funcionales. La disminución de tejido vulvar, la reducción del cérvix, cuerpo del útero, ovarios y leve disminución del tamaño del clítoris, tienen un efecto mínimo sobre la actividad sexual. Las diferencias en el canal vaginal, con mayor influencia en el comportamiento sexual y que se relacionan con la edad son: reducción de la longitud y circunferencia, aislamiento gradual de los pliegues vaginales, disminución de la mucosa y pérdida de elasticidad.”⁽¹⁹⁾

- **Cambios en la Dimensión Psicológica**

Con respecto al envejecimiento de las funciones psíquicas abarca ciertos cambios en capacidades cognitivas como inteligencia, aprendizaje y memoria que varían de un individuo a otro; además depende del entrenamiento durante la vida, el medio cultural en la que se desenvuelve, el nivel intelectual de la persona, así como la capacidad de estímulo que brinde el entorno.

Incluye también, los cambios de comportamiento, la autopercepción y las reacciones frente al fenómeno de envejecer, creencias y valores del propio individuo y su visión de la vida y la muerte (***sentirse viejo***).

“Según distintos estudios, a partir de los 30 años se inicia el declive en las funciones intelectuales, que se acelera a partir de los 60 – 65 años. A nivel de la inteligencia parece que en principio, no se produce una disminución de la eficacia intelectual, aunque si puede existir una reducción de la eficacia que se constata especialmente en una pérdida

de la capacidad para resolver problemas nuevo, lo que influye en la capacidad de aprendizaje y en la función.” ⁽²⁰⁾

“(...) la capacidad de aprender y adquirir nuevas destrezas e información disminuye en los ancianos, en particular después del séptimo decenio de vida...; la memoria, elemento integrador del aprendizaje, consta de componentes que incluye memoria a corto plazo (5 a 30s), la reciente (1h a varios días) y a largo plazo (de por vida. La adquisición de información, registros (recuerdos), retención (almacenamiento) y remodelación (recuperación) son componentes esenciales del proceso de memoria. Las pérdidas que se relacionan con la edad son más frecuentes en la memoria de corto plazo y la retente.” ⁽²¹⁾

- **Cambios en la Dimensión Social**

El envejecimiento es considerado desde otros grupos de edad como algo necesariamente adverso y se encuentra relacionado con aquellas pérdidas que ocurren en la última parte de la vida. Este pensamiento de la sociedad está influenciado generalmente por estereotipos y prejuicios hacia los adultos mayores.

“Los cambios sociales que se producen en el envejecimiento se refieren a cambios de rol del anciano, tanto en el ámbito individual como en el contexto de la propia comunidad. Asimismo, abarca las diferencias generacionales existentes a nivel del comportamiento social y la dificultad de adaptación e integración del anciano a estos cambios **(ser considerado viejo).**” ⁽²²⁾

“Dentro de los cambios en las relaciones sociales producto del envejecimiento de cada persona se van aflojando o eliminando vínculos afectivos que tal vez se necesitan especialmente durante esta época de la vida ya que es en esta etapa en la que el ser humano generalmente sufre la mayor cantidad de pérdidas. Poco a poco, los adultos mayores sufren la pérdida por fallecimiento de su pareja, de otros familiares allegados, de sus amigos e incluso, a veces, de sus propios hijos, con lo que se añade al dolor de la muerte de un ser querido, una progresiva situación de aislamiento afectivo. Los vínculos con los hijos, ya adultos e independizados en la mayor parte de los casos, se suelen debilitar progresivamente con la edad, de modo que los ven con escasa frecuencia, sintiéndose cuando conviven con ellos como una «carga».

Dentro de las pérdidas que experimenta el adulto mayor no sólo se encuentran las pérdidas físicas y afectivas sino la pérdida de su rol social como ser humano. El papel del adulto gira alrededor de dos grandes actividades: la actividad laboral y las tareas comunitarias, tales como asociaciones, sindicatos, grupos políticos.”

(23)

La adaptación al envejecimiento no es tarea fácil para los adultos mayores y requiere que los profesionales que participan en su cuidado se caractericen por una muy especial vocación y amor al trabajo con este grupo etareo, lo que se traduce en una actitud que trasunta valores como: el respeto por el otro, la autonomía y la compasión para brindar cuidados humanizados al adulto mayor y que se extiende también a su grupo directo de cuidadores.

El cuidado entendido por algunas autoras es la acción encaminada a hacer algo por alguien,⁽²⁴⁾ rasgo humano, imperativo moral, afecto,

interacción personal e intervención terapéutica,⁽²⁵⁾ forma de amor, de expresión de sentimientos volcados en un hacer, el cuidado ayuda al otro a crecer, a realizarse y a enfrentar dificultades propias de la vida”,⁽²⁶⁾ es decir, el cuidado es un proceso recíproco, interactivo e interpersonal que involucra el bienestar tanto del que recibe como del que otorga el cuidado, pues permite la preservación de la especie en la historia y espacio.

Cuidar llama a un compromiso científico, filosófico y moral, hacia la protección de la dignidad humana y la conservación de la vida. Cuidar implica conocer a cada persona, interesarse por él. Interesarse implica, paradójicamente, desinteresarse de uno mismo, algo difícil. Interesarse supone entrar dentro del ser, en este caso dentro de la persona, tener un conocimiento propio de cada uno, un darse cuenta de sus actitudes, aptitudes, intereses y motivaciones y además de sus conocimientos; requiere su manifestación como persona única, auténtica, capaz de generar confianza, serenidad, seguridad y apoyo efectivo. Esto exige entonces un esfuerzo de atención, una concentración que a veces agota más que el esfuerzo físico, además de una actitud positiva hacia brindar cuidado.

La doctora Jean Watson, autora de la “Teoría del Cuidado Humano”, sostiene que “ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y trans personal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de enfermería.”⁽²⁷⁾

La peculiaridad del rol que ejerce el profesional de Enfermería en la asistencia sanitaria es consecuencia del contacto íntimo y mantenido que sostiene con los pacientes, además de la responsabilidad en cuanto responder a las necesidades de la persona en todo momento y durante todas las etapas de la vida; desde el nacimiento hasta la etapa de vida del adulto mayor; éstos últimos presentan muchos problemas los cuales están asociados a las actividades cotidianas y por lo tanto son más sensibles a los modelos de cuidados de enfermería y al soporte relacional que los acompaña.

La práctica de enfermería no solo es necesaria en momentos de enfermedad, sino también en la promoción y el mantenimiento de la salud y la asistencia en la muerte, así como también atiende las necesidades de la persona, familia y comunidad, de modo que satisfacer diversas necesidades obliga al personal a desempeñar diversas funciones tales como: cuidador, coordinador, maestro, defensor, colaborador, planificador, investigador y administrador.

La enfermería es sin duda, el área profesional del equipo de salud que decidida y profundamente interviene en la atención de las personas adultas mayores, a mantener su dignidad y un máximo de autonomía a pesar de las pérdidas físicas, sociales y psicológicas.

Es de gran importancia el trabajo que realiza la enfermera en los diferentes niveles de atención de salud donde se brinda atención al adulto mayor, siendo la atención primaria de salud uno de ellos, donde el profesional de Enfermería realiza las labores de prevención y promoción de la salud, pudiendo así influenciar directamente en la “aplicación de

medidas especiales de prevención o enlentecer las enfermedades crónicas no transmisibles y se reorienten las políticas de salud dirigida a promover la atención y permanencia del adulto mayor en la comunidad, de manera que la misma comunidad sirva de mecanismo mediante el cual se puede evitar el confinamiento temprano o innecesario del adulto mayor en su domicilio o en instituciones de larga estancia”. Mientras que en el ámbito hospitalario realiza labores de recuperación, mantenimiento de la salud y de rehabilitación.

Al valorar a un adulto mayor es necesario hacerlo en una perspectiva integral para identificar los problemas físicos, psicológicos y sociales que presentan ellos y sus cuidadores.

El adulto mayor requiere de un cuidado trans disciplinario efectivo, que incluya no sólo la recuperación sino también y, muy destacadamente, la promoción de su salud, el crecimiento individual y familiar. Es en este contexto general donde la profesional de enfermería debe entregar su contribución específica complementando a la ciencia del curar.

La enfermería profesional se inserta de esta manera con su propia perspectiva en el cuidado integral del adulto mayor por lo que es necesario fortalecer desde el pregrado los fundamentos que sustentan el cuidado humanizado del adulto mayor y la formación técnico-profesional de sus cuidadores formales e informales enfermería es “la ciencia del cuidado profesional” (Rivera, 2000), lo que significa que la enfermera guía el cuidado planificado de los seres humanos a través de un proceso intencional que abarca aspectos de la promoción y prevención de las enfermedades, proceso de salud-enfermedad y la muerte. El “cuidar” la

salud de las personas implica tener un amplio conocimiento y sustento teóricos de los fenómenos relativos a la salud y la enfermedad, que es generado desde la propia disciplina de enfermería, a través de sus modelos y teorías y también desde el aporte de las ciencias relacionadas con el cuidado de los seres humanos como la medicina, psicología, entre otras. ⁽²⁸⁾

3. LA ACTITUD COMO PREDICTOR DEL COMPORTAMIENTO

Al afrontar las diversas situaciones sociales que se presentan en la vida diaria, el ser humano desarrolla un conjunto de acciones y exhibe manifestaciones en su comportamiento de un rango muy amplio. En el marco de esta situación se evidencian frecuentemente ya sea directa e indirectamente las actitudes que el sujeto posee.

A pesar de la gran variedad de definiciones que existen sobre las actitudes, como se evidencia a continuación, casi todas expresan en forma más o menos explícita que una actitud supone una predisposición de la persona para reaccionar frente a los objetos sociales del ambiente. Esta predisposición puede orientar y dirigir en parte su comportamiento.

Según Thurstone (1959), el concepto de actitud representa la suma de todas las inclinaciones, sentimientos, prejuicios, tendencias, ideas, miedos y convicciones de una persona sobre un tema específico. Según Krench y Crutchfield (1962), las actitudes son las creencias, sentimientos y tendencias hacia la acción de una persona respecto a los objetos, personas o ideas. ⁽²⁹⁾

Para Allport, (1935) es un estado mental y neurológico de las disposiciones a responder organizadamente a través de la experiencia y que ejerce una influencia directriz y/o dinámica de la conducta. ⁽³⁰⁾

En tanto Rodríguez, (1976) refiere que una actitud es una organización duradera de creencias y cogniciones, dotadas de una carga afectiva a favor o en contra de un objeto social definido que predispone a una acción coherente en las cogniciones y afectos relativos a dichos objetos. ⁽³¹⁾

Mientras que Whithaker, (1987) define la actitud como: “Una predisposición para responder de manera predeterminada frente a un objeto específico” ⁽³²⁾

Asimismo que Kimball Young: “Define a la actitud como la tendencia o predisposición aprendida, más o menos generalizada y de tono afectivo, a responder de un modo bastante persistente y característico, por lo común positiva o negativamente (a favor o en contra), con referencia a una situación, idea, valor, objeto o clase de objetos materiales, o a una persona o grupo de personas.”

Como se observa por las definiciones, la mayoría de los autores concuerdan en que la actitud es un proceso adquirido y que predispone a actuar ante un determinado objeto o circunstancia de la vida; de tal manera que se observa una relación directa entre la actitud y el comportamiento.

Los psicólogos sociales están de acuerdo en que las actitudes y las acciones se alimentan mutuamente. Las actitudes podrán predecir el comportamiento si se minimizan otras influencias, si la actitud se corresponde de manera muy estrecha con el comportamiento predicho o si la actitud es fuerte (porque algo nos la recuerde, o porque la hemos adquirido por experiencia directa).⁽³³⁾

Según Papúa, (1979) “Las actitudes solo son un indicador de la conducta, pero no la conducta en sí. Es por ello que las mediciones de actitudes deben interpretarse como síntomas, no como hechos.”⁽³⁴⁾

La misma conducta puede ser fuente de las actitudes. No obstante lo que hay que comprender es esto: “...Las actitudes implican lo que la gente piensa, siente respecto a, y cómo les gustaría comportarse respecto a un objeto de actitud...”⁽³⁵⁾

“(...) Para poder predecir y controlar las conductas debemos saber cómo se desarrollan las actitudes. Las actitudes se desarrollan debido a la satisfacción de necesidades. Las actitudes, además de ofrecer un significado a nuestro mundo individual, sirven para alcanzar otros objetivos y satisfacer varios fines.”⁽³⁶⁾

Myers afirma que el vínculo actitud – conducta es débil, debido a que las personas en ocasiones distorsionan sus actitudes reales cuando las expresan. Sin embargo, las actitudes podrían predecir la conducta bajo algunas de estas condiciones:

Cuando las influencias sociales son mínimas sobre nuestra expresión y conducta.

“(....) las expresiones están sujetas a influencias externas...A veces decimos lo que pensamos que otros quieren oír...”⁽³⁷⁾

“En cualquier circunstancia, no sólo nuestras actitudes internas nos guían, sino también la situación que enfrentamos (...) las influencias sociales pueden ser enormes, lo suficientemente grandes para inducir a romper convicciones más profundas (...).Predecir el comportamiento es similar a pronosticar el golpe de algún jugador de béisbol o de cricket (...). Si conocemos a los jugadores, podemos predecir su promedio aproximado de bateo (...).

Los efectos de algún proceder se vuelven más palpables cuando observamos el comportamiento acumulado, o su promedio, en lugar de los actos aislados.”⁽³⁸⁾

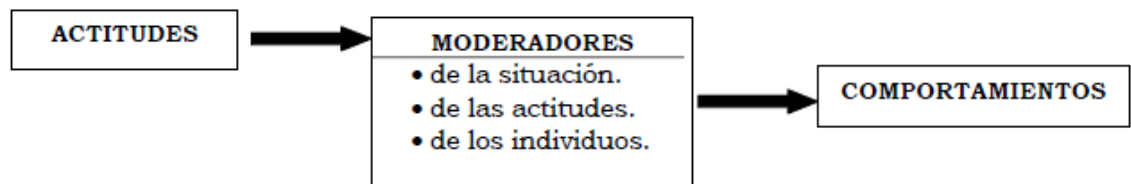
Ajzen y Fishbein (1977) señalan que tanto las actitudes como la conducta pueden caracterizarse mediante cuatro elementos diferentes⁽³⁹⁾:

- El elemento acción: Qué conducta se va a ejecutar.
- El elemento objetivo: A qué objetivo se dirige la conducta.
- El elemento contexto: En qué contexto se ejecuta la conducta.
- El elemento tiempo: En qué momento se realiza la conducta.

Estudios recientes muestran una más estrecha relación entre actitud y conducta cuando el sujeto se halla bajo la presión del tiempo. Según Baron y Byrne (2002): “En situaciones donde la presión de tiempo es elevada, el vínculo actitud -comportamiento tiende a ser más fuerte que en situaciones donde no hay presión y donde los individuos disponen de tiempo para pensar en la información disponible con más detenimiento”.

⁽⁴⁰⁾

Para este autor las actitudes influyen en el comportamiento, aunque esta influencia no es simple y está restringido bajo diversos “moduladores”; que debilitan la influencia de los primeros sobre los segundos.



Así por ejemplo una persona que manifiesta actitudes xenófobas, exhibirá con mayor probabilidad comportamientos xenófobos, y esa probabilidad sería alta, media o baja según los contextos en que ocurrieran las situaciones. ⁽⁴¹⁾

3.1 FORMACIÓN DE LAS ACTITUDES

Según Armendáriz: “El periodo crítico en la formación de las actitudes tiene lugar entre los 12 y 30 años de edad, y las influencias importantes son la familia, los compañeros, la educación, los incidentes críticos y decisiones, hacia el final de este periodo las actitudes llegan a ser bastante estables y persistentes.”

Es así que las actitudes se van desarrollando de distintas maneras como por ejemplo se desarrollan en el proceso de la satisfacción de las necesidades, se encuentran condicionadas por la información que reciben las personas y por último el factor más poderoso en la formación de las

actitudes es la experiencia directa que el individuo tiene con el objeto o referente.

Se pueden distinguir tres tipos de teorías fundamentales sobre la formación de las actitudes, estas son:

A. TEORÍA DEL APRENDIZAJE: Según esta teoría, aprendemos actitudes del mismo modo en que aprendemos todo lo demás. Al aprender la información nueva, aprendemos los sentimientos, los pensamientos y las acciones que están en relación con ella. En la medida en que seamos recompensados (reforzados) por ellas, el aprendizaje perdurará. Esta teoría de aprendizaje conciben a las personas como seres primariamente pasivos, cuyo aprendizaje “depende del número y de la fuerza de los elementos positivos y negativos previamente aprendidos”.

B. TEORÍA DE LA CONSISTENCIA COGNITIVA: Según la teoría de la consistencia cognitiva, la incoherencia entre dos estados de conciencia hace que las personas se sientan incómodas. En consecuencia, cambian o bien sus pensamientos o bien sus acciones con tal de ser coherentes.

C. TEORÍA DE LA DISONANCIA COGNITIVA: Festinger sostiene que siempre que tenemos dos ideas, actitudes u opiniones que se contradicen, estamos en un estado de disonancia cognitiva o desacuerdo. Esto hace que nos sintamos incómodos psicológicamente y por eso hemos de hacer algo para disminuir esta disonancia.

Además del apoyo de estas teorías, existen cuatro mecanismos psicosociales importantes por los cuales formamos nuestras actitudes:

- ❖ **IMITACIÓN:** ya que aprendemos modos específicos de conducta frente a objetos referenciales.

- ❖ **INSTRUCCIÓN:** donde se desarrollan los dilemas entre lo comprendido frente a un referente específico y la conducta real que observamos de las demás personas frente a dicho referente.

- ❖ **CONDICIONAMIENTO:** por determinada actitud que se asume frente a un referente específico; el determinante de la continuación de dicha actitud será el premio o castigo que se reciba.

- ❖ **EXPERIENCIA:** considerado como el factor más poderoso para el aprender y formar las diversas actitudes. ⁽⁴²⁾

3.2 FUNCIONES DE LAS ACTITUDES

Dada la extrema practicidad del comportamiento humano, los diversos aspectos que lo conforman pueden existir sólo cuando tienen una función que cumplir. En el caso de las actitudes, éstas existen y tienen gran fuerza porque desempeñan funciones de importancia en la actividad del individuo.

Respecto al tema de las funciones de las actitudes se pueden encontrar diversos trabajos, D' Katz presenta la teoría más aceptada; al expresar que las actitudes cumplen 4 funciones básicas:

Función instrumental: Ésta función señala que las actitudes sirven para ayudar al individuo a integrarse a su ambiente, con el fin de facilitarle la

vida en comunidad. Se fundamenta en el principio de la recompensa y el castigo que orientan al individuo a adoptar un comportamiento que su grupo de referencia o su ambiente considera aceptable.

Función de defensa del yo: La función Ego defensiva ayuda al individuo a protegerse de los conflictos que ocurren en su percepción de sí mismo o que atentan contra su tranquilidad.

Función de expresión de valores: Ésta función sostiene que las actitudes permiten al individuo mostrarles a los demás algunos de los valores o su concepto de sí mismo.

Función de conocimiento: Se basa en la necesidad de la persona de dar una estructura a su universo y ahorrar esfuerzo en el conocimiento. W McGwire la define como una especie de manual simplificado y práctico acerca del comportamiento por adoptar frente a objetos y situaciones específicas. ⁽⁴³⁾

3.3 CARACTERÍSTICAS DE LA ACTITUD

Algunas características de las actitudes según Scott (1968):

- *Su dirección bipolar positiva-negativa o neutra.*
- *Su magnitud, extremosidad o grado de favorabilidad- des favorabilidad.*
- *Su intensidad o fuerza del sentimiento.*
- *Su ambivalencia o presencia simultánea de aspectos favorables y desfavorables.*

- *Su prominencia o centralismo, la importancia focal o periférica de una actitud dentro de su constelación.*
- *Su prominencia afectiva*
- *Su complejidad cognoscitiva*
- *Su apertura o fuerza comportamental*
- *Su encaje dentro de la estructura cognoscitiva*
- *Su flexibilidad o rigidez*
- *El grado de su concientización.⁽⁴⁴⁾*

Avellaneda, (1980) describe las siguientes características:

- *Son aprendidas, se forman a través de la experiencia*
- *Influyen en el comportamiento del sujeto*
- *Propenden a ser estables, pero **pueden ser modificables***
- *Pueden ser favorables o desfavorables*
- *Se expresan por lo general por lo que decidimos y por la manera en que lo decimos*
- *Seleccionan los hechos. Cuando la persona tiene un conjunto de observaciones; tiende a seleccionar ciertos hechos como favorables o compatibles con su actitud y a rechazar o ignorar los hechos que se oponen a su actitud.*
- *Ejerce un papel motivador en la conducta*
- *Se necesita algo más que la fuerza de voluntad para cambiarlos; es decir, un cambio radical en la manera de ver y sentir las cosas.⁽⁴⁵⁾*

Según Calenzani, (1983) las actitudes tienen las siguientes características:

- **Dirección:** *“... las actitudes pueden estar orientadas positiva o negativamente con respecto a un objeto”. Se entiende por “positiva” a la*

tendencia de acercamiento hacia el objeto al cual tiene determinada actitud, mientras que la “negativa” se refiere a la predisposición a evitar el objeto.

- **Intensidad:** Está relacionada con el aspecto emocional de las actitudes lo cual determina los grados de intensidad con que reaccionan frente al objeto de la actitud, es decir el grado de sentimiento representado (favorable, medianamente favorable, desfavorable).
- **Coherencia:** Una actitud tiene correspondencia con cierta circunstancia o situaciones, frente a lo que el sujeto actúa con una entidad determinada.
- **Claridad:** Hay actitudes que son más objetivas, claras y criticados por las personas.⁽⁴⁶⁾

3.4 DIMENSIONES DE LA ACTITUD

Cabe considerar igualmente que en toda actitud es factible encontrar dos dimensiones que se presentan en la práctica simultáneamente:

- **Dirección.-** Es la orientación que posee la actitud en un continuum de aprobación-desaprobación, conformidad-disconformidad o acuerdo desacuerdo; al que definieron anteriormente como sistema individual de aceptación o rechazo. Mientras que Calenzani menciona que: “... las actitudes pueden estar orientadas positiva o negativamente con respecto a un objeto”. Se entiende por “positiva” a la tendencia de acercamiento hacia el objeto al cual tiene determinada actitud, mientras que la “negativa” se refiere a la predisposición a evitar el objeto.⁽⁴⁷⁾

- **Intensidad.-** Es el nivel de polarización que alcanza la actitud en un continuum y que como resalta Hollander (1968), constituye la fuerza emocional de la misma; por tanto podríamos decir que la intensidad de una actitud se expresa en el grado de aceptación o rechazo de un objeto actitudinal. Mientras que Calenzani menciona que la intensidad está relacionada con el aspecto emocional de las actitudes lo cual determina los grados de intensidad con que reaccionan frente al objeto de la actitud, es decir el grado de sentimiento representado (favorable, medianamente favorable, desfavorable). ⁽⁴⁸⁾

3.5 COMPONENTES DE LA ACTITUD Y SU MEDICIÓN

En las definiciones de actitud, se pueden diferenciar tres componentes principales: uno de conocimiento o cognitivo (una idea, creencia o imagen), otro afectivo (cargada de emoción) y otro comportamental o conductual (que predispone a un tipo de acción).

Los métodos utilizados con mayor frecuencia para medir las actitudes se agrupan según los componentes de la actitud.

Zimbard y Ebbeson, (1976) menciona que las actitudes están compuestas por tres componentes que incluyen ⁽⁴⁹⁾:

❖ **El componente afectivo:** *Consistente en la evaluación de la respuesta emocional.* ⁽⁵⁰⁾

También es conocido como el componente sentimental y se refiere a las emociones o sentimientos ligados con el objeto de la actitud, encontrarse a lo largo de todo un continuum que va desde lo positivo hasta lo negativo. Se tiene que en la mayoría de los instrumentos se han abocado a este componente de la actitud. Entre los métodos de medición más antiguos y que fueron empleados tenemos: los tres de Thurstone (1927, 1928, 1931; Thurstone y Chávez, 1929) y el escalograma de Guttman (1944). Por otro lado, uno de los métodos más utilizados es el de puntuaciones sumadas, propuesta por Likert (1932), aquí el investigador redacta varios reactivos, enunciados u oraciones, los cuales irán acompañados de una escala de cinco intervalos en la cual el individuo debe señalar el grado de acuerdo o desacuerdo con el enunciado presentado.

Otra técnica es el diferencial semántico, la cual es una "(...) técnica de medida muy generalizable que exige adaptación de su forma y contenido según el tipo de problema que se quiere investigar."⁽⁵¹⁾

Siendo técnica de medida del significado connotativo, afectivo o subjetivo, la que fue desarrollada por Osgood y su colegas (1957), para explorar las dimensiones del significado.

Osgood propuso el fundamento de la técnica del diferencial semántico basado en la teoría psicológica del significado. "(...) El diferencial semántico no es un test psicológico en el sentido generalizado del término; es decir, un instrumento con un número definido de reactivos, calificaciones y baremos específicos. Constituye, si una técnica de medida muy generalizable que exige adaptación de su forma y contenido según el tipo de problema que se quiere investigar."

“(…) Desde los primeros esbozos del diferencial semántico se consideró que aquello que se había denominado espacio semántico estaba necesariamente compuesto por un número determinado, pero desconocido, de factores o dimensiones del significado (…)”⁽⁵²⁾

Luego de varios estudios se identificaron los siguientes factores:

- I. *Factor Evaluativo* : agrupa a los adjetivos bipolares que implican una valoración del concepto, premisa o reactivo
- II. *Factor de Potencia*: agrupa a los adjetivos que están definidos por términos que representan fuerza y poder.
- III. *Actividad Orientada*: agrupa los adjetivos que denotan movimiento
- IV. *Estabilidad*: agrupa adjetivos como estable, cambiante, cauto, impulsivo, etc., muestra un sesgo hacia el factor evaluativo.
- V. *Tensión*: agrupa adjetivos como derecho, torcido, regular, redondeado, etc.
- VI. *Novedad*: agrupa adjetivos como nuevo, viejo, etc.
- VII. *Receptividad*
- VIII. *Agresividad*
- IX. *Familiaridad*: agrupa a los adjetivos que definen cuan conocido, familiar es el objeto actitudinal para las personas sujeto al estudio.

❖ **El componente cognitivo**: Está referido al conocimiento actual del objeto o persona.⁽⁵³⁾

Es el más importante; toda vez que sin conocimiento no hay actitud, en él se incluyen “las creencias” acerca de un objeto, el número de elementos de este componente varía de una persona a otra. No obstante, no es necesario tener un conocimiento muy amplio de un objeto social para que

se evidencie una actitud; ya que puede presentarse incluso cuando la cognición es muy limitada. Igualmente puede haber creencias estructuradas basadas sobre datos poco reales o erróneos

❖ **El componente conductual:** *Es la conducta explícita dirigida hacia un objeto o persona.* ⁽⁵⁴⁾

En otras palabras el componente conductual es la predisposición de actuar frente al objeto actitudinal caracterizado o evaluado positiva o negativamente.

3.6 Actitud hacia la Vejez

“Los seres humanos contemplamos perplejos que envejecernos; es algo que creemos que no va ocurrirnos, que es cosa de otros, distante; sentimos que tal vez hasta logremos esquivar este fenómeno. No obstante, tarde o temprano dejamos de pertenecer al selecto grupo y nos vemos relegados, enfrentarnos a que la fantasía de no envejecer es solo eso: una fantasía...” ⁽⁵⁵⁾

En 1996, Birren recoge los primeros testimonios filosóficos de la doble visión de la vejez, manifestando:

“La vejez para Platón es el momento supremo en la edad del hombre y para llegar a una senectud plena, es necesaria una madurez responsable. Por el contrario, en las dos obras que su discípulo escribió en relación a la vejez (De la longevidad y la brevedad de la vida y De la juventud y la vejez), Aristóteles consideraba a

*la vejez-senectud como una enfermedad natural, siendo esta la última etapa de la vida en la que llega el deterioro y la ruina. Y se ha de llegar a ella porque la vejez es sustancial y necesaria, en tanto que inevitable, en la vida del ser humano”
(56)*

Estas dos visiones van a verse representadas a todo lo largo de la historia del pensamiento humano; puesto que se equipara juventud con lo deseable y vejez como lo indeseable.

Según Butler (1969), este prejuicio presenta tres aspectos:

“1. Actitudes negativas hacia los viejos como grupo, que implican una evaluación hostil de los individuos que se categorizan como “viejos”.

2. Como consecuencia de lo anterior, una predisposición a discriminar a los viejos (por ejemplo, evitar el contacto con ellos, culpabilizarlos, victimizarlos, margínalos o cualquier otro comportamiento que implique descredito), en función únicamente de su edad cronológica

3. Prácticas o políticas institucionales que, a través de la elaboración de normas legales o morales, reducen las oportunidades de las personas mayores. Dichos prácticas sirven, además, para reforzar y justificar las actitudes y creencias individuales. Representa el cierre de un círculo vicioso de consecuencias nada beneficiosas para las personas mayores.”⁽⁵⁷⁾

Finalmente, “(...) como afirma Friedman, se debe “considerar la edad como una variable independiente”, es decir, la persona, “con

independencia del número de años que tiene, hay otras dimensiones más importantes de las capacidades y necesidades humanas. Reconocer y valorar a la persona y no su número de años debe ser la propuesta central.”⁽⁵⁸⁾

G. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

❖ ACTITUD

Predisposición de aceptación o rechazo que el Interno de enfermería tiene hacia brindar cuidado a la persona Adulta Mayor.

❖ BRINDAR CUIDADO

Acciones de enfermería, orientadas a la satisfacción de las necesidades biológicas, psicológicas y sociales, y/o adaptación a los cambios que ellos produzcan.

❖ PERSONA ADULTA MAYOR COMO UNIDAD BIOPSIICOSOCIAL

Varón o mujer de 60 años a más, constituido por sus dimensiones biológicas, psicológicas y social en permanente interacción.

❖ INTERNADO

Periodo en el que se complementa, profundiza y consolida los logros del proceso de formación del estudiante en el área hospitalaria y comunitaria, con una duración de seis meses en cada rotación.

❖ **INTERNO DE ENFERMERÍA**

Persona, varón o mujer, matriculada en el quinto año de estudios del presente año, 2012, en la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

❖ **ROTACIÓN COMUNITARIA DEL INTERNADO**

Permanencia del estudiante, por un periodo de seis meses, en los establecimientos de salud del primer nivel de atención, desarrollando actividades de enfermería en el ámbito intra y extra mural.

❖ **ROTACIÓN HOSPITALARIA DEL INTERNADO**

Permanencia del estudiante, por un periodo de seis meses, en los hospitales, desarrollando actividades de enfermería en los servicios de Medicina, Cirugía y Emergencia.

❖ **DIMENSION BIOLÓGICA**

Características expresadas en los cambios morfológicos y el estado de salud o enfermedad que presenta la persona Adulta Mayor como producto del envejecimiento.

❖ **DIMENSION PSICOLÓGICA**

Características manifiestas en relación al rendimiento intelectual, conductual, interés, autoestima, valores, que presenta la persona Adulta Mayor como producto del envejecimiento.

❖ **DIMENSION SOCIAL**

Características relacionadas con el entorno socio familiar; laboral, participación, interacción social, inclusión social, que presenta la persona Adulta Mayor como producto del envejecimiento.

CAPITULO II: MATERIAL Y MÉTODO

A. TIPO, NIVEL Y MÉTODO DE ESTUDIO

El presente trabajo de investigación es de tipo cuantitativo, pues permite obtener datos susceptibles de ser cuantificados y a la vez permite un tratamiento estadístico.

De nivel aplicativo pues otorga un aporte significativo a la práctica de enfermería en el cuidado de la persona Adulta Mayor, brindando al Interno de enfermería la capacidad de comprender un poco más sobre los sentimientos y las necesidades de los adultos mayores.

El método es Descriptivo, por ser su objetivo observar y documentar aspectos de una situación que ocurre de manera natural. Y según el periodo y la secuencia del estudio, la presente investigación es de corte transversal por presentarse en un tiempo y espacio determinado.

B. DESCRIPCIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO

El presente estudio se desarrolló en la Escuela Académico Profesional de Enfermería, Unidad Académica que conjuntamente con las Escuelas de Medicina Humana, Obstetricia, Tecnología Médica y Nutrición conforman la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, ubicada en la Av. Grau 755 del Cercado de Lima.

La población estudiantil de la Escuela de Enfermería está conformada por 335 alumnos, de los cuales 60 cursan el quinto año, quienes son los sujetos de estudio. El Plan de Estudios de la E.A.P. de Enfermería está estructurado en cinco años académicos, de los cuales, el quinto año de estudios corresponde al Internado, último periodo de formación, que tiene carácter anual cronológico, desarrollándose tanto en el campo hospitalario como en el comunitario, con seis meses de duración cada uno.

C. POBLACIÓN SUJETO DE ESTUDIO

La población está conformada por 60 alumnos del quinto año de la Escuela Académica Profesional de enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. El tamaño de la población es accesible para la recolección de los datos así que no es necesario trabajar con muestra.

Criterios de inclusión

- Estudiantes que estén matriculados en el quinto año de estudios de la escuela académico profesional de enfermería de la UNMSM
- Que hayan completado la rotación Hospitalaria o Comunitaria

- Que acepten participar del presente estudio de investigación

Criterios de exclusión

- Estudiantes del quinto año de enfermería que no acepten participar

D. TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para el presente trabajo de investigación la técnica empleada fue la encuesta y el instrumento un cuestionario aplicando la técnica del diferencial semántico, por considerarla como la más apropiada para identificar las actitudes, dado que a través de ella se puede medir las connotaciones y significados que tienen los eventos, cosas o personas; es decir evaluar directamente con las escalas que tienen como punto de referencia en los extremos adjetivos bipolares.

El instrumento en su constitución física consta de la presentación donde se da a conocer los objetivos de la investigación y se solicita la participación voluntaria.

En el área de instrucciones se da las orientaciones para su resolución y se presenta un ejemplo.

En datos generales se considera información relacionada con datos demográficos de los internos de enfermería.

En datos específicos, el instrumento consta de 4 reactivos, cada reactivo estuvo constituido por 4 factores: evaluación, potencia, acción y familiaridad; cada uno de ellos por 3 escalas bipolares siendo el total de 12 escalas que conforma cada reactivo. La ubicación de las escalas según su dirección positiva o negativa así como su pertenencia a los factores se realizó aleatoriamente para cada reactivo. **(Ver Anexo A)**

La validez del instrumento se determinó mediante la prueba Binomial de Jueces de Expertos, conformados por 8 profesionales docentes, entre ellos Licenciados de Enfermería (5), Licenciados en Psicología (2) y Estadista (1). Sus opiniones, recomendaciones y sugerencias permitieron realizar los ajustes necesarios al instrumento para su aplicación. **(Ver Anexo B)**

En relación a la confiabilidad del Instrumento, se desarrolló la prueba piloto con 10 estudiantes de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad Nacional Federico Villareal, población con características similares a la población en estudio. Se aplicó la fórmula Alfa de Crombach para determinar el coeficiente de confiabilidad del instrumento, obteniéndose 0.87. **(Ver Anexo C)**.

E. PROCESO DE RECOLECCIÓN, PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE DATOS

Procedimiento para la recolección de datos

Se realizó el trámite administrativo correspondiente con la Dirección de la E. A. P. de Enfermería para obtener la autorización respectiva. Se

coordinó con la docente coordinadora del Internado, determinando fecha y hora para la aplicación del cuestionario. Se recolectó los datos una hora antes de la reunión general convocada por la junta directiva del internado 2012.

Se aplicó el instrumento en forma simultánea a los Internos, a quienes se les solicitó previamente su consentimiento. La participación de los estudiantes fue del 98.3% (59 internos), el 1.7% (1 interna) restante fue aquella que el día de la recolección estuvo ausente.

Entre las actividades para supervisar y coordinar el proceso de recolección de datos se realizó lo siguiente:

En cuanto a la organización y asignación del Trabajo de Campo, la recolección estuvo a cargo de la investigadora y como colaboradora una compañera.

La investigadora se encargó de dar las instrucciones para el desarrollo del instrumento así como del esclarecimiento de dudas durante el proceso de recolección de datos. La compañera se encargó de la revisión y recepción de los instrumentos desarrollados asignándoles a la vez un número para corroborar la cantidad de instrumentos aplicados con el número de participantes.

Procesamiento de Datos

Para el procesamiento de datos se elaboró una matriz tripartita (**Ver Anexo D**) en la que se vaciaron los datos recolectados, realizando luego

el paloteo lo que permitió cuantificar la información, tanto en forma individual del interno como en forma grupal; es decir, permitió obtener el promedio actitudinal individual y grupal.

Para determinar el promedio de la actitud en cada sujeto de estudio, se realizó lo siguiente:

- En cada reactivo se agrupó las escalas bipolares según factores evaluación, potencia, acción y familiaridad.
- Se obtuvo el promedio de cada reactivo en cada escala (según el espacio semántico donde hayan marcado), para luego ser dividido entre el número de escalas bipolares que constituye cada factor. Luego se sumó el promedio de los cuatro factores y se dividió entre cuatro obteniéndose el promedio del reactivo.

(Ver Anexo E)

Para determinar el promedio general de la actitud de los Internos de Enfermería en conjunto por cada reactivo del instrumento, se realizó lo siguiente:

- En cada reactivo se obtuvo los promedios de cada escala bipolar; multiplicando la frecuencia relativa (número de Internos que habían marcado en cada espacio semántico) por el puntaje asignado a cada espacio semántico, comprendido entre 1 y 6 según la cercanía al polo negativo o positivo respectivamente. Luego se procedió a sumar todos los valores individuales es decir, los obtenidos por cada sujeto

de estudio, para luego ser dividido entre el número total de la población estudiada.

- Se procedió a obtener el promedio de cada factor, sumando los promedios obtenidos en cada escala bipolar y dividida entre el número de escalas bipolares que constituyen el factor.
- Luego se obtuvo el promedio de los cuatro factores cuyo resultado expresa el promedio actitudinal del reactivo. **(Ver Anexo E)**

Presentación de datos

Los resultados obtenidos se presentaron en cuadros y gráficos, éstos últimos constituyen el perfil de las actitudes acorde a la técnica del diferencial semántico. Para la elaboración del perfil se utilizó el paquete estadístico en Excel (XLSTAT), las escalas bipolares fueron organizadas en dos columnas, en la izquierda se anotaron las escalas con dirección negativa y en la derecha las escalas con dirección positiva. Asimismo, dichas escalas fueron agrupadas por factores. En cada perfil se registró el promedio obtenido por cada escala bipolar, cada factor y el promedio general del reactivo.

F. PROCESO DE ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

Proceso de Análisis

La técnica estadística empleada fue la descriptiva: distribución de frecuencias. Aplicando la técnica del diferencial semántico se obtuvo promedios de cada escala, de cada factor, de cada reactivo, lo que permitió determinar la dirección e intensidad de las actitudes.

Para la calificación de la actitud en su dirección e intensidad se tendrá en cuenta la siguiente categorización:

DIRECCIÓN	INTENSIDAD	PUNTAJE
RECHAZO	FUERTE	1 – 1.99
	MODERADA	2 – 2.99
	LEVE	3 – 3.99
ACEPTACIÓN	LEVE	4 – 4.99
	MODERADA	5 – 5.99
	FUERTE	6

G. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para la ejecución del presente trabajo de investigación se realizó los trámites administrativos ante la E.A.P Enfermería, instancia que a través de su Comité de Grados y Títulos, lo aprobó, autorizando su ejecución; se obtuvo la Resolución de Decanato respectiva.

Para la participación de los Internos, se respetó el principio de autonomía, haciéndoles conocer los objetivos, propósito así como el uso que se le daría a los resultados, teniendo libertad de decisión para participar; no hubo presión ni persuasión para su participación. Es así que se solicitó el consentimiento de las (os) internos de Enfermería. Se mantuvo el anonimato y la confidencialidad de los datos.

CAPITULO III

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Luego de haber recolectado los datos, éstos fueron procesados y presentados en cuadros y/o gráficos (perfiles), para su respectivo análisis e interpretación, en concordancia con los objetivos del estudio. A continuación se presentan los resultados y su discusión:

1. RESULTADOS

A. DATOS GENERALES

En relación a la edad, ésta fluctúa entre 20 y 26 años. En su distribución por rangos de edades el 87% (51) tiene entre 22 y 25 años, lo que caracteriza a la población de Internos como mayoritariamente adulto joven. **(Ver Anexo F).**

En relación al sexo, predomina el femenino con el 89.8% (53) a diferencia de los varones que alcanzan el 10.2% (6). **(Ver Anexo G).**

En cuanto si recibieron cursos de geriatría y/o Gerontología el 88.1%⁽⁵²⁾ no recibieron ningún curso, mientras que el 11.9% (7) si recibieron el curso. **(Ver Anexo H)**

Las características presentadas permiten afirmar que la población estudiantil que participó en el presente estudio es mayoritariamente joven, de sexo femenino y no ha recibido cursos sobre Geriatría y/o Gerontología.

B. DATOS ESPECÍFICOS

B.1. Dirección e Intensidad de la actitud de los internos de Enfermería hacia el cuidado de la Persona Adulta Mayor como unidad Biopsicosocial.

CUADRO 1

DIRECCIÓN E INTENSIDAD DE LAS ACTITUDES DE LOS INTERNOS DE ENFERMERÍA HACIA EL CUIDADO DE PERSONA ADULTA MAYOR COMO UNIDAD BIOPSIOSOCIAL SEGÚN ROTACIONES DEL INTERNADO E.A.P. ENFERMERÍA, UNMSM – 2012

DIRECCIÓN E INTENSIDAD DE LAS ACTITUDES		ROTACIÓN DEL INTERNADO				TOTAL	
		HOSPITALARIA		COMUNITARIA			
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
ACEPTACIÓN	FUERTE	0	0	1	3.6	1	1.7
	MODERADO	0	0	0	0	0	0
	LEVE	14	45.2	10	35.7	24	40.7
RECHAZO	LEVE	17	54.8	14	50	31	52.5
	MODERADO	0	0	3	10.7	3	5.1
	FUERTE	0	0	0	0	0	0
TOTAL		31	100	28	100	59	100

Fuente: Encuesta realizada a los Internos de Enfermería de la UNMSM – 2012

Observando la dirección e intensidad de las actitudes, de la totalidad de Internos, en ambas rotaciones, se evidencia que en el 52.5% (31) Internos la actitud hacia el cuidado de la persona Adulta Mayor como ser biopsicosocial es de rechazo leve, seguido del 40.7% (24) Internos con actitud de aceptación leve; predominando el rechazo leve. Obtiene el menor porcentaje 1.7%(1) Interno la aceptación fuerte; no existiendo ninguno de actitud moderada. En el rechazo se presenta la intensidad moderada en el 5.1%(3) Internos.

Observando las rotaciones del Internado hospitalario y comunitario, en ambas el mayor porcentaje es el rechazo leve, con el 54.8% y 50% respectivamente, lo que permite afirmar que en ambas rotaciones la actitud hacia el cuidado de la persona Adulta Mayor como ser biopsicosocial, es de rechazo leve. Aplicando chi cuadrado, no hay diferencia significativa entre ambas. (Anexo J)

En relación a la aceptación, ésta es leve, llegando al 45.2%(14) Internos en la rotación hospitalaria y al 35.7%(10) en la comunitaria.

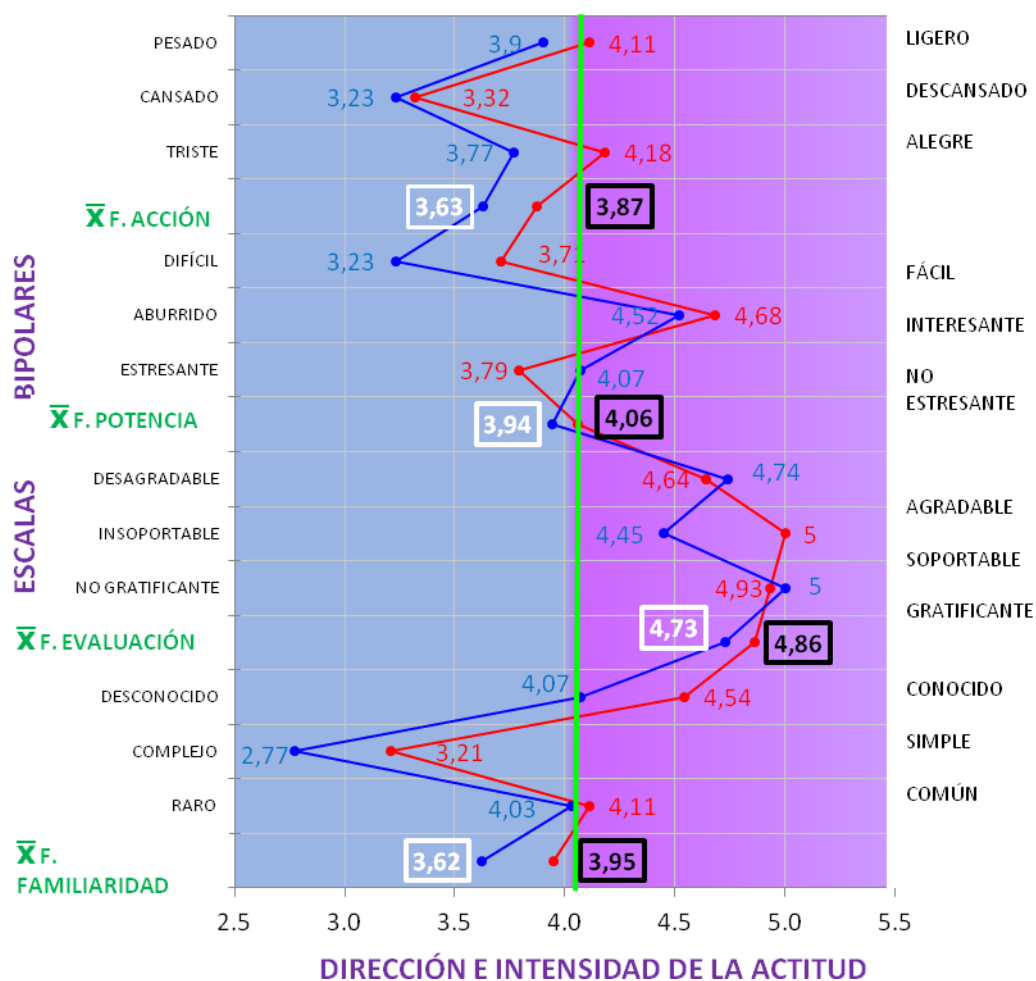
Tanto en el total de ambas rotaciones como en cada una de ellas, la actitud hacia el cuidado de la persona Adulta Mayor como ser biopsicosocial, tiene una dirección de rechazo con intensidad leve.

B.2 Perfil de las actitudes hacia el cuidado de la persona Adulta Mayor como ser Biopsicosocial según rotaciones del Internado

GRAFICO N° 1

PERFIL DE LA ACTITUD DE LOS INTERNOS DE ENFERMERIA HACIA EL CUIDADO DE LA PERSONA ADULTA MAYOR COMO UNIDAD BIOPSIKOSOCIAL SEGÚN ROTACIONES DEL INTERNADO, E.A.P. ENFERMERÍA DE LA UNMSM-2012

$\bar{X} = 4.09$



DIRECCIÓN

RECHAZO → Fuerte: 1 – 1.99 Moderado: 2 – 2.99 Leve: 3 – 3.99

ACEPTACIÓN → Leve: 4 – 4.99 Moderado: 5 – 5.99 Fuerte: 6

— ÁREA COMUNITARIA (Red)

— ÁREA HOSPITALARIA (Blue)

\bar{X} = Promedio

El perfil que a continuación se presenta, grafica los promedios obtenidos por la totalidad de internos en cada reactivo, escala y factor.

El presente gráfico representa el promedio del siguiente reactivo: El cuidado de la persona adulta mayor durante la rotación Hospitalaria y Comunitaria.

El promedio obtenido, tal como se observa, es de 4.09 puntaje que según la tabla de categorización de actitud indica una actitud de aceptación con intensidad leve.

Observando el perfil por factores, se tiene que el **factor acción** obtiene un promedio de 3.63 en el área Hospitalaria y 3.87 en el área Comunitaria, lo que indica una actitud de los Internos de enfermería hacia cuidar a la persona Adulta Mayor como unidad biopsicosocial, con dirección de rechazo e intensidad leve. Los promedios obtenidos en las escalas que conforman el factor acción en el área Hospitalaria fluctúan entre 3.23 a 3.9; de las tres escalas, es la “cansada – descansada” la que obtiene el menor puntaje (3.23), seguida por “triste – alegre” (3.77) y la que tiene mayor puntaje es “pesado – ligero” (3.9), todas ellas indican una dirección de rechazo con intensidad leve, siendo la de mayor rechazo la escala cansado - descansado.

En el área Hospitalaria se aprecia que la escala con menor puntaje es la “cansado – descansado” (3.32) lo que indica una dirección de rechazo con intensidad leve, seguida de la escala “pesado – ligero” (4.11) y por último la escala “triste – alegre” (4.18) éstas dos últimas indican una dirección de aceptación con intensidad leve.

Lo presentado afirma que en el factor acción los internos de enfermería consideran que el cuidado a la persona Adulta Mayor como ser

Biopsicosocial es bastante cansado, ligeramente pesado y algo triste en el área hospitalaria, a diferencia en el área comunitaria que lo consideran ligero y alegre.

En cuanto al promedio del **factor potencia** obtenido es de 4.06 para el área Comunitaria, mientras que para el área Hospitalaria es de 3.94, lo que indica una actitud hacia el cuidado de la persona Adulta Mayor como unidad Biopsicosocial, con dirección de aceptación con intensidad leve para el área comunitaria y de dirección de rechazo con intensidad leve para el área hospitalaria.

Los promedios obtenidos en las escalas que integran el factor potencia en el área Comunitaria fluctúan entre 3.71 a 4.68; de las cuales es la escala “difícil –fácil” la que presenta un menor promedio (3.71), seguida de la escala “estresante – no estresante” con un promedio de 3.79, indicando una actitud con dirección de rechazo con intensidad leve, y la escala “aburrido – interesante” con un promedio de 4.68 señalando una dirección de aceptación con intensidad leve.

En el área hospitalaria se tiene a la escala “difícil – fácil” con menor promedio (3.71) lo que indica una dirección de rechazo con intensidad leve, seguida por la escala “estresante – no estresante” con un promedio de 4.07 y la escala “aburrido – interesante” con un promedio de 4.52 lo que indican una dirección de aceptación con intensidad leve.

Lo presente afirma que en el factor potencia el Interno considera que cuidar a la persona Adulta mayor como sr biopsicosocial es bastante difícil en el área hospitalaria y un poco menos difícil para el área

Comunitaria. Bastante interesante y ligeramente estresante para ambas áreas, hospitalaria y comunitaria.

El promedio del **factor evaluación** es de 4.86 para el área Comunitaria y de 4.73 para el área Hospitalaria, lo que indica una actitud con dirección de aceptación e intensidad leve.

Los promedios obtenidos en las escalas que conforman el factor acción en el área Hospitalaria, el de menor puntaje corresponde a la escala “insoportable – soportable” con 4.45, seguida de la escala “desagradable – agradable” con 4.74; escala que indica una actitud por parte de los Internos con dirección de aceptación e intensidad leve; por último, en ésta área, la escala “no gratificante – gratificante” con promedio 5 indica una actitud con dirección de aceptación e intensidad moderada.

En el área Comunitaria encontramos promedios de 4.64 para la escala “desagradable – agradable”, seguida de la escala “no gratificante – gratificante” con un promedio de 4.93 lo que indica una dirección de aceptación con intensidad leve y por último la escala “insoportable – soportable” con un promedio de 5 lo que indica dirección de aceptación e intensidad moderada.

Lo presentado afirma que en el factor evaluativo, los Internos consideran que cuidar a la persona Adulta mayor como ser biopsicosocial es bastante agradable, soportable y gratificante para ambas áreas, comunitaria y hospitalaria.

Al evaluar el **factor familiaridad** éste presenta un promedio de 3.95 para el área Comunitaria y de 3.62 para el área Hospitalaria, lo que indica una dirección de rechazo con intensidad leve.

Los promedios obtenidos para el área Comunitaria van desde 3.21 para la escala “complejo – simple” lo que indica una dirección de rechazo con intensidad leve, seguida de la escala “raro – común” con un promedio de 4.11 y la escala “desconocido – conocido” hasta 4.54 de promedio, lo que indica una dirección de aceptación con intensidad leve.

Los promedios obtenidos para el área Hospitalaria van desde 2.77 para la escala “complejo – simple” lo que indica una dirección de rechazo con intensidad moderada, seguida de la escala “raro – común” con 4.03 de promedio y la escala “desconocido – conocido” con 4.07 de promedio indicando una dirección de aceptación con intensidad leve.

Desde éste perfil se puede afirmar que para los internos de enfermería cuidar a la persona adulta Mayor como ser biopsicosocial, es bastante complejo, conocido y común en ambas rotaciones, hospitalaria y comunitaria.

B.3. Distribución porcentual de la dirección e intensidad de las actitudes de los Internos de Enfermería hacia cuidar a la persona Adulta Mayor según los cambios biológicos, psicológicos y sociales.

CUADRO N° 2

DIRECCIÓN E INTENSIDAD DE LAS ACTITUDES DE LOS INTERNOS DE ENFERMERÍA HACIA EL CUIDADO DE LA PERSONA ADULTA MAYOR SEGÚN SU DIMENSIÓN BIOLÓGICA EN LA ROTACIÓN COMUNITARIA Y HOSPITALARIA, E.A.P. ENFERMERÍA DE LA UNMSM, 2012

DIRECCIÓN E INTENSIDAD DE LAS ACTITUDES		ROTACIÓN DEL INTERNADO				TOTAL	
		HOSPITALARIA		COMUNITARIA			
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
ACEPTACIÓN	FUERTE	0	0	1	3.6	1	1.7
	MODERADO	0	0	0	0	0	0
	LEVE	22	71	18	64.3	40	67.8
RECHAZO	LEVE	7	23	6	21.4	13	22
	MODERADO	2	6	3	10.7	5	8.5
	FUERTE	0	0	0	0	0	0
TOTAL		31	100	28	100	59	100

Fuente: Encuesta realizada a los Internos de Enfermería de la UNMSM – 2012

Observando la dirección e intensidad de las actitudes de los Internos de Enfermería hacia el cuidado de la persona Adulta Mayor según

su dimensión biológica, de la totalidad de éstos, en ambas rotaciones, se observa que en el 67.8% (40) Internos, la actitud es de aceptación leve, seguido del 22% (13) de rechazo leve; predominando la aceptación leve. Obtiene el menor puntaje 1.7% (1) Interno, la aceptación fuerte; no existiendo ninguno de moderada. En el rechazo se presenta la intensidad moderada en el 8.5% (5) Interno.

Observando las rotaciones del Internado hospitalario y comunitario en ambas el mayor porcentaje está ubicado en la aceptación leve, con el 71% (21) Internos y 64.3% (18) Internos respectivamente, lo que permite afirmar que en ambas rotaciones la actitud de los internos hacia el cuidado de la persona Adulta Mayor en su dimensión biológica es de aceptación leve. Aplicando chi cuadrado no se ha encontrado diferencia significativa entre ambas. (Anexo J)

En relación al rechazo, éste es leve, llegando al 23% (6) Internos en la rotación Hospitalaria y al 21.4% (6) Internos para la rotación hospitalaria.

En el campo del rechazo con intensidad moderada se aprecia un 10.7% (3) Internos para la rotación comunitaria y 6%(2) Internos para la rotación hospitalaria.

Tanto en el total de ambas rotaciones como en cada una de ellas la actitud de los Internos hacia el cuidado de la persona Adulta mayor en su dimensión biológica, tiene una dirección de aceptación con intensidad leve.

El presente gráfico N° 2 representa el promedio del siguiente reactivo: el cuidado de la persona adulta mayor en su dimensión biológica, durante la rotación Hospitalaria y Comunitaria.

El promedio obtenido, tal como se observa, es de 3.9 puntaje que según la tabla de categorización de actitud indica una actitud de rechazo con intensidad leve, sin embargo se encuentra muy cerca a la aceptación leve.

Observando el perfil por factores, se tiene que el **factor acción** obtiene un promedio de 3.5 en el área Hospitalaria y 3.61 en el área Comunitaria, lo que indica una actitud de los Internos de enfermería hacia cuidar a la persona Adulta Mayor en su dimensión biológica, con dirección de rechazo e intensidad leve.

Los promedios obtenidos en las escalas que conforman el factor acción en el área Hospitalaria fluctúan entre 3.32 a 4; de las tres escalas, es la “cansada – descansada” la que obtiene el menor puntaje (3.32), seguida por “pesado – ligero” (3.52), las cuales indican un rechazo con intensidad leve y la que tiene mayor puntaje es “triste – alegre” (4) manifestándose una actitud de aceptación con intensidad leve.

En el área Comunitaria se observa que la escala con menor puntaje es la “cansado – descansado” (3.39), seguida de la escala “triste – alegre” (3.46) y por último la escala “pesado – ligero” (3.64) las cuales indican una actitud de rechazo con intensidad leve, y al igual que en la rotación hospitalaria, es la escala cansado – descansado es la que obtiene el menor puntaje.

Lo presentado permite afirmar, que en el factor acción, los Internos de Enfermería consideran que el cuidado de la persona Adulta mayor en su dimensión biológica es bastante cansado, bastante pesado.

En cuanto al promedio del **factor potencia** obtenido es de 3.93 para el área Comunitaria, mientras que para el área Hospitalaria es de 3.77, lo que indica una actitud hacia el cuidado de la persona Adulta Mayor en su dimensión biológica, con dirección de rechazo con intensidad leve para ambas áreas. Siendo la rotación hospitalaria la que más cerca del área de aceptación con intensidad leve.

Los promedios obtenidos en las escalas que integran el factor potencia en el área Comunitaria fluctúan entre 3.5 a 4.36; de las cuales es la escala “estresante – no estresante” la que presenta un menor promedio (3.71), seguida de la escala “difícil –fácil” con un promedio de 3.93, indicando una actitud con dirección de rechazo e intensidad leve, y la escala “aburrido – interesante” con un promedio de 4.36 señalando una dirección de aceptación e intensidad leve.

En el área hospitalaria observamos que la escala “estresante – no estresante” es la que presenta un menor promedio (3.48), seguida de la escala “difícil – fácil” con un promedio de 3.65, indicando una dirección de rechazo con intensidad leve, y la escala “aburrido – interesante” con un promedio de 4.19 lo que indica una dirección de aceptación con intensidad leve.

Lo presente permite afirmar que en el factor potencia los Internos de Enfermería consideran que el cuidado de la persona Adulta Mayor en

su dimensión biológica es ligeramente difícil, ligeramente estresante y bastante interesante.

El promedio del **factor evaluación** es de 4.29 para el área Comunitaria y de 4.13 para el área Hospitalaria, indicando una actitud con dirección de aceptación e intensidad leve.

Los promedios obtenidos en las escalas que conforman el factor acción en el área Hospitalaria, es el de menor puntaje la escala “insoportable – soportable” con 3.9, señalando una actitud, por parte de los Internos, con dirección de rechazo e intensidad leve, seguida de la escala “no gratificante – gratificante” con 4.16 y por último, en ésta área, la escala “desagradable – agradable” con promedio 4.32 lo que indica una actitud con dirección de aceptación e intensidad leve.

En el área Comunitaria observamos promedios de 4.14 para la escala “desagradable – agradable”, seguida de la escala “insoportable – soportable” con un promedio de 4.18 y por último la escala “no gratificante – gratificante” con un promedio de 4.54, los que indica una dirección de aceptación con intensidad leve.

Lo presentado permite afirmar, que los Internos de enfermería consideran que cuidar la dimensión biológica de la persona Adulta Mayor desde éste factor es bastante agradable, soportable y bastante gratificante en el rotación comunitaria y para la rotación hospitalaria la consideran bastante agradable, ligeramente insoportable y bastante gratificante.

Al evaluar el **factor familiaridad** ésta presenta un promedio de 3.8 para el área Comunitaria y de 3.74 para el área Hospitalaria, indicando una dirección de rechazo con intensidad leve.

Los promedios obtenidos para el área Comunitaria van desde 3.25 para la escala “complejo – simple”, seguida de la escala “raro – común” con un promedio de 3.75, lo que indica una dirección de rechazo con intensidad leve y la escala “desconocido – conocido” con 4.39 de promedio, señalando una dirección de aceptación con intensidad leve.

En el área Hospitalaria los promedios obtenidos van desde 3.32 para la escala “complejo – simple”, seguida de la escala “raro – común” con 3.68 de promedio, lo que indican una dirección de rechazo con intensidad leve, hasta la escala “desconocido – conocido” con 4.39 de promedio señalando una dirección de aceptación con intensidad leve.

Los datos de éste perfil permiten afirmar que en el factor familiaridad, los Internos de Enfermería consideran que cuidar a la persona Adulta mayor en su dimensión biológica es una experiencia bastante compleja, bastante conocida y ligeramente rara, ésta última muy próxima a presentar una dirección de aceptación con intensidad leve.

CUADRO N° 3

DIRECCIÓN E INTENSIDAD DE LAS ACTITUDES DE LOS INTERNOS DE ENFERMERÍA HACIA EL CUIDADO DE LA PERSONA ADULTA MAYOR SEGÚN SU DIMENSIÓN PSICOLÓGICA EN LA ROTACIÓN COMUNITARIA Y HOSPITALARIA, E.A.P. ENFERMERÍA DE LA UNMSM, 2012

DIRECCIÓN E INTENSIDAD DE LAS ACTITUDES		ROTACIÓN DEL INTERNADO				TOTAL	
		HOSPITALARIA		COMUNITARIA			
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
ACEPTACIÓN	FUERTE	0	0	1	3.6	1	1.7
	MODERADO	0	0	1	3.6	1	1.7
	LEVE	17	54.8	16	57.1	33	56
RECHAZO	LEVE	14	45.2	9	32.1	23	38.9
	MODERADO	0	0	1	3.6	1	1.7
	FUERTE	0	0	0	0	0	0
TOTAL		31	100	28	100	59	100

Fuente: Encuesta realizada a los Internos de Enfermería de la UNMSM – 2012

Observando la dirección e Intensidad de las actitudes en el cuadro N° 3, de la totalidad de Internos, en ambas rotaciones, se tiene que en el 56% (33) Internos, la actitud hacia el cuidado de la dimensión psicológica

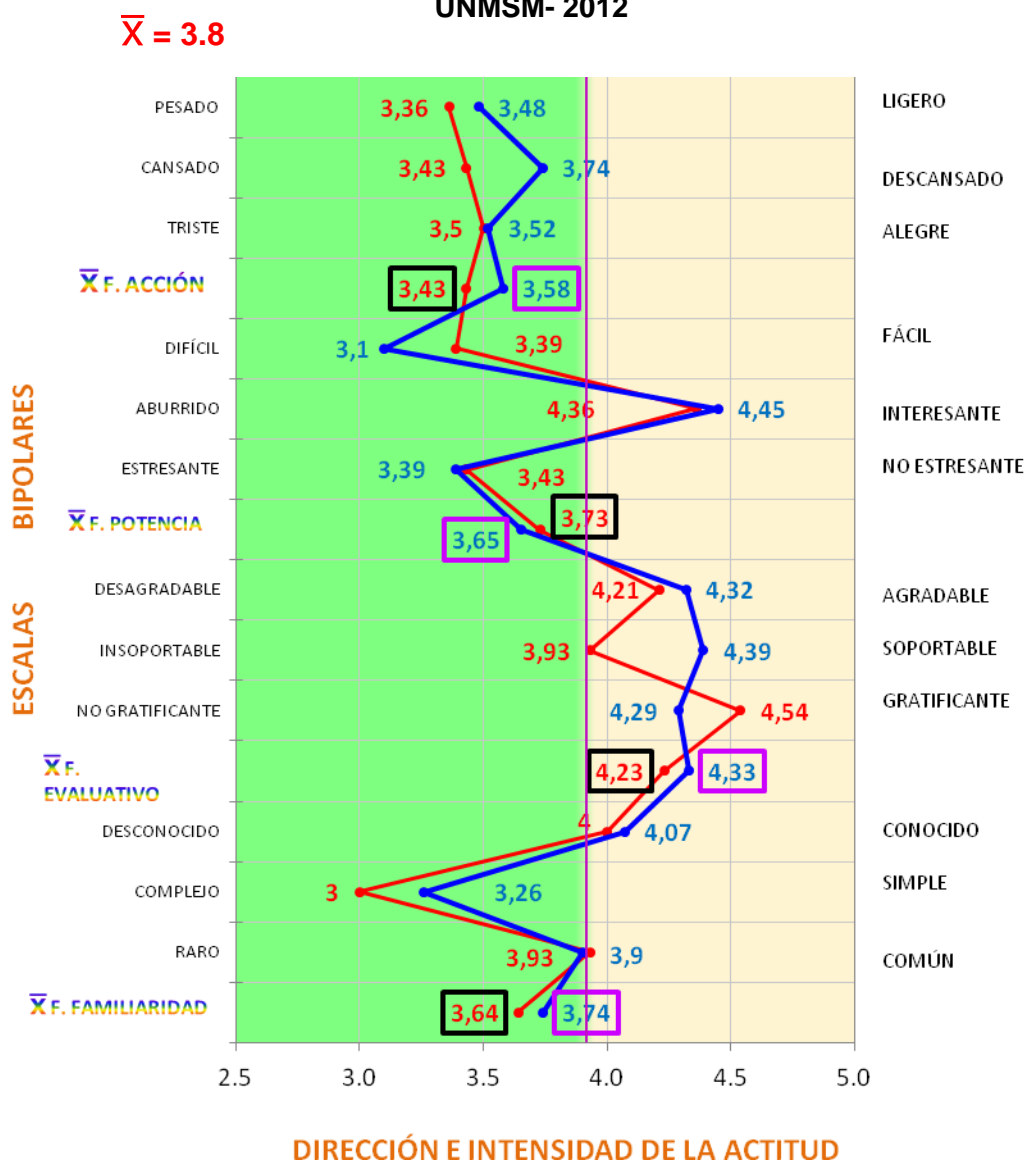
de la persona Adulta Mayor es de aceptación con intensidad leve, seguido del 38.9% (23) de rechazo leve; predominando la aceptación leve. Obtienen el menor porcentaje 1.7% (1) Interno la aceptación fuerte y moderada, al igual que el rechazo moderado.

Observando las rotaciones del Internado hospitalario y comunitario, en ambas, el mayor porcentaje lo tiene la aceptación leve, con el 54.8% (17) Internos y 57.1% (16) Internos respectivamente. Lo que permite afirmar que en ambas rotaciones la actitud es de aceptación leve. Aplicando chi cuadrado no se evidencia diferencia significativa entre ambas. (Anexo J)

En relación al rechazo, éste es leve, llegando al 45.2% (14) Internos en la rotación hospitalaria y 32.1% (9) Internos en la rotación comunitaria.

GRAFICO N° 3

PERFIL DE LA ACTITUD DE LOS INTERNOS DE ENFERMERIA HACIA EL CUIDADO DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN SU DIMENSIÓN PSICOLÓGICA, SEGÚN ROTACIONES DEL INTERNADO, E.A.P. ENFERMERÍA DE LA UNMSM- 2012



DIRECCIÓN		INTENSIDAD		
 RECHAZO	→	Fuerte: 1 – 1.99	Moderado: 2 – 2.99	Leve: 3 – 3.99
 ACEPTACIÓN	→	Leve: 4 – 4.99	Moderado: 5 – 5.99	Fuerte: 6:

— ÁREA COMUNITARIA
— ÁREA HOSPITALARIA

\bar{X} = Promedio

El presente perfil representa el promedio del siguiente reactivo: el cuidado de la persona adulta mayor en su dimensión psicológica, durante la rotación Hospitalaria y Comunitaria, ya que ambos constituyen las rotaciones del internado.

El promedio obtenido, tal como se observa, es de 3.8 puntaje que según la tabla de categorización de actitud indica una actitud de rechazo con intensidad leve.

Observando el perfil por factores, se tiene que el **factor acción** obtiene un promedio de 3.58 en el área Hospitalaria y 3.43 en el área Comunitaria, lo que indica una actitud de los Internos de enfermería hacia cuidar a la persona Adulta Mayor en su dimensión psicológica, con dirección de rechazo e intensidad leve.

Los promedios obtenidos en las escalas que conforman el factor acción en el área Hospitalaria fluctúan entre 3.32 a 4; de las tres escalas, es la “cansada – descansada” la que obtiene el mayor puntaje (3.74), seguida por “triste – alegre” (3.52) y la que tiene menor puntaje es “pesado – ligero” (3.48) manifestándose una actitud de rechazo con intensidad leve.

En el área Comunitaria se aprecia que la escala con menor puntaje es la “pesado – ligero” (3.36), seguida de la escala “cansado – descansado” (3.43) y por último la escala “triste – alegre” (3.50) indicando una actitud de rechazo con intensidad leve.

Lo presentado permite afirmar que en el factor acción, los Internos consideran que el cuidado de la persona Adulta Mayor en su dimensión

psicológica es ligeramente pesado, ligeramente cansado y ligeramente triste para ambas rotaciones, hospitalaria y comunitaria.

En cuanto al promedio del **factor potencia** obtenido es de 3.73 para el área Comunitaria, mientras que para el área Hospitalaria es de 3.65, lo que indica una actitud hacia el cuidado de la persona Adulta Mayor en su dimensión psicológica, con dirección de rechazo e intensidad leve para ambas áreas.

Los promedios obtenidos en las escalas que integran el factor potencia en el área Comunitaria fluctúan entre 3.39 a 4.36; de las cuales es la escala “difícil –fácil” la que presenta un menor promedio (3.39), seguida de la escala “estresante – no estresante” con un promedio de 3.43, señalando una actitud con dirección de rechazo con intensidad leve, y la escala “aburrido – interesante” con un promedio de 4.36 indicando una dirección de aceptación con intensidad leve.

En el área hospitalaria observamos a la escala “difícil – fácil” con menor promedio (3.10), seguida de la escala “estresante – no estresante” con un promedio de 3.39, lo que indica una dirección de rechazo con intensidad leve, y la escala “aburrido – interesante” con un promedio de 4.46 señalando una dirección de aceptación con intensidad leve.

Lo señalado permite afirmar que en el factor potencia, los Internos consideran que el cuidado de la dimensión psicológica de la persona Adulta mayor es ligeramente difícil y estresante, ambas en el campo del rechazo. En el campo de la aceptación lo consideran bastante interesante, en ambas rotaciones del Internado.

El promedio del **factor evaluación** es de 4.29 para el área Comunitaria y de 4.13 para el área Hospitalaria, indicando una actitud con dirección de aceptación e intensidad leve.

De los promedios obtenidos en las escalas que conforman el factor acción en el área Hospitalaria, la de menor puntaje es la escala “insoportable – soportable” con 3.9, escala que indica una actitud por parte de los Internos con dirección de rechazo e intensidad leve, seguida de la escala “no gratificante – gratificante” con 4.16 y por último, en ésta área, la escala “desagradable – agradable” con promedio 4.32 indicando una actitud con dirección de aceptación e intensidad leve.

En el área Comunitaria encontramos promedios de 4.14 para la escala “desagradable – agradable”, seguida de la escala “insoportable – soportable” con un promedio de 4.18 y por último la escala “no gratificante – gratificante” con un promedio de 4.54, los que indican una dirección de aceptación con intensidad leve

Lo presentado permite afirmar que en el factor evaluativo, los Internos consideran que cuidar a la persona Adulta Mayor en su dimensión psicológica es ligeramente insoportable, bastante agradable y muy gratificante.

Al evaluar el **factor familiaridad** ésta presenta un promedio de 3.64 para el área Comunitaria y de 3.74 para el área Hospitalaria, indicando así una dirección de rechazo con intensidad leve.

Los promedios obtenidos para el área Comunitaria van desde 3 para la escala “complejo – simple”, seguida de la escala “raro – común” con un promedio de 3.93, señalando una dirección de rechazo con intensidad leve, hasta la escala “desconocido – conocido” con 4 de promedio, lo que indica una dirección de aceptación con intensidad leve.

En el área Hospitalaria los promedios obtenidos van desde 3.26 para la escala “complejo – simple”, seguida de la escala “raro – común” con 3.9 de promedio, lo que indican una dirección de rechazo con intensidad leve, hasta la escala “desconocido – conocido” con 4.07 de promedio lo que indica una dirección de aceptación con intensidad leve.

Los datos del perfil permiten afirmar que los Internos de Enfermería consideran que cuidar la dimensión psicológica del Adulto Mayor desde el factor familiaridad es ligeramente complejo, bastante conocido y ligeramente común, en ambas rotaciones del Internado.

CUADRO N° 4

DIRECCIÓN E INTENSIDAD DE LAS ACTITUDES DE LOS INTERNOS DE ENFERMERÍA HACIA EL CUIDADO DE LA PERSONA ADULTA MAYOR SEGÚN SU DIMENSIÓN SOCIAL EN LA ROTACIÓN COMUNITARIA Y HOSPITALARIA, E.A.P. ENFERMERÍA DE LA UNMSM, 2012

DIRECCIÓN E INTENSIDAD DE LAS ACTITUDES		ROTACIÓN DEL INTERNADO				TOTAL	
		HOSPITALARIA		COMUNITARIA			
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
ACEPTACIÓN	FUERTE	0	0	1	3.6	1	1.7
	MODERADO	0	0	1	3.6	1	1.7
	LEVE	13	42	21	75	34	57.6
RECHAZO	LEVE	18	58	5	17.8	23	39
	MODERADO	0	0	0	0	0	0
	FUERTE	0	0	0	0	0	0
TOTAL		31	100	28	100	59	100

Fuente: Encuesta realizada a los Internos de Enfermería de la UNMSM – 2012

Observando la dirección e intensidad de las actitudes presentados en el cuadro N° 4, de la totalidad de Internos, en ambas rotaciones, se observa que en el 57.6% (34) Internos la actitud es de aceptación e intensidad leve, seguido del 39% (23) Internos con actitud de rechazo

leve, predominando la aceptación leve. Obtienen el menor puntaje la aceptación fuerte y moderada, ambas con un puntaje de 1.7% (1).

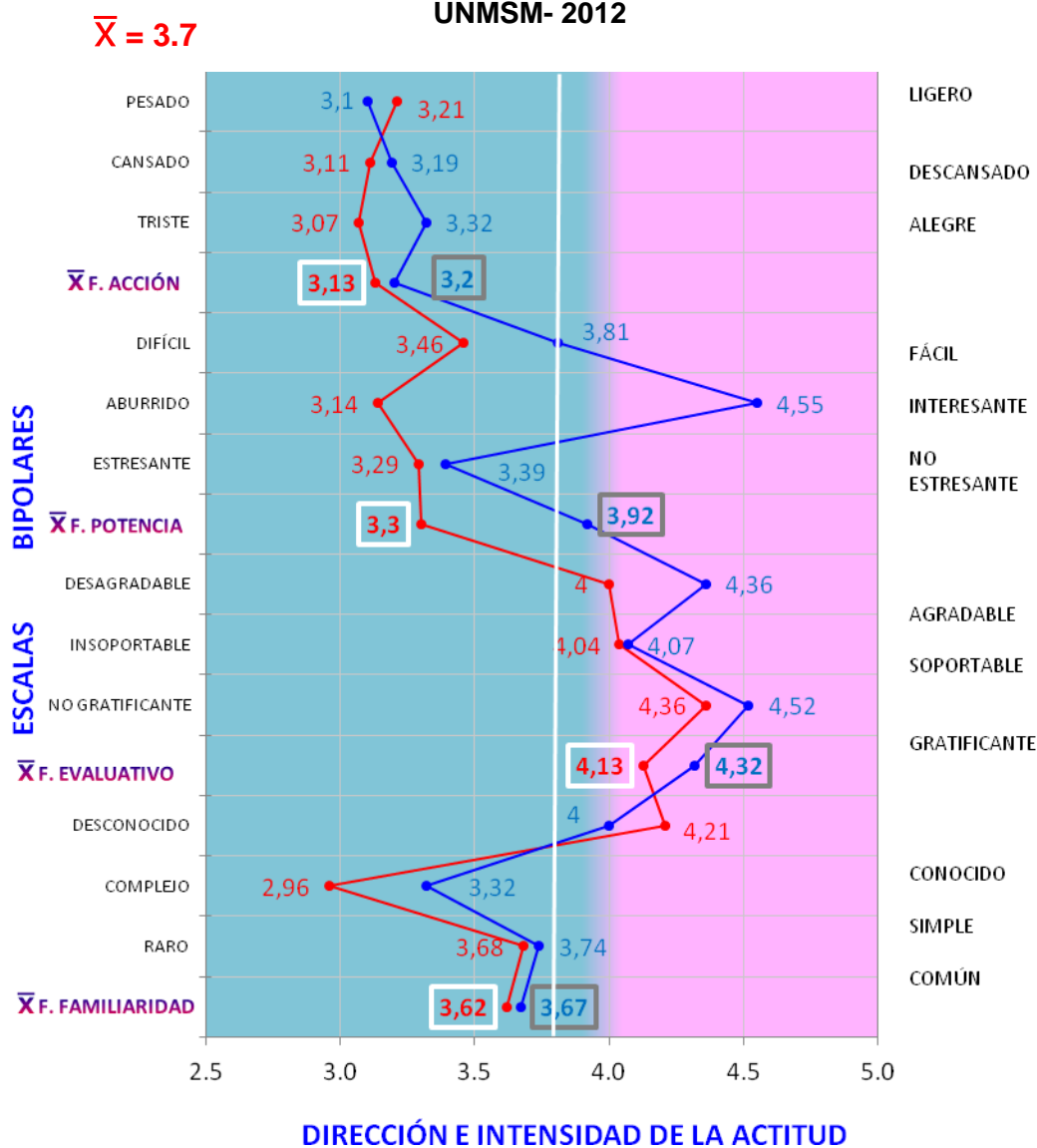
Observando las rotaciones del Internado, hospitalaria y comunitaria, existe diferencia en los puntajes mayores, siendo para la primera rotación, hospitalaria el mayor puntaje 58% (18) Internos con actitud de rechazo leve, en el área comunitaria se observa que el 75% (21) la actitud es de aceptación leve. Aplicando chi cuadrado si se encontró diferencia significativa entre ambas rotaciones. (Anexo J)

En el área hospitalaria se observa que el 42% (13) presenta una actitud de aceptación con intensidad leve.

En el campo del rechazo, en la rotación comunitaria observamos que el 17.8% (5) es de intensidad leve. En el campo de la aceptación encontramos que el 3.6%(1) presenta aceptación moderada al igual que aceptación fuerte.

GRAFICO N° 4

PERFIL DE LA ACTITUD DE LOS INTERNOS DE ENFERMERIA HACIA EL CUIDADO DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN SU DIMENSIÓN SOCIAL, SEGÚN ROTACIONES DEL INTERNADO, E.A.P. ENFERMERÍA DE LA UNMSM- 2012



DIRECCIÓN	INTENSIDAD		
RECHAZO	→ Fuerte: 1 – 1.99	Moderado: 2 – 2.99	Leve: 3 – 3.99
ACEPTACIÓN	→ Leve: 4 – 4.99	Moderado: 5 – 5.99	Fuerte: 6:

— ÁREA COMUNITARIA
— ÁREA

\bar{X} = Promedio

El presente perfil representa el promedio del siguiente reactivo: el cuidado de la persona adulta mayor en su dimensión social, durante la rotación Hospitalaria y Comunitaria, ya que ambos constituyen las rotaciones del internado.

El promedio obtenido, tal como se observa, es de 3.7 puntaje que según la tabla de categorización de actitud indica una actitud de rechazo con intensidad leve.

Observando el perfil por factores, se tiene que el **factor acción** obtiene un promedio de 3.2 en el área Hospitalaria y 3.13 en el área Comunitaria, indicando una actitud de los Internos de enfermería hacia cuidar a la persona Adulta Mayor en su dimensión social, con dirección de rechazo e intensidad leve.

Los promedios obtenidos en las escalas que conforman el factor acción en el área Hospitalaria fluctúan entre 3.1 a 3.32; de las tres escalas, es la “pesado – ligero” la que obtiene el menor puntaje (3.1), seguida por “cansada – descansada” (3.19), y la que tiene mayor puntaje es “triste – alegre” (3.32) las cuales indican un rechazo con intensidad leve.

En el área Comunitaria observamos que la escala con menor puntaje es la “triste – alegre” (3.07), seguida de la escala “cansado – descansado” (3.11) y por último la escala “pesado – ligero” (3.21) las cuales indican una actitud de rechazo con intensidad leve.

Lo presentado permite afirmar que los Internos consideran que cuidar a la persona Adulta Mayor en su dimensión social es ligeramente pesado, cansado y triste, en ambas rotaciones del Internado.

En cuanto al promedio del **factor potencia** obtenido es de 3.3 para el área Comunitaria, en el área Hospitalaria es de 3.92, señalando una actitud hacia el cuidado de la persona Adulta Mayor en su dimensión social, con dirección de rechazo e intensidad leve para ambas áreas.

Los promedios obtenidos en las escalas que integran el factor potencia en el área Comunitaria fluctúan entre 3.14 a 3.46; de las cuales es la escala “aburrido – interesante” la que presenta un menor promedio (3.14), seguida de la escala “estresante – no estresante” con un promedio de 3.29 y la escala “difícil – fácil” con un promedio de 3.46 indicando una actitud con dirección de rechazo con intensidad leve.

En el área hospitalaria observamos a la escala “estresante – no estresante” con menor promedio (3.39), seguida de la escala “difícil – fácil” con un promedio de 3.81, señalando una dirección de rechazo con intensidad leve, y la escala “aburrido – interesante” con un promedio de 4.55 lo que indica una dirección de aceptación con intensidad leve.

Lo presentado permite afirmar que los Internos consideran que cuidar a la persona Adulta Mayor en su dimensión social es ligeramente difícil, aburrido y estresante para la rotación comunitaria, y ligeramente difícil, bastante interesante y ligeramente estresante para la rotación hospitalaria.

El promedio del **factor evaluación** es de 4.13 para el área Comunitaria y de 4.32 para el área Hospitalaria, lo que indica una actitud con dirección de aceptación e intensidad leve.

Los promedios obtenidos en las escalas que conforman el factor acción en el área Hospitalaria, tenemos la de menor puntaje a la escala “insoportable – soportable” con 4.07, seguida de la escala “desagradable – agradable” con 4.36 y por último, en ésta área, la escala “no gratificante – gratificante” con promedio 4.52 indicando una actitud con dirección de aceptación e intensidad leve.

En el área Comunitaria encontramos promedios de 4 para la escala “desagradable – agradable”, seguida de la escala “insoportable – soportable” con un promedio de 4.04 y por último la escala “no gratificante – gratificante” con un promedio de 4.36, los que indican una dirección de aceptación con intensidad leve

Lo presentado permite afirmar que los Internos consideran que cuidar a la persona Adulta Mayor en su dimensión social es bastante agradable, soportable y gratificante para ambas rotaciones del internado.

Al evaluar el **factor familiaridad** ésta presenta un promedio de 3.8 para el área Comunitaria y de 3.74 para el área Hospitalaria, indicando una dirección de rechazo con intensidad leve.

Los promedios obtenidos para el área Comunitaria van desde 3.25 para la escala “complejo – simple”, seguida de la escala “raro – común” con un promedio de 3.75, lo cual indican una dirección de rechazo con intensidad leve, hasta la escala “desconocido – conocido” con 4.39 de promedio, señalando una dirección de aceptación con intensidad leve.

En el área Hospitalaria, los promedios obtenidos van desde 3.32 para la escala “complejo – simple”, seguida de la escala “raro – común” con 3.68 de promedio, indicando una dirección de rechazo con intensidad leve, hasta la escala “desconocido – conocido” con 4.39 de promedio lo que indica una dirección de aceptación con intensidad leve.

El presente perfil permite afirmar que los internos de Enfermería consideran cuidar la dimensión social de la persona Adulta Mayor bastante conocido, ligeramente complejo y ligeramente raro, para ambas rotaciones del Internado.

CUADRO N° 5

DIRECCIÓN E INTENSIDAD DE LAS ACTITUDES DE LOS INTERNOS DE ENFERMERÍA HACIA EL CUIDADO DE LA PERSONA ADULTA MAYOR SEGÚN DIMENSIONES, EN LA ROTACIÓN COMUNITARIA Y HOSPITALARIA, E.A.P. ENFERMERÍA DE LA UNMSM, 2012

DIRECCIÓN E INTENSIDAD DE LAS ACTITUDES		ROTACIÓN DEL INTERNADO/ DIMENSIONES DEL ADULTO MAYOR COMO UNIDAD BIOPSIICOSOCIAL											
		HOSPITALARIO						COMUNITARIO					
		BIOLOGICA		PSICOLOGICA		SOCIAL		BIOLOGICA		PSICOLOGICA		SOCIAL	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
ACEPTACIÓN	FUERTE	0	0	0	0	0	0	1	3.6	1	3.6	1	3.6
	MODERADO	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3.6	1	3.6
	LEVE	22	71	17	54.8	13	42	18	64.3	16	57.1	21	75
RECHAZO	LEVE	7	23	14	45.2	18	58	6	21.4	9	32.1	5	17.8
	MODERADO	2	6	0	0	0	0	3	10.7	1	3.6	0	0
	FUERTE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL		31	100	31	100	31	100	28	100	28	100	28	100

En el cuadro N° 5 se aprecia que tanto en la dimensión biológica como la dimensión psicológica, en ambas áreas, hospitalaria y comunitaria, mayoritariamente la actitud de los Internos de Enfermería hacia cuidar dichas dimensiones de la persona Adulta Mayor es de aceptación con intensidad Leve. En la dimensión social, en el área Hospitalaria, la mayoría (58%) presenta una actitud de rechazo con intensidad leve, difiriendo del área comunitaria, donde la gran mayoría (75%) presenta una actitud de aceptación con intensidad leve; sin embargo al revisar detalladamente el puntaje de cada uno de los Internos participantes del área Hospitalaria se aprecia que los puntajes están muy cerca a la aceptación con intensidad leve.

Igualmente se aprecia en el área Hospitalaria una cantidad notable (45.2 %) en el campo del rechazo con intensidad leve esto en la dimensión Psicológica, al igual que en el área Comunitaria en la cual el 32% presenta con rechazo e intensidad leve.

Los resultados presentados fueron corroborados a través de la prueba estadística chi cuadrado la cual afirma que en la dimensión social es donde se encuentra una diferencia estadísticamente significativa, mientras que en las dimensiones biológica y psicológica no presentan diferencia estadísticamente significativa en ambas áreas, comunitaria y Hospitalaria.

2. DISCUSIÓN

La situación presentada en las páginas anteriores es preocupante para el desenvolvimiento de éstos futuros profesionales, considerando que las actitudes pueden ser predictores del comportamiento tal como lo afirma Myers. Es necesario mencionar que estas actitudes, en su formación, son producto, sobre todo, de las experiencias de aprendizaje vividas durante los cinco años de estudios.

Así pues encontramos que los Internos de enfermería, en el área Hospitalaria, presentan una actitud en su mayoría, de rechazo e intensidad leve difiriendo del área comunitaria que presenta un menor porcentaje, hacia el hecho de brindar cuidado a la persona Adulta mayor como ser biopsicosocial, dicha situación puede verse influenciada por las actividades que se realizan en cada área, es decir, mientras que en el área hospitalaria se cuidan personas adultas mayores dependientes en diferentes grados, en su mayoría, postradas, con patologías que ameritan mucho esfuerzo y conocimiento por parte del Interno, en el área Comunitaria la gran mayoría son personas Adultas Mayores autovalentes o con enfermedades crónicas que no ameritan de mucho esfuerzo para su cuidado.

La situación que se observa lleva a la reflexión ya que la aceptación de intensidad leve, se podría tornar moderada e inclusive fuerte y es mayor la probabilidad de que una actitud de rechazo, si no hay intervención para modificarla, se intensifique en su negatividad. Según el componente reactivo de la actitud (Krech y otros, 1972) si la actitud hacia el objeto es negativa, habrá una tendencia a rechazarlo por lo que la persona se alejará del objeto actitudinal. En este caso, el Interno, futuro profesional de Enfermería, al rechazar el cuidado de la persona Adulta Mayor como ser biopsicosocial, se alejará de las actividades que impliquen el cuidado a este grupo etario, constituyéndose en una experiencia no bienvenida, que genera temor, estrés, angustia, lo que a su vez limitará el hecho de brindar un

cuidado de calidad a la persona Adulta Mayor en las diferentes áreas, Hospitalaria y Comunitaria.

Observando a la persona Adulta Mayor según dimensiones, Biológica, Psicológica y social, del envejecimiento, los promedios obtenidos evidencian una actitud por parte de los Internos de Enfermería hacia cuidar dichas dimensiones, de rechazo con intensidad Leve, deduciendo que habría algunos factores que estarían influyendo para que dicha experiencia ya la estén calificando así, teniendo en cuenta que la actitud se forma principalmente de la experiencia que tengamos con el objeto actitudinal y el conocimiento que se tenga de ello, ¿estarán recibiendo la información suficiente durante los cinco años de formación académica?, ¿serán las experiencias recibidas en los primeros años de formación, la más adecuada?, ¿cómo éstas primeras experiencias han influido en la formación de sus actitudes?. Este panorama permite a la EAP de Enfermería intervenir para poder direccionar las actitudes de rechazo hacia la aceptación y fortalecer aquellas que son de aceptación, para el mejor desenvolvimiento y calidad de cuidado brindado a las personas Adultas Mayores no sólo durante los cinco años de formación si no de profesionales. Considerando que son ellos los futuros profesionales que saldrán a la sociedad a brindar cuidado integral y de calidad a este grupo poblacional, Adulto Mayor, quien va en aumento.

Todo ser humano como efecto del proceso de envejecimiento tiene que afrontar cambios que perturban su vida habitual como la disminución sensorial y motora entre otras, dichos cambios en la dimensión biológica de la persona Adulta Mayor pueden predisponer a las mismas a la enfermedad e inclusive a la muerte situaciones que requieren de cuidado por parte del personal de enfermería. Se puede considerar que los Internos de Enfermería, futuros profesionales, al tener una actitud de rechazo a cuidar la dimensión biológica de la persona Adulta mayor se limite el cuidado e inclusive pueda ésta experiencia ser perturbadora, estresante y cansado para ellos.

Es de conocimiento que el envejecimiento de las funciones psicológicas varía de un individuo a otro y depende del entrenamiento durante la vida, el medio cultural en la que se haya desenvuelto, el nivel intelectual de la persona, así como la capacidad estimulativa del entorno. Suele haber una disminución en la velocidad del procesamiento de la información, existe dificultad para solucionar problemas abstractos o complejos y suele disminuir la memoria reciente. Según Rodríguez García Rosalía el envejecimiento psicológico abarca cambios en capacidades cognitivas como inteligencia, aprendizaje y memoria. ⁽⁵⁹⁾

En la presente se identificó una actitud de rechazo con intensidad leve por parte de los Internos de Enfermería hacia el cuidado de la dimensión psicológica de la persona Adulta Mayor, en ambas rotaciones, comunitaria y hospitalaria, situación que conlleva a reflexión, pues dicho rechazo, si no es intervenido pronto por parte de la EAP de Enfermería, podría tornarse en rechazo moderado e inclusive fuerte, situación que sería contra productiva y limitaría el hecho de brindar un cuidado integral y de calidad por parte de los Internos, futuros profesionales de Enfermería.

Dentro de los cambios sociales más relevantes en la dimensión social de la persona Adulta Mayor, encontramos la pérdida de la independencia laboral, dificultad en la adaptación e integración con los contactos sociales, entre otras.

Con los resultados encontrados en el presente estudio se deduce que existe una diferencia de la actitud de los Internos de Enfermería de la rotación Hospitalaria en relación a la Comunitaria. En la primera, la mayoría presenta una actitud de rechazo con intensidad leve, probablemente por lo que en nuestra sociedad prima el valor de joven y productivo, lo cual desaparece con la jubilación al envejecer y se incrementa con la enfermedad por la dependencia que ésta conlleva. En la segunda se evidencia una actitud de aceptación con intensidad leve, esta situación podría darse debido a que en el primer nivel de atención se cuida a personas Adultas Mayores

Autovalentes, capaces de participar en los clubes y actividades, es decir, son aún productivas.

De los cuatro factores, es el factor evaluativo el que se encuentra en el campo de la aceptación con intensidad leve en ambas rotaciones, hospitalaria y comunitaria, y en las tres dimensiones de la persona Adulta Mayor, Biológica, psicológica y social. Lo que indica que el Interno de enfermería considera agradable, soportable y bastante gratificante cuidar a la persona adulta mayor en todas sus dimensiones.

En el campo del rechazo observamos que es el factor familiaridad el que obtiene menor puntaje en los cuatro perfiles, lo que nos estaría llevando a la reflexión ¿Serán los contenidos impartidos por la escuela muy complejos?, ¿la experiencia de aprendizaje estará siendo impartida de los menos a lo más complejo?, éstas interrogantes surgen a raíz del concepto del factor familiaridad, pues éste refleja la parte del conocimiento en la formación de la actitud, además de ser el factor más importante, pues según la teoría, sin conocimiento no hay actitud.

Los resultados presentados fueron sometidos a una prueba estadística, chi cuadrado, para establecer la diferencia entre las actitudes de los Internos, en cada reactivo y según rotación Hospitalaria y Comunitaria; evidenciándose que no había diferencia significativa en las dimensiones biológicas y psicológicas, mientras que en la dimensión social si hubo diferencia significativa, siendo el área Comunitaria la que obtuvo mayor aceptación en relación a la Hospitalaria, corroborándose lo mencionado en líneas arriba, las personas Adultas, sujeto de cuidado de los Internos de Enfermería, en el área Comunitaria son más autovalentes y productivas en relación al área hospitalaria.

Se hace propicia la oportunidad para motivar a la Escuela Académico Profesional de Enfermería y a los docentes encargados de la formación de futuros profesionales a dar una remirada al contenido teórico y práctico que se está impartiendo a los

estudiantes durante su proceso de formación, en lo que corresponde a la etapa de vida Adulto Mayor, implícito el proceso de envejecimiento.

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

Se ha llegado a lo siguiente:

- Las actitudes de los Internos de Enfermería hacia el cuidado de la Persona Adulta Mayor como ser biopsicosocial es de aceptación con intensidad leve.

- La actitud de los Internos de Enfermería hacia el cuidado de la dimensión biológica de la persona Adulta mayor es de rechazo con intensidad leve y según área Hospitalaria y Comunitaria en ambas es de rechazo e intensidad leve.

- Las actitudes de los Internos de Enfermería hacia cuidar la dimensión Psicológica de la persona Adulta mayor es de rechazo con intensidad leve y según área Hospitalaria y Comunitaria en ambas es de rechazo e intensidad leve.
- Las actitudes de los Internos de Enfermería hacia cuidar la dimensión Social de la persona Adulta mayor es de rechazo con intensidad leve y según área Hospitalaria y Comunitaria en ambas es de rechazo e intensidad leve.
- No existe diferencia significativa en la actitud de los Internos de enfermería hacia el cuidado de la persona Adulta mayor en la dimensión biológica y psicológica, en ambas áreas, comunitaria y hospitalaria; existiendo diferencia con la dimensión social, siendo la actitud de mayor aceptación en el área comunitaria en relación a la hospitalaria.
- El cuidado a la persona Adulta Mayor como unidad biopsicosocial es considerado como cansado, difícil y complejo. Son los factores de acción potencia y familiaridad los que se ubican en el campo del rechazo con intensidad de leve a moderada, siendo la de mayor rechazo el factor familiaridad. Es el factor evaluativo el que se ubica en el campo de la aceptación leve; en ambas rotaciones.

Según escalas de evaluación el cuidado a la persona Adulta Mayor como unidad biopsicosocial es considerada como compleja, difícil y cansada, considerándola a su vez como gratificante, soportable y en menor intensidad como agradable e interesante; en ambas rotaciones.

Es el factor familiaridad el que predomina en el campo del rechazo y en las tres dimensiones. En el campo de la aceptación, predomina el factor

evaluativo en las tres dimensiones. Siendo considerado el cuidado de la persona Adulta Mayor como gratificante con leve intensidad.

LIMITACIONES

- ❖ Los resultados obtenidos responden sólo a la población de estudio, no pueden ser generalizados a otras poblaciones.

RECOMENDACIONES

- ❖ Realizar estudios orientados a identificar los factores que están influyendo en los estudiantes para que su actitud hacia el cuidado de la Persona Adulta Mayor sea de rechazo con intensidad leve.
- ❖ Realizar estudios similares con los cinco años de estudios de la E.A.P. de Enfermería.
- ❖ Realizar estudios cualitativos para comprender la mayor predisposición positiva hacia cuidar a la persona Adulta Mayor durante la rotación comunitaria en relación a la rotación hospitalaria del Internado.
- ❖ Identificar e intervenir en las fortalezas y debilidades tanto en el campo teórico como práctico que el estudiante ha logrado durante su formación académica, hacia la actitud manifiesta de cuidar a la persona Adulta Mayor.
- ❖ Que se fortalezca el sistema de supervisión y evaluación de las asignaturas en el logro de las competencias declaradas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ❖ (1) INEI – Censos nacionales 2007: XI de la población y VI de vivienda - perfil sociodemográfico del Perú, [en línea], 2007, {consulta: 25 de Junio 12}, disponible en: <http://censos.inei.gob.pe/Anexos/Libro.pdf>.
- ❖ (2) Op. Cit., GARCÍA Alonso, C.M.; GALLEGO Gil, D.J. y ONGALLO Chanclón, C.p. 137-138
- ❖ (3) Estabilidad y cambio en las concepciones del envejecimiento: [en línea], {consulta: 26 de junio } disponible en: <http://personales.ya.com/feuille/principal/pdf/tesis/04-Estabilidadycambio.pdf>
- ❖ 4) (5) (7) MIMDES- Lineamientos para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores. 2002 – 2012. Lima-Perú. p. 10
- ❖ (6) MARTOS Antonio: “Aspectos psicosociales del envejecimiento, 1º edición. FUNIBER, 2010. Cp 1 p. 1
- ❖ (8) INEI – Censos Nacionales 2007: XI de la población y VI de vivienda - perfil sociodemográfico del Perú: [en línea], disponible en: <http://censos.inei.gob.pe/Anexos/Libro.pdf> {consulta: 25 de Junio 2012}
- ❖ (9) VILCA Apaza Adeliz, Percepción del adulto maduro sobre el proceso de envejecimiento {Tesis para optar a Licenciatura de Enfermería} Lima, UNMSM, pag. 18.
- ❖ (10) FELDMAN S. Robert, Psicología en aplicación en países de Habla Hispana. 8va edición. Editorial Mc Graw Hill 2010 pg. 91
- ❖ (11) VILLAR Posada Feliciano, “Actitudes hacia el Envejecimiento: Evaluación y Relación con la edad”.Rv Gerontología [en línea] 1996 Mar 27 {consulta: 26 de Junio 2012}; pag. 201 URL disponible en: http://personales.ya.com/fvillar/principal/pdf/1996_actitudes_envejecimiento.pdf
- ❖ (12) GALOC SATURNINO MAGALLA. “Actitudes de las enfermeras asistenciales que laboran en dos Hospitales Nacionales de Lima Metropolitana, Hacia el paciente anciano y su Atención de Enfermería”. [Tesis para optar al título Profesional de Licenciado en Enfermería].Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 1988.pag 172

- ❖ (13) ALEJANDRO CUADRO NÉSTOR. “Actitudes que tienen los enfermeros asistenciales que trabajan en forma permanente con el anciano y las que tienen los enfermeros asistenciales que trabajan en forma eventual con el anciano, hacia el envejecimiento” [Tesis para optar al título Profesional de Lic. en Enfermería].Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 1989. Pg. 150
- ❖ (14) CATHERINE RAYMUNDO PEREA. “Actitudes hacia el internado en los estudiantes del 4° año de enfermería de la UNMSM” [Tesis para optar al título Profesional de Lic. en Enfermería].Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2010. Pag. 108
- ❖ (15) SÍLABO DE INTERNADO. Año académico 2012 I – II Escuela Académico Profesional de Enfermería, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2012, pag. 1
- ❖ (16) PROGRAMA DE ENSEÑANZA DEL INTERNADO HOSPITALARIO. Año académico 2012 I – II Escuela Académico Profesional de Enfermería, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2012, pag. 1
- ❖ (17) PROGRAMA DE ENSEÑANZA DEL INTERNADO COMUNITARIO. Año académico 2012 I – II Escuela Académico Profesional de Enfermería, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2012, pag. 1
- ❖ (18) MARTOS Antonio. “Aspectos psicosociales del envejecimiento, 1º edición. FUNIBER, 2010. Cp 1 p. 1
- ❖ (19) TEJADA Puerta Olivia Janhayde: Percepción que tiene el Adulto Mayor respecto a su Proceso de envejecimiento en el Albergue Central Ignacia Rodulfo Vda. de Canevaro 2006 (Tesis para optar el título profesional). p. 15 – 17
- ❖ (20) BRUNNER Y SUDARTH (2000): Enfermería médico – quirúrgico. México. p. 171
- ❖ (21) GARCÍA Hernández Misericordia y TORRES María Pilar (2000): Enfermería geriátrica. Madrid. p. 37
- ❖ (22) Ibid. p. 38

- ❖ (23) (24) TEJADA Puerta Olivia Janhayde: Percepción que tiene el Adulto Mayor respecto a su Proceso de envejecimiento en el Albergue Central Ignacia Rodulfo Vda. de Canevaro 2006 (Tesis para optar el título profesional). p. 19-20 p. 9
- ❖ (25) (26) ESTABILIDAD Y CAMBIO EN LAS CONCEPCIONES DEL ENVEJECIMIENTO. URL disponible en: http://personales.ya.com/feuilleter/principal/pdf/tesis/04-estabilidad_y_cambio.pdf {consulta: 28 de Junio 2012 }
- ❖ (27) TEORÍA DE JEAN WATSON. URL disponible en :<http://www.slideshare.net/enfe3005/presentación-jean-watson> {consulta: 28 de Junio 2012 }
- ❖ (28) RIVERA: Cuidado de Enfermería en el Adulto Mayor . Chile. 2000. [En línea], disponible en <http://escuela.med.puc.cl/publ/manualgeriatria/pdf/cuidadosenfermeria.pdf> p. 2, 3.
- ❖ (29) WITAKER, Janes O. Psicología, 4ta Edición, Interamericana. México. 1990
- ❖ (30) ALLPORT, M. (1980): Psicología general. México. p. 30
- ❖ (31) AROLDI RODRÍGUEZ (1976): Psicología social. México. p. 330
- ❖ (32) WHITHAKER (1987): Psicología. México .p. 623-624
- ❖ (33) (34) ANDER- EGG E. Introducción a las técnicas de Investigación Social. 1º edición. Buenos Aires. Humanitas editores 1978. Pg. 252
- ❖ (35) H. C. TRIANDIS (1979): Actitudes y cambio de actitudes”. España
- ❖ (36) CATHERINE GISELLE RAYMUNDO PEREA: Actitudes de los Estudiantes del 4to año hacia el Internado, en la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la UNMSM, 2009 (Tesis para optar el título profesional). p. 20, p. 40
- ❖ (37) Ibid. p.40
- ❖ (40) (44) Ibid. p. 24-25

- ❖ (38) (39) (41) ACTITUDES Y COMPORTAMIENTO EN LAS SITUACIONES DE CONFLICTO, URL disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/292/29210108.pdf> {consulta: 10 de Junio 2012}
- ❖ (42) KRENK y otros. Actitud del comportamiento. México 1982. P.117
- ❖ (43) GARCÍA Hernández Misericordia y TORRES María Pilar (2000): Enfermería geriátrica. Madrid. p. 27
- ❖ (45) UCULMANA Suárez Charles (1988): Psicología general. Lima. p. 168
- ❖ (46) (47) (48) VALVERDE Caro Maribel Nelly: Actitudes de las enfermeras hacia la investigación y factores que intervienen en su realización en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, 2005 (Tesis para optar el título profesional). p.23,24
- ❖ (49)(50) SALAZAR, J.M, MONTERO, M., MUÑOZ, C., SÁNCHEZ, E., SANTORO, E. Y VILLEGAS, J. (1997): Psicología Social. México. p. 156
- ❖ (51) DÍAZ Guerrero, R. y SALAS M. (1075): El diferencial semántico del idioma Español. Trillas. México. p. 39.
- ❖ (52) Ibid. p. 37
- ❖ (53) (54) SALAZAR, J.M, MONTERO, M., MUÑOZ, C., SÁNCHEZ, E., SANTORO, E. Y VILLEGAS, J. (1997): Psicología Social. México. p. 156
- ❖ (55) RODRIGUEZ G Rosalía. y LAZCANO B. Guillermo (2007): Práctica de la geriatría. México. p. 24
- ❖ (56) ESTEREOTIPOS VIEJISTAS EN ANCIANOS: ACTUALIZACIÓN DE LA ESTRUCTURA FACTORIAL Y PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DE DOS CUESTIONARIOS PIONEROS <http://www.ijpsy.com/volumen10/num2/261/estereotipos-viejistas-en-ancianos-actualizaci-ES.pdf> {consulta: 26 de Junio 2012}
- ❖ (57) APROXIMACIÓN AL ENVEJECIMIENTO DESDE EL CONOCIMIENTO LEGO http://personales.ya.com/fvillar/principal/pdf/tesis/03_Aproximaciones_legas.pdf {consulta: 26 de Junio 2012}

- ❖ (58) (59) RODRIGUEZ G. Rosalía y LAZCANO B. Guillermo (2007): Práctica de la geriatría. México. p. 25

BIBLIOGRAFÍA

Anzola, E. y colaboradores. La atención de los Ancianos: un desafío para los años noventa. Organización Panamericana de la Salud. Washington. 1997.

Alava, C., Psicología de las Emociones y Actitudes Lenguaje no verbal, 1° ed. Universidad Ricardo Palma. Perú; 2001

Arias, F. Actitudes, Opiniones y Creencias. 1ª ed., editorial Trillas S.A., México DF 1980°

Allport, M: Psicología general. México. 1980

Aleocer, A.: Psicología social. Madrid. 2010

Brunner y Sudarth: Enfermería médico – quirúrgico. México. 2000

Díaz, R. y colaboradores: El Diferencial semántico del Idioma Español. México. 1975

Durana, I. y colaboradores: Estrategias de enseñanza – aprendizaje en la atención primaria de salud. 1982

Díaz, R. y colaboradores. El diferencial Semántico del idioma español. Edit. Trillas. México. 1975.

Egg, A. Introducción a las técnicas de investigación social, 1ª ed. Humanistas editores. Buenos Aires. 1986

Ernest, R. Introducción a la Psicología, Tomo 1 6ª ed. 1981

Fraisse, P. y colaboradores. Psicología de las actitudes, editorial Proteo, Buenos Aires .1967

García, M. y colaboradores. Enfermería geriátrica. Madrid. 2000

García M. y Torres P.: Enfermería Geriátrica. Madrid. 2000

H. C. Triandis . Actitudes y cambio de actitudes”. España. 1979

Instituto Nacional de Estadística e Informática. Censos Nacionales 2007: XI de Población y VI de vivienda. Perfil sociodemográfico del Perú. Perú. 2008.

Krench: Investigación del comportamiento. México. 1985

Krenk y colaboradores: Actitud del comportamiento. México. 1982

Lausén, R.: Filosofía y economía de nuestros tiempos – orden económico y cambio social. Madrid. 2005

Martos, A., Aspectos Psicosociales del Envejecimiento. Funiber, España, Granada 2011.

Ministerio de Salud. Políticas saludables para adultos mayores en los municipios. Cuaderno de promoción de la salud N° 12. Lima. 2006.

Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social. Plan nacional para las personas Adultas Mayores 2006 – 2010. Editorial MIMDES. 2º Edic. Perú. 2006

Novel G.: Enfermería psicosocial y salud mental. España. 2000

Papalia, E. Psicología del Desarrollo. Edit. Mac Graw Hill Interamericana. 5º ed. Santa Fe de Bogota. 1997.

Programa de enseñanza del internado comunitario. Año académico 2012 I – II Escuela Académico Profesional de Enfermería, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2012

Programa de enseñanza del internado hospitalario. Año académico 2012 I – II
Escuela Académico Profesional de Enfermería, Universidad Nacional Mayor
de San Marcos, 2012

Robyn M. DAWES, Fundamentos y Técnicas de Medición de Actitudes, editorial
Limusa S.A. –México DF

Rodríguez, A.: Psicología social. México. 1976

Rodriguez, R. y colaboradores. Geriatria. Editorial Mc Graw Hill Interamericana.
México. 2000.

Salazar, J. y colaboradores: Psicología Social. México. 1997

Sílabo de internado. Año académico 2012 I – II Escuela Académico Profesional de
Enfermería, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2012

Tejada, O. “Percepción que tiene el Adulto Mayor respecto a su proceso de
envejecimiento en el Albergue Central Ignacia Rodolfo Vda. de Canevaro. 2006”
[Tesis para optar el título profesional] UNMSM. Perú. 2006

Uculmana Ch.: Psicología general. Lima. 1988

Whithaker: Psicología. México. 1987

BÚSQUEDA ONLINE

- ❖ INEI - PERU: PERFIL SOCIO - DEMOGRAFICO DE LA TERCERA EDAD. [En línea], 1995: {consulta: 04 de Junio 2012} Disponible en: <http://www.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0044/n00.htm>
- ❖ INEI – CENSOS NACIONALES 2007: XI DE LA POBLACIÓN Y VI DE VIVIENDA - PERFIL SOCIODEMOGRAFICO DEL PERÚ. [En línea], 2007. {consulta: 25 de Junio 2012}. Disponible en : <http://censos.inei.gob.pe/Anexos/Libro.pdf>
- ❖ INEI - INFORME TÉCNICO N° 2, JUNIO 2011: SITUACION DE LA NIÑEZ Y DEL ADULTO MAYOR, [En línea], {consulta: 09 de Julio 2012}. Disponible en: <http://www.inei.gob.pe/web/Boletin/Attach/12624.pdf>
- ❖ EISENBERG GLANTZ FANY - LAS ACTITUDES. [En línea], {consulta: 09 de Julio 2012}. disponible en: <http://www.cem.itesm.mx/dacs/publicaciones/proy/n6/investigacion/feisenberg.html>
- ❖ ACTITUDES Y COMPORTAMIENTO EN LAS SITUACIONES DE CONFLICTO. [En línea], {consulta: 10 de Junio 2012}. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/292/29210108.pdf>
- ❖ ESTEREOTIPOS VIEJISTAS EN ANCIANOS: ACTUALIZACIÓN DE LA ESTRUCTURA FACTORIAL Y PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DE DOS CUESTIONARIOS PIONEROS. [En línea], {consulta: 26 de Junio 2012}. Disponible en : <http://www.ijpsy.com/volumen10/num2/261/estereotipos-viejistas-en-ancianos-actualizaci-ES.pdf>
- ❖ APROXIMACIÓN AL ENVEJECIMIENTO DESDE EL CONOCIMIENTO LEGO. [En línea], {consulta: 26 de Junio 2012}. Disponible en : http://personales.ya.com/fvillar/principal/pdf/tesis/03_Aproximaciones_legas.pdf
- ❖ DECLARACIÓN DE ALMA-ATA. [En línea], {consulta: 26 de Junio 2012}. Disponible en: <http://www.aps.cisas.org.ni/node/1>
- ❖ EL SIGNIFICADO DE CUIDADO EN ENFERMERÍA. [En línea], {consulta: 26 de Junio 2012}. Disponible en : <http://redalyc.vaemex.mx/pdf/741/74112142002.pdf>

- ❖ PAQUETES DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD. [En línea], {consulta: 26 de Junio 2012}. Disponible en : <http://www.regionayacucho.gob.pe/grds/cajaherramientas/archivos/PAQUETES%20DE%20ATENCIÓN%20POR%20ETAPAS%20DE%20VIDA.pdf>
- ❖ IMPORTANCIA DEL CUIDADO. [En línea], {consulta: 26 de Junio 2012}. Disponible en: http://hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/enfermería/arti_22.pdf
- ❖ CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA. [En línea], {consulta: 26 de Junio 2012}. Disponible en: <http://www.docentes.unal.edu.com/lnrivera/docs/cuidado%20de%20enfermeria%20enfermería.pdf>
- ❖ TEORIA DE JEAN WATSON COMPLETA. [En línea], {consulta: 28 de Junio 2012}. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/52502323/teoria-jean-watson-completa>
- ❖ ESCALA PARA MEDIR ACTITUD. [En línea], {consulta: 28 de Junio 2012}. Disponible en: <http://aprendeonline.edea.edu.co/revistas/index.php/ceo/article/viewfile/1967/1346>
- ❖ ESTABILIDAD Y CAMBIO EN LAS CONCEPCIONES DEL ENVEJECIMIENTO. [En línea], {consulta: 28 de Junio 2012}. Disponible en: http://personales.ya.com/fuillar/principal/pdf/tesis/04-estabilidad_y_cambio.pdf

ANEXOS



ANEXO A CUESTIONARIO



“ACTITUDES DE LOS INTERNOS DE ENFERMERÍA HACIA EL CUIDADO AL ADULTO MAYOR, DURANTE LA ROTACIÓN HOSPITALARIA”

PRESENTACIÓN

Estimada (o) compañera (o) de estudios:

Buenos días, mi nombre es Elizabeth Albites Arbildo, soy Interna de Enfermería. Actualmente estoy realizando un trabajo de investigación que tiene como objetivo general determinar las actitudes que tienen los Internos de enfermería hacia el cuidado a la persona adulta mayor como unidad biopsicosocial, durante la rotación hospitalaria.

Contar con tu participación es necesario para generar resultados que le permita a nuestra Escuela revisar la integración de los contenidos relacionados a la etapa de vida adulta mayor; asimismo, para elaborar, ejecutar actividades y estrategias tales como talleres, encuentros, entre otros, orientados a fortalecer las actitudes favorables hacia el cuidado de enfermería al adulto mayor y modificar aquellas que viran con tendencia hacia la negatividad; de ahí, que te solicite tengas a bien acceder y responder al cuestionario.

Es necesario recordar que la rotación hospitalaria del Internado incluye los servicios de Medicina General, Cirugía General y Emergencias; está orientada a fortalecer las competencias relacionadas con acciones dirigidas al restablecimiento de la salud y rehabilitación. En estos servicios predomina la presencia de pacientes adultos mayores.

El cuestionario es anónimo, la información será utilizada sólo para la investigación; la confidencialidad está garantizada. Que tus respuestas sean sinceras y veraces.
Agradezco tu aceptación.

INSTRUCCIONES:

El instrumento contiene una serie de enunciados, cada una de los cuales va acompañado de varias escalas bipolares. Cada escala tiene seis espacios que significan los grados de actitud que hay entre un polo y otro. Marca con una (X) o aspa en el espacio en el que consideres se ubica la intensidad de lo que sientes en relación al contenido del enunciado.

Por ejemplo:

Enunciado:

Considero que la Vejez es:								
Agradable	:	__:	__:	x :	__:	__:	__	Desagradable
Activa	:	x :	__:	__:	__:	__:	__	Pasiva

Los espacios de la escala bipolar tienen el siguiente significado:

Agradable	:	__:	__:	__:	__:	__:	__	Desagradable
		Muy	Bastante	Ligera-	Ligera-	Bastante	Muy	
		Agradable	agradable	mente	mente	desagradable	desagradable	
		agradable	desagradable					
Pasiva	:	__:	__:	__:	__:	__:	__	Activa
		Muy	Bastante	Ligera-	Ligera-	Bastante	Muy	
		Pasiva	pasiva	mente	mente	activa	activa	
		Pasiva	activa					

En el ejemplo la marca (x) o aspa de la escala Agradable – Desagradable, indica que es ligeramente Agradable. En la escala Pasiva – Activa indica que es muy activa.

No coloques más de una marca en cada renglón (escala).

DATOS GENERALES:

Edad: ____ años **Sexo:** Femenino Masculino

¿Has asistido a cursos, talleres, congresos u otros relacionados con geriatría, gerontología? SI: NO:

A CONTINUACIÓN SE PRESENTA LOS ENUNCIADOS ESPECÍFICOS DEL CUESTIONARIO:

EN EL MARCO DE LA **ROTACIÓN HOSPITALARIA** DEL INTERNADO, SEA EN EL SERVICIO DE MEDICINA, CIRUGÍA O EMERGENCIA:

BRINDAR CUIDADO DE ENFERMERÍA A LA PERSONA ADULTA MAYOR, COMO UNIDAD BIOPSIICOSOCIAL. SIENTO QUE PARA MI ES:

Pesado	___	___	___	___	___	___	Ligero
Conocido	___	___	___	___	___	___	Desconocido
Simple	___	___	___	___	___	___	Complejo
Agradable	___	___	___	___	___	___	Desagradable
Cansado	___	___	___	___	___	___	Descansado
Triste	___	___	___	___	___	___	Alegre
Fácil	___	___	___	___	___	___	Difícil
Raro	___	___	___	___	___	___	Común
Soportable	___	___	___	___	___	___	Insoportable
Gratificante	___	___	___	___	___	___	No gratificante
Interesante	___	___	___	___	___	___	Aburrido
Estresante	___	___	___	___	___	___	No estresante

EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO GENERA CAMBIOS EN EL **ÁREA BIOLÓGICA**, COMO LA DISMINUCIÓN DE LA TALLA CORPORAL, PÉRDIDA DE

PIEZAS DENTARIAS, DISMINUCIÓN DE LA AGUDEZA VISUAL Y AUDITIVA,
ENTRE OTROS:

***SIENTO QUE CUIDAR, DESDE ÈSTA DIMENSIÓN, A LA PERSONA ADULTA
MAYOR DURANTE LA ROTACIÓN HOSPITALARIA ES:***

Pesado	___	___	___	___	___	___	Ligero
Agradable	___	___	___	___	___	___	Desagradable
Gratificante	___	___	___	___	___	___	No gratificante
Conocido	___	___	___	___	___	___	Desconocido
Cansado	___	___	___	___	___	___	Descansado
Interesante	___	___	___	___	___	___	Aburrido
Simple	___	___	___	___	___	___	Complejo
Soportable	___	___	___	___	___	___	Insoportable
Estresante	___	___	___	___	___	___	No estresante
Fácil	___	___	___	___	___	___	Difícil
Raro	___	___	___	___	___	___	Común
Triste	___	___	___	___	___	___	Alegre

EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO GENERA CAMBIOS EN EL **ÁREA PSICOLÓGICA**, COMO LA DISMINUCIÓN DE LA CAPACIDAD DE APRENDIZAJE, MEMORIA, LENTITUD EN LAS RESPUESTAS, ENTRE OTROS:

SIENTO QUE CUIDAR, DESDE ÉSTA DIMENSIÓN, A LA PERSONA ADULTA MAYOR DURANTE LA ROTACIÓN HOSPITALARIA ES:

Fácil	___	___	___	___	___	___	Difícil
Soportable	___	___	___	___	___	___	Insoportable
Gratificante	___	___	___	___	___	___	No gratificante
Agradable	___	___	___	___	___	___	Desagradable
Triste	___	___	___	___	___	___	Alegre
Cansado	___	___	___	___	___	___	Descansado
Estresante	___	___	___	___	___	___	No estresante
Raro	___	___	___	___	___	___	Común
Conocido	___	___	___	___	___	___	Desconocido
Interesante	___	___	___	___	___	___	Aburrido
Simple	___	___	___	___	___	___	Complejo
Pesado	___	___	___	___	___	___	Ligero

EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO GENERA CAMBIOS EN EL **ÁREA SOCIAL**, COMO PERDER LA INDEPENDENCIA LABORAL, DIFICULTAD PARA LA ADAPTACIÓN CON LOS CONTACTOS SOCIALES, AISLAMIENTO SOCIAL, CLIMA SOCIAL FAMILIAR DESFAVORABLE, APOYO SOCIAL FAMILIAR DISMINUIDO, ENTRE OTROS.

SIENTO QUE CUIDAR, DESDE ÉSTA DIMENSIÓN, A LA PERSONA ADULTA MAYOR DURANTE LA ROTACIÓN HOSPITALARIA ES:

Agradable	___	___	___	___	___	___	Desagradable
Gratificante	___	___	___	___	___	___	No gratificante
Interesante	___	___	___	___	___	___	Aburrido
Simple	___	___	___	___	___	___	Complejo
Conocido	___	___	___	___	___	___	Desconocido
Raro	___	___	___	___	___	___	Común
Fácil	___	___	___	___	___	___	Difícil
Triste	___	___	___	___	___	___	Alegre
Soportable	___	___	___	___	___	___	Insoportable
Pesado	___	___	___	___	___	___	Ligero
Cansado	___	___	___	___	___	___	Descansado
Estresante	___	___	___	___	___	___	No estresante

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN



CUESTIONARIO



“ACTITUDES DE LOS INTERNOS DE ENFERMERÍA HACIA EL CUIDADO AL ADULTO MAYOR DURANTE LA ROTACIÓN COMUNITARIA.”

PRESENTACIÓN

Estimada (o) compañera (o) de estudios:

Buenos días, mi nombre es Elizabeth Albites Arbildo, soy Interna de Enfermería. Actualmente estoy realizando un trabajo de investigación que tiene como objetivo general determinar las actitudes que tienen los Internos de enfermería hacia el cuidado a la persona adulta mayor, como unidad biopsicosocial, durante la rotación comunitaria.

Contar con tu participación es necesario para generar resultados que le permita a nuestra Escuela revisar la integración de los contenidos relacionados a la etapa de vida adulta mayor; asimismo, para elaborar, ejecutar actividades y estrategias tales como talleres, encuentros, entre otros, orientados a fortalecer las actitudes favorables hacia el cuidado de enfermería al adulto mayor y modificar aquellas que viran con tendencia hacia la negatividad; de ahí, que te solicite tengas a bien acceder y responder al cuestionario.

Es necesario recordar que la rotación comunitaria del Internado se desarrolla en los establecimientos del primer nivel de atención, incluyendo actividades intra y extra murales orientadas a fortalecer las competencias relacionadas con acciones dirigidas a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Siendo la población Adulta Mayor sujeto de atención.

Es necesario recordar que la rotación comunitaria del Internado, incluye está orientada a acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad aplicadas a todas las etapas de vida, entre ellas la del adulto mayor; acciones desarrolladas en el ámbito intra y extra mural.

El cuestionario es anónimo, la información será utilizada sólo para la investigación, la confidencialidad está garantizada. Que tus respuestas sean sinceras y veraces.

Agradezco tu aceptación.

INSTRUCCIONES:

El instrumento contiene una serie de enunciados, cada una de los cuales va acompañado de varias escalas bipolares. Cada escala tiene seis espacios que significan los grados de actitud que hay entre un polo y otro. Marca con una (X) o aspa en el espacio en el que consideres se ubica la intensidad de lo que sientes en relación al contenido del enunciado.

Por ejemplo:

Enunciado:

Considero que la Vejez es:

Agradable : __: __: x : __: __: __ Desagradable

Activa : x : __: __: __: __: __ Pasiva

Los espacios de la escala bipolar tienen el siguiente significado:

Agradable	: __:	__:	__:	__:	__:	Desagradable
	Muy	Bastante	Ligera-	Ligera-	Bastante	Muy
	agradable	agradable	mente	mente	desagradable	desagradable
Pasiva	: __:	: __:	: __:	: __:	: __:	Activa
	Muy	Bastante	Ligera-	Ligera-	Bastante	Muy
	Pasiva	pasiva	mente	mente	activa	activa
			Pasiva	activa		

En el ejemplo la marca (x) o aspa de la escala Bueno – Malo, indica que es ligeramente bueno, en la escala Pasivo – Activo nos indica que es muy activo.

No coloques más de una marca en cada renglón (escala)

DATOS GENERALES:

Edad: ____ años **Sexo:** Femenino Masculino

¿Has asistido a cursos, talleres, congresos u otros relacionados con geriatría, gerontología? SI: NO:

A CONTINUACIÓN SE PRESENTA LOS ENUNCIADOS ESPECÍFICOS DEL CUESTIONARIO:

EN EL MARCO DE LA **ROTACIÓN COMUNITARIA** DEL INTERNADO, EN SUS ACTIVIDADES INTRA Y EXTRA MURALES:

BRINDAR CUIDADO DE ENFERMERÍA A LA PERSONA ADULTA MAYOR, COMO UNIDAD BIOPSIICOSOCIAL. SIENTO QUE PARA MI ES:

Pesado	___	___	___	___	___	___	Ligero
Conocido	___	___	___	___	___	___	Desconocido
Simple	___	___	___	___	___	___	Complejo
Agradable	___	___	___	___	___	___	Desagradable
Cansado	___	___	___	___	___	___	Descansado
Triste	___	___	___	___	___	___	Alegre
Fácil	___	___	___	___	___	___	Difícil
Raro	___	___	___	___	___	___	Común
Soportable	___	___	___	___	___	___	Insoportable
Gratificante	___	___	___	___	___	___	No gratificante
Interesante	___	___	___	___	___	___	Aburrido
Estresante	___	___	___	___	___	___	No estresante

EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO GENERA CAMBIOS EN EL ÁREA BIOLÓGICA, COMO LA DISMINUCIÓN DE LA TALLA CORPORAL, PÉRDIDA DE

PIEZAS DENTARIAS, DISMINUCIÓN DE LA AGUDEZA VISUAL Y AUDITIVA,
ENTRE OTROS:

***SIENTO QUE CUIDAR, DESDE ÈSTA DIMENSIÓN, A LA PERSONA ADULTA
MAYOR DURANTE LA ROTACIÓN COMUNITARIA ES:***

Pesado	___	___	___	___	___	___	Ligero
Agradable	___	___	___	___	___	___	Desagradable
Gratificante	___	___	___	___	___	___	No gratificante
Conocido	___	___	___	___	___	___	Desconocido
Cansado	___	___	___	___	___	___	Descansado
Interesante	___	___	___	___	___	___	Aburrido
Simple	___	___	___	___	___	___	Complejo
Soportable	___	___	___	___	___	___	Insoportable
Estresante	___	___	___	___	___	___	No estresante
Fácil	___	___	___	___	___	___	Difícil
Raro	___	___	___	___	___	___	Común
Triste	___	___	___	___	___	___	Alegre

EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO GENERA CAMBIOS EN EL **ÁREA PSICOLÓGICA**, COMO LA DISMINUCIÓN DE LA CAPACIDAD DE APRENDIZAJE, MEMORIA, LENTITUD EN LAS RESPUESTAS, ENTRE OTROS:

SIENTO QUE CUIDAR, DESDE ÉSTA DIMENSIÓN, A LA PERSONA ADULTA MAYOR DURANTE LA ROTACIÓN COMUNITARIA ES:

Fácil	___	___	___	___	___	___	Difícil
Soportable	___	___	___	___	___	___	Insoportable
Gratificante	___	___	___	___	___	___	No gratificante
Agradable	___	___	___	___	___	___	Desagradable
Triste	___	___	___	___	___	___	Alegre
Cansado	___	___	___	___	___	___	Descansado
Estresante	___	___	___	___	___	___	No estresante
Raro	___	___	___	___	___	___	Común
Conocido	___	___	___	___	___	___	Desconocido
Interesante	___	___	___	___	___	___	Aburrido
Simple	___	___	___	___	___	___	Complejo
Pesado	___	___	___	___	___	___	Ligero

EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO GENERA CAMBIOS EN EL **ÁREA SOCIAL**, COMO PERDER LA INDEPENDENCIA LABORAL, DIFICULTAD PARA LA ADAPTACIÓN CON LOS CONTACTOS SOCIALES, AISLAMIENTO SOCIAL, CLIMA SOCIAL FAMILIAR DESFAVORABLE, APOYO SICIAL FAMILIAR DISMINUIDO, ENTRE OTROS.

SIENTO QUE CUIDAR, DESDE ÉSTA DIMENSIÓN, A LA PERSONA ADULTA MAYOR DURANTE LA ROTACIÓN COMUNITARIA ES:

Agradable	___	___	___	___	___	___	Desagradable
Gratificante	___	___	___	___	___	___	No gratificante
Interesante	___	___	___	___	___	___	Aburrido
Simple	___	___	___	___	___	___	Complejo
Conocido	___	___	___	___	___	___	Desconocido
Raro	___	___	___	___	___	___	Común
Fácil	___	___	___	___	___	___	Difícil
Triste	___	___	___	___	___	___	Alegre
Soportable	___	___	___	___	___	___	Insoportable
Pesado	___	___	___	___	___	___	Ligero
Cansado	___	___	___	___	___	___	Descansado
Estresante	___	___	___	___	___	___	No estresante

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO B
ESCALA DE CALIFICACIÓN

Estimado (a):.....

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta.

Marque con una X (aspa) en SI o NO en cada criterio según su opinión

N°	CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIONES
1.	El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación			
2.	El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio			
3.	La estructura responde a la operacionalización de la variable			
4.	Los ítems del instrumento responde a la operacionalización de la variable			
5.	La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento			
6.	Los ítems son claros y entendibles			
7.	El número de ítems es adecuado para su aplicación			

Sugerencias:.....
.....
.....

.....

Firma del Juez Experto

TABLA DE CONCORDANCIA
PRUEBA BINOMIAL: JUICIO DE EXPERTOS

ÍTEMS	NUMERO DE JUECES								PROBABILIDAD
	1	2	3	4	5	6	7	8	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
2	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
3	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
4	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
5	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
6	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
7	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
TOTAL									0.032

Favorable= 1 (Sí)

Desfavorable= 0 (No)

Si $p < 0.05$ la concordancia es significativa

p = Probabilidad

La concordancia es significativa

ANEXO C

DETERMINACIÓN DE LA COMFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Ecuación del coeficiente Alfa de Crombach para el cálculo de la confiabilidad del instrumento a partir de la coherencia interna de cada reactivo. A continuación se presenta la confiabilidad de uno de los reactivos a manera de ejemplo así como la confiabilidad total del instrumento.

$$\alpha = \frac{k}{(k-1)} \left(1 - \frac{\sum \sigma_i^2}{\sigma_x^2} \right)$$

k = número de ítems

$(\sigma_i)^2$ = varianza de cada ítem

$(\sigma_x)^2$ = varianza de la cuestionario total

Confiabilidad del Reactivo N° 1: “Actitud del interno de enfermería hacia el cuidado Biopsicosocial de la persona Adulta Mayor según rotación Hospitalaria del internado”

SUJETO \ ESCALA	ESCALA												Σ items
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	
1	5	2	3	4	4	4	4	5	4	5	5	5	50
2	5	5	5	5	2	5	5	5	4	4	5	4	54
3	5	4	5	4	3	5	3	6	3	6	3	3	50
4	4	4	6	5	6	1	6	6	6	6	1	6	57
5	4	2	4	2	3	4	4	4	3	4	3	3	40
6	1	1	1	1	1	6	1	1	1	3	1	4	22
7	4	2	5	4	5	4	3	5	4	4	2	4	46
8	3	4	4	2	5	4	5	5	5	5	4	5	51
9	3	4	2	3	3	4	4	4	3	4	3	3	40
10	4	4	3	3	3	4	4	4	5	4	4	4	43
Σ	38	32	38	33	35	41	39	45	38	45	31	41	456
P _A	3.8	3.2	3.8	3.3	3.5	4.1	3.9	4.5	3.8	4.5	3.1	4.1	45.6
σ	1.51	1.73	2.4	1.79	2.28	1.66	1.88	2.06	1.96	0.94	2.1	0.99	21.3

$$(O_x)^2 = 98.71$$

$$\alpha = \frac{12}{12-1} \left(1 - \frac{21.3}{98.71} \right)$$

$$\alpha = 0.85$$

Confiabilidad General del Instrumento

SUJETO ESCALAS BIPOLARES	REACTIVO Nº 1												REACTIVO Nº 2											
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
1	5	2	3	4	4	4	4	5	4	5	5	5	5	2	3	4	3	4	4	4	4	5	3	5
2	5	5	5	5	2	5	5	5	4	4	5	4	2	4	2	5	2	2	5	5	5	2	3	3
3	5	4	5	4	3	5	3	6	3	6	3	3	2	2	2	5	3	3	5	5	3	4	2	3
4	4	4	6	5	6	1	6	6	6	6	1	6	4	4	6	6	2	6	6	6	6	6	2	6
5	4	2	4	2	3	4	4	4	3	4	3	3	4	5	4	4	5	3	5	5	2	4	5	5
6	1	1	1	1	1	6	1	1	1	3	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	1	4
7	4	2	5	4	5	4	3	5	4	4	2	4	4	2	3	5	2	5	4	4	2	4	5	3
8	3	4	4	2	5	4	5	5	5	5	4	5	3	4	4	5	4	3	5	5	3	5	2	4
9	3	4	2	3	3	4	4	4	3	4	3	3	3	4	3	4	5	4	3	4	4	5	2	4
10	4	4	3	3	3	4	4	4	5	4	4	4	3	4	3	5	3	3	4	4	5	3	4	5
VARIANZA	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	3	1	2	1

SUJETO ESCALAS BIPOLARES	REACTIVO N° 3												REACTIVO N° 4												TOTAL GENERAL
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	SUMATORIA
1	3	3	3	4	3	5	4	4	4	4	5	4	3	2	2	4	4	3	4	4	4	4	4	4	184
2	5	5	2	2	2	5	4	5	5	3	4	2	2	5	3	5	3	2	5	5	5	2	3	2	180
3	3	2	2	2	3	4	4	5	5	5	5	3	2	2	2	5	3	1	5	4	4	4	5	3	172
4	2	4	4	2	6	6	6	6	6	6	6	1	1	1	2	6	5	2	3	6	2	2	2	5	209
5	3	4	5	4	4	2	3	4	3	5	3	3	4	3	4	4	4	5	4	3	3	3	4	4	183
6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	2	75
7	3	4	3	4	3	4	3	5	3	3	4	4	4	4	3	3	3	4	4	5	4	4	3	3	176
8	4	4	4	4	3	5	5	5	5	4	5	3	4	4	2	5	5	3	5	5	5	3	5	4	195
9	4	3	3	4	2	2	3	2	2	3	3	3	5	4	3	6	2	2	4	5	2	5	4	4	165
10	2	4	4	4	3	1	5	3	4	4	4	4	4	4	3	2	4	2	5	4	4	4	4	4	178
VARIANZA	1	1	1	1	2	1	2	2	2	1	1	1	2	2	1	3	2	2	2	2	2	2	1	1	79.92

$$\alpha = \frac{12}{12-1} (1 - \frac{79.92}{395.79})$$

$$\alpha = 0.87$$

ANEXO D
MATRIZ TRIPARTITA

Reactivo	Nº1 Biopsicosocial Hospitalario												Nº2 Biológico Hospitalario											
	ACCION			POTENCIA			EVALUACIÓN			FAMILIARIDAD			ACCIÓN			POTENCIA			EVALUACION			FAMILIARIDAD		
ESCALA SUJETO	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
1	3	1	1	2	6	1	5	4	6	4	2	2	1	1	1	6	1	2	3	6	4	3	2	5
2	3	2	3	3	4	3	5	4	4	5	3	3	3	3	4	5	3	3	4	4	4	4	3	3
3	2	3	4	4	4	5	5	5	5	5	3	3	4	3	4	5	3	5	4	5	5	3	4	3
4	4	4	4	4	4	3	4	5	4	4	3	4	3	5	5	3	4	4	4	4	4	3	4	4
5	3	2	3	3	3	3	3	4	4	5	3	2	3	4	2	4	2	5	4	4	4	4	2	5
6	4	3	2	1	5	6	5	6	6	6	1	6	4	4	4	6	1	6	5	3	5	6	1	6
7	5	3	2	4	5	3	5	4	3	6	3	4	3	3	5	6	2	4	5	5	4	6	5	4
8	5	4	4	3	3	4	3	3	3	2	1	4	5	5	5	2	5	5	2	2	2	2	2	5
9	4	3	4	3	5	4	6	5	5	5	3	3	4	3	5	4	4	2	6	5	5	2	3	3
10	3	4	4	3	4	4	4	4	5	4	3	4	2	3	3	4	5	3	4	5	3	4	2	4
11	3	3	4	4	3	3	5	5	4	5	3	4	2	2	2	5	2	3	3	5	4	4	3	3
12	4	3	4	3	4	2	5	5	6	5	2	5	4	3	2	6	2	2	5	2	4	5	4	2
13	4	4	3	3	4	4	5	5	6	5	4	5	3	4	5	4	4	2	5	5	3	4	5	2

14	5	3	5	3	6	4	5	5	6	5	2	3	4	4	4	4	4	2	5	5	5	4	4	4
15	5	3	5	3	5	4	5	5	6	2	1	4	5	2	6	5	5	6	5	5	6	5	6	5
16	3	3	3	3	5	4	6	5	5	4	2	4	3	4	4	4	3	3	2	3	3	3	2	4
17	5	3	5	4	6	4	6	4	6	6	4	5	5	3	4	2	3	6	6	4	2	6	4	1
18	5	5	5	3	6	6	6	6	6	3	2	3	3	5	6	6	4	5	5	6	6	4	3	5
19	4	3	4	3	6	6	4	5	6	2	4	4	4	3	5	5	5	4	4	5	4	5	3	5
20	3	3	6	5	6	6	6	5	6	4	2	2	3	3	6	1	2	6	4	2	2	6	5	1
21	5	4	4	2	2	2	3	2	2	3	3	5	4	4	4	3	4	3	4	3	3	3	4	3
22	4	4	3	5	6	4	5	5	6	2	3	3	3	3	2	6	3	3	6	6	5	5	5	6
23	3	4	5	3	4	4	5	4	6	5	2	4	3	4	8	4	3	2	4	4	4	4	3	4
24	3	2	2	3	5	5	5	4	5	2	4	5	5	2	3	5	2	3	5	2	4	5	5	2
25	3	4	3	4	3	3	3	3	4	4	4	3	3	4	3	3	4	4	4	3	4	4	3	4
26	3	3	4	4	3	3	5	5	4	5	3	4	2	2	2	5	2	3	3	5	4	4	3	3
27	4	4	3	3	4	4	5	5	6	5	4	5	3	4	5	4	4	2	5	5	3	4	5	2
28	5	3	5	3	5	4	5	5	6	2	1	4	5	2	6	5	5	6	5	5	6	5	6	5
29	5	3	5	4	6	4	6	4	6	6	4	5	5	3	4	2	3	6	6	4	2	6	4	1
30	4	3	4	3	6	6	4	5	6	2	4	4	4	3	5	5	5	4	4	5	4	5	3	5
31	5	4	4	2	2	2	3	2	2	3	3	5	4	4	4	3	4	3	4	3	3	3	4	3

Reactivo	Nº3 Psicológico Hospitalario												Nº4 Social Hospitalario											
Factores	ACCION			POTENCIA			EVALUACIÓN			FAMILIARIDAD			ACCIÓN			POTENCIA			EVALUACION			FAMILIARIDAD		
ESCALA SUJETO	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
1	1	4	1	3	6	6	4	6	6	4	3	6	1	1	1	6	6	1	3	6	3	3	3	4
2	4	3	1	4	4	5	4	4	5	3	4	3	3	3	2	4	4	2	4	4	4	4	4	4
3	4	4	4	4	5	5	6	5	5	4	4	3	4	4	2	6	5	4	6	6	5	3	4	4
4	3	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	4	5	4	5	4	3	4	4	5	2	4	5
5	2	3	5	5	3	4	5	5	5	4	3	4	2	2	2	5	2	2	5	5	5	2	5	4
6	6	5	1	2	3	6	6	2	5	6	6	1	3	1	2	6	2	5	6	4	6	1	6	4
7	2	2	2	3	3	4	3	4	2	4	6	2	3	2	2	5	2	3	4	4	4	5	6	4
8	5	5	5	2	5	2	2	2	2	5	2	2	5	5	5	2	2	5	2	2	2	2	2	5
9	4	5	4	5	3	5	5	4	4	4	3	4	3	4	3	4	3	3	5	5	3	5	5	5
10	2	4	2	2	2	3	3	5	3	4	3	3	4	4	4	4	3	4	3	4	4	4	3	5
11	3	3	4	5	4	4	4	4	5	4	4	4	3	2	3	4	5	4	4	3	3	3	3	3
12	5	3	4	2	2	4	5	5	2	5	2	4	5	3	3	3	3	5	5	4	5	6	4	3
13	5	4	5	3	4	5	5	3	5	2	4	3	4	2	3	5	5	3	5	5	4	4	5	4

14	3	4	3	2	5	2	5	4	4	3	4	4	2	5	6	3	3	3	2	4	3	4	2	2
15	1	3	2	2	3	4	5	5	4	4	4	3	3	3	4	5	4	3	4	5	4	2	4	4
16	4	3	3	3	3	5	3	4	4	3	3	3	2	3	4	4	3	3	3	4	5	3	2	3
17	5	4	5	2	4	6	6	6	6	5	5	4	5	3	3	6	4	3	6	6	3	6	4	4
18	4	5	5	2	5	6	5	6	4	4	5	5	5	5	5	5	5	2	5	6	6	3	5	5
19	5	3	4	5	5	5	5	5	5	5	5	3	5	5	4	5	5	5	5	5	4	4	5	3
20	3	6	6	4	2	6	4	2	6	5	5	6	5	1	4	2	5	5	4	4	5	6	4	6
21	3	3	3	4	3	4	3	4	4	3	4	4	4	3	3	4	4	3	4	4	4	5	4	3
22	4	2	2	2	3	5	4	5	5	2	4	5	2	2	1	6	3	4	5	5	6	2	5	3
23	3	2	2	2	3	4	3	4	4	4	4	2	2	2	3	4	2	3	4	4	4	5	3	3
24	5	5	2	2	2	5	4	5	5	3	4	2	2	5	4	5	3	5	5	5	5	5	3	2
25	3	4	4	4	3	3	3	4	3	4	4	4	3	3	3	4	4	3	4	4	4	4	4	3
26	3	3	4	5	4	4	4	4	5	4	4	4	3	2	3	4	5	4	4	3	3	3	3	3
27	5	4	5	3	4	5	5	3	5	2	4	3	4	2	3	5	5	3	5	5	4	4	5	4
28	1	3	2	2	3	4	5	5	4	4	4	3	3	3	4	5	4	3	4	5	4	2	4	4
29	5	4	5	2	4	6	6	6	6	5	5	4	5	3	3	6	4	3	6	6	3	6	4	4
30	5	3	4	5	5	5	5	5	5	5	5	3	5	5	4	5	5	5	5	5	4	4	5	3
31	3	3	3	4	3	4	3	4	4	3	4	4	4	3	3	4	4	3	4	4	4	5	4	3

Reactivo	Nº1 Biopsicosocial Comunitario												Nº2 Biológico Comunitario											
Factores	ACCION			POTENCIA			EVALUACIÓN			FAMILIARIDAD			ACCIÓN			POTENCIA			EVALUACION			FAMILIARIDAD		
ESCALA SUJETO	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
1	5	2	3	4	4	4	4	5	4	5	5	5	5	2	3	4	3	4	4	4	4	5	3	5
2	5	5	5	5	2	5	5	5	4	4	5	4	2	4	2	5	2	2	5	5	5	2	3	3
3	5	4	5	4	3	5	3	6	3	6	3	3	2	2	2	5	3	3	5	5	3	4	2	3
4	4	4	6	5	6	1	6	6	6	6	1	6	4	4	6	6	2	6	6	6	6	6	2	6
5	4	2	4	2	3	4	4	4	3	4	3	3	4	5	4	4	5	3	5	5	2	4	5	5
6	1	1	1	1	4	6	1	1	1	3	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	1	4
7	4	2	5	4	5	4	3	5	4	4	2	4	4	2	3	5	2	5	4	4	2	4	5	3
8	3	4	4	2	5	4	5	5	5	5	4	5	3	4	4	5	4	3	5	5	3	5	2	4
9	3	4	2	3	3	4	4	4	3	4	3	3	3	4	3	4	5	4	3	4	4	5	2	4
10	4	4	3	3	3	4	4	4	5	4	4	4	3	4	3	5	3	3	4	4	5	3	4	5
11	3	4	5	4	5	4	5	5	5	5	3	4	3	3	4	3	4	2	5	3	5	4	4	4
12	5	3	5	4	6	4	6	3	5	5	3	4	3	3	3	4	4	4	4	6	4	5	4	3
13	4	4	3	4	5	4	5	4	5	5	4	3	2	3	3	5	4	3	4	4	4	4	4	4

14	5	3	5	5	6	5	5	6	6	5	4	4	3	4	5	6	5	5	6	4	6	4	3	3
15	6	5	6	5	6	6	6	6	6	6	4	6	6	5	5	6	6	5	5	5	6	6	4	6
16	1	2	4	5	4	3	3	4	3	4	5	3	4	3	2	3	2	4	4	4	5	2	4	3
17	6	5	6	4	6	6	6	6	6	5	3	5	5	5	6	6	6	2	6	6	6	4	3	5
18	5	4	4	5	6	6	5	6	6	5	5	5	6	3	4	6	2	6	5	6	6	6	4	3
19	3	3	5	3	6	2	5	4	6	4	3	4	3	3	3	3	3	4	4	4	4	3	4	4
20	5	3	3	2	5	3	6	3	4	6	1	3	5	4	3	3	3	4	3	3	4	4	3	3
21	4	3	3	4	4	4	4	4	4	3	3	5	4	3	3	3	3	3	4	4	3	4	4	3
22	4	3	6	4	6	6	5	6	6	3	2	4	4	4	5	6	5	5	3	6	4	6	3	3
23	5	3	3	4	4	4	4	4	5	5	5	5	1	2	2	3	2	4	2	4	4	5	3	4
24	4	3	6	4	6	6	5	6	6	3	2	4	4	4	5	6	5	5	3	6	4	6	3	3
25	4	3	3	4	4	4	4	4	4	3	3	5	4	3	3	3	3	3	4	4	3	4	4	3
26	5	3	3	2	5	3	6	3	4	6	1	3	5	4	3	3	3	4	3	3	4	4	3	3
27	3	3	5	3	6	2	5	4	6	4	3	4	3	3	3	3	3	4	4	4	4	3	4	4
28	5	4	4	5	6	6	5	6	6	5	5	5	6	3	4	6	2	6	5	6	6	6	4	3

Reactivo	Nº3 Psicológico Comunitario												Nº4 Social Comunitario											
Factores	ACCION			POTENCIA			EVALUACIÓN			FAMILIARIDAD			ACCIÓN			POTENCIA			EVALUACION			FAMILIARIDAD		
ESCALA SUJETO	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
1	3	3	3	4	3	5	4	4	4	4	5	4	3	2	2	4	4	3	4	4	4	4	4	4
2	5	5	2	2	2	5	4	5	5	3	4	2	2	5	3	5	3	2	5	5	5	2	3	2
3	3	2	2	2	3	4	4	5	5	5	5	3	2	2	2	5	3	1	5	4	4	4	5	3
4	2	4	4	2	6	6	6	6	6	6	6	1	1	1	2	6	5	2	3	6	2	2	2	5
5	3	4	5	4	4	2	3	4	3	5	3	3	4	3	4	4	4	5	4	3	3	3	4	4
6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	2
7	3	4	3	4	3	4	3	5	3	3	4	4	4	4	3	3	3	4	4	5	4	4	3	3
8	4	4	4	4	3	5	5	5	5	4	5	3	4	4	2	5	5	3	5	5	5	3	5	4
9	4	3	3	4	2	2	3	2	2	3	3	3	5	4	3	6	2	2	4	5	2	5	4	4
10	2	4	4	4	3	1	5	3	4	4	4	4	4	4	3	2	4	2	5	4	4	4	4	4
11	3	3	2	4	3	5	5	5	5	4	5	4	4	3	3	4	4	2	4	4	4	4	4	4
12	3	3	3	5	3	6	2	5	4	4	5	4	3	3	1	5	6	2	3	3	6	2	5	3
13	5	4	4	4	3	5	5	5	5	5	5	4	5	4	3	5	4	3	5	4	4	4	4	4

14	6	5	4	5	5	6	5	6	6	5	5	3	3	4	4	6	5	3	6	6	6	4	5	4
15	5	3	4	4	3	6	6	4	5	6	6	3	4	4	3	6	4	4	5	6	6	1	6	6
16	2	3	1	5	4	2	4	5	4	5	1	3	3	2	4	5	3	4	5	4	3	3	4	2
17	4	3	3	4	3	5	4	6	6	3	5	3	4	3	3	4	3	3	4	4	3	3	4	4
18	2	3	4	4	2	6	5	6	5	4	5	3	2	3	4	6	2	3	5	6	5	2	5	2
19	4	3	4	4	4	4	3	4	4	3	3	3	4	3	5	4	4	3	4	3	4	3	4	4
20	5	4	5	4	3	4	4	5	4	5	2	4	2	3	3	4	3	4	2	6	5	2	3	3
21	4	4	3	2	3	4	3	4	3	3	4	4	3	3	3	4	4	3	4	4	3	4	4	4
22	4	3	4	1	3	6	3	4	4	2	2	1	3	5	4	6	2	3	3	3	4	2	5	5
23	3	3	2	3	3	4	4	5	5	4	5	4	2	3	3	4	4	4	4	5	5	4	5	5
24	4	3	4	1	3	6	3	4	4	2	2	1	3	5	4	6	2	3	3	3	4	2	5	5
25	4	4	3	2	3	4	3	4	3	3	4	4	3	3	3	4	4	3	4	4	3	4	4	4
26	5	4	5	4	3	4	4	5	4	5	2	4	2	3	3	4	3	4	2	6	5	2	3	3
27	4	3	4	4	4	4	3	4	4	3	3	3	4	3	5	4	4	3	4	3	4	3	4	4
28	2	3	4	4	2	6	5	6	5	4	5	3	2	3	4	6	2	3	5	6	5	2	5	2

ESCALAS BIPOLARES

- A: Pesado Ligero
- B: Cansado Descansado
- C: Triste Alegre
- D: Fácil Difícil
- E: Interesante Aburrido
- F: Estresante No estresante
- G: Agradable Desagradable
- H: Soportable Insoportable
- I: Gratificante No gratificante
- J: Conocido Desconocido
- K: Simple Complejo
- L: Raro Común

ANEXO E

A continuación se presenta los pasos para el cálculo del promedio actitudinal individual de la actitud de los internos de enfermería hacia el cuidado de la persona Adulta mayor según rotación del internado.

FACTOR ACCIÓN

A: Pesado	Ligero
B: Cansado	Descansado
C: Triste	Alegre

Según Reactivos:

Reactivo N° 1: $5+2+3 = 10/3 = 3.33$
Reactivo N°2: $5+2+3 = 10/3 = 3.33$
Reactivo N°3: $3+3+3 = 9/3 = 3$
Reactivo N°4: $3+2+2 = 7/3 = 2.33$

FACTOR POTENCIA

D: Fácil	Difícil
E: Interesante	Aburrido
F: Estresante	No estresante

Según Reactivos:

Reactivo N° 1: $4+4+4 = 12/3 = 4$
Reactivo N°2: $4+3+4 = 11/3 = 3.67$
Reactivo N°3: $4+3+5 = 12/3 = 4$
Reactivo N°4: $4+4+3 = 11/3 = 3.67$

FACTOR EVALUATIVO

G: Agradable Desagradable
H: Soportable Insoportable
I: Gratificante No gratificante

Reactivo N° 1: $4+5+4 = 13/3 = 4.33$

Reactivo N°2: $4+4+4 = 12/3 = 4$

Reactivo N°3: $4+4+4 = 12/3 = 4$

Reactivo N°4: $4+4+4 = 12/3 = 4$

FACTOR FAMILIARIDAD

J: Conocido Desconocido
K: Simple Complejo
L: Raro Común

Reactivo N° 1: $5+5+5 = 15/3 = 5$

Reactivo N°2: $5+3+5 = 13/3 = 4.33$

Reactivo N°3: $4+5+4 = 13/3 = 4.33$

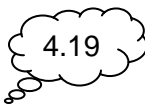
Reactivo N°4: $4+4+4 = 12/3 = 4$

Ahora obtenemos el promedio para cada reactivo:

Reactivo N° 1:

Promedio de cada factor:

Evaluación:	→	4.86
Potencia:	→	4.06
Acción:	→	3.87
Familiaridad:	→	3.95

$$\frac{4.86+4.06+3.87+3.95}{4} = 4.19$$


Reactivo N° 2:

Promedio de cada factor:	Evaluación:	→	4.29
	Potencia:	→	3.93
	Acción:	→	3.50
	Familiaridad:	→	3.80

$$\frac{4.29+3.93+3.50+3.8}{4} = 3.88$$

Reactivo N° 3:

Promedio de cada factor:	Evaluación:	→	4.23
	Potencia:	→	3.73
	Acción:	→	3.43
	Familiaridad:	→	3.64

$$\frac{4.23+3.73+3.43+3.64}{4} = 3.76$$

Reactivo N° 4 :

Promedio de cada factor:	Evaluación:	→	4.13
	Potencia:	→	3.30
	Acción:	→	3.13
	Familiaridad:	→	3.62

$$\frac{4.13+3.30+3.13+3.62}{4} = 3.55$$

Ahora se presenta los pasos para el cálculo del promedio actitudinal general del primer reactivo:

FACTOR ACCIÓN

A: Pesado - Ligero

$$(1 \times 2) + (2 \times 0) + (3 \times 5) + (4 \times 9) + (5 \times 10) + (6 \times 2) = 115/28 = 4.11$$

B: Cansado - Descansado

$$(1 \times 1) + (2 \times 4) + (3 \times 11) + (4 \times 9) + (5 \times 3) + (6 \times 0) = 93/28 = 3.32$$

C: Triste - Alegre

$$(1 \times 1) + (2 \times 1) + (3 \times 8) + (4 \times 5) + (5 \times 8) + (6 \times 5) = 117/28 = 4.18$$

Promedio del factor evaluación:

$$\frac{4.11 + 3.32 + 4.18}{3} = 3.87$$

FACTOR POTENCIA

D: Fácil - Difícil

$$(1 \times 1) + (2 \times 4) + (3 \times 4) + (4 \times 12) + (5 \times 7) + (6 \times 0) = 104/28 = 3.71$$

E: Interesante - Aburrido

$$(1 \times 1) + (2 \times 1) + (3 \times 4) + (4 \times 5) + (5 \times 6) + (6 \times 11) = 69/28 = 4.68$$

F: Estresante – No estresante

$$(1 \times 1) + (2 \times 4) + (3 \times 10) + (4 \times 5) + (5 \times 1) + (6 \times 7) = 106/28 = 3.79$$

Promedio del factor potencia

$$\frac{3.71 + 4.68 + 3.79}{3} = 4.06$$

FACTOR EVALUATIVO

G: Agradable - Desagradable

$$(1 \times 1) + (2 \times 0) + (3 \times 3) + (4 \times 6) + (5 \times 12) + (6 \times 6) = 130/28 = 4.64$$

H: Soportable - Insoportable

$$(1 \times 1) + (2 \times 0) + (3 \times 6) + (4 \times 10) + (5 \times 3) + (6 \times 8) = 140/28 = 5$$

I: Gratificante – No gratificante

$$(1 \times 1) + (2 \times 0) + (3 \times 1) + (4 \times 7) + (5 \times 8) + (6 \times 11) = 138/28 = 4.93$$

Promedio del Factor Evaluativo

$$\frac{4.64+5+4.93}{3} = 4.86$$

FACTOR FAMILIARIDAD

J: Conocido - Desconocido

$$(1 \times 0) + (2 \times 0) + (3 \times 5) + (4 \times 8) + (5 \times 10) + (6 \times 5) = 127/28 = 4.54$$

K: Simple - Complejo

$$(1 \times 4) + (2 \times 3) + (3 \times 10) + (4 \times 5) + (5 \times 6) + (6 \times 0) = 90/28 = 3.21$$

L: Raro - Común

$$(1 \times 0) + (2 \times 0) + (3 \times 9) + (4 \times 9) + (5 \times 8) + (6 \times 2) = 115/28 = 4.11$$

Promedio del factor acción

$$\frac{4.54+3.21+4.11}{3} = 3.95$$

ANEXO F

DISTRIBUCIÓN, SEGÚN GRUPO ETAREO, DE LOS INTERNOS DE ENFERMERIA DE LA UNMSM, 2012

GRUPO ETAREO	INTERNOS DE ENFERMERÍA	
	Nº	%
20	1	2
21	2	3
22	11	19
23	17	29
24	13	22
25	10	17
26	5	8
TOTAL	59	100

ANEXO G

DISTRIBUCIÓN, SEGÚN SEXO, DE LOS INTERNOS DE ENFERMERIA DE LA UNMSM, 2012

SEXO	INTERNOS DE ENFERMERÍA	
	N°	%
Masculino	6	10.2
Femenino	53	89.8
TOTAL	59	100.0

ANEXO H

DISTRIBUCIÓN, SEGÚN HABER RECIBIDO CURSO SOBRE GERIATRÍA O GERONTOLOGÍA, DE LOS INTERNOS DE ENFERMERÍA DE LA UNMSM, 2012

RECIBIO CURSO	INTERNOS DE ENFERMERÍA	
	N°	%
SI	7	11.9
NO	52	88.1
TOTAL	59	100.0

ANEXO I

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

VARIABLE	DEF. CONCP. DE LA VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	VALOR FINAL DE LA VARIABLE	DEF. OPERACIONAL DE LA VARIABLE
<p>Actitud del Interno de enfermería hacia brindar cuidado a la persona Adulta Mayor según la rotación Comunitaria y Hospitalaria del</p>	<p>Es una predisposición psicológica interna que constituyen formas organizadas de pensar, sentir y actuar ante los objetos, fenómenos, personas, grupos, manifestándose en tres categorías: cognitivo, afectivo y conductual. Es resultado de la experiencia, del aprendizaje, como en el caso del internado que es un periodo donde se consolida el proceso</p>	<p><u>Dimensión biológica:</u></p>	<p>Cambios en la apariencia: disminución de la talla corporal, pérdida de las piezas dentarias, aparición de canas.)</p> <p>Disminución de la agudeza visual.</p> <p>Disminución de la capacidad auditiva.</p>	<p>Dirección</p> <p>Aceptación</p> <p>Rechazo</p> <p>Intensidad</p> <p>Leve</p> <p>Moderado</p> <p>Fuerte</p>	<p>Es la predisposición del Interno de Enfermería de aceptación o rechazo, con leve, moderada o fuerte intensidad hacia las acciones de enfermería y el compromiso de ayudar a satisfacer las necesidades o adaptarse a los cambios producidos en las dimensiones biológica, psicológica y</p>

ANEXO J
PRUEBA DE CHI CUADRADO

HOSPITALARIA				
	n	Biológico	Psicológico	Social
ACEPTACIÓN	Fuerte	0	0	0
	Moderado	0	0	0
	Leve	22	17	13
RECHAZO	Leve	7	14	18
	Moderado	2	0	0
	Fuerte	0	0	0
TOTAL		31	31	31

COMUNITARIA				
	n	Biológico	Psicológico	Social
ACEPTACIÓN	Fuerte	1	1	1
	Moderado	0	1	1
	Leve	18	16	21
RECHAZO	Leve	6	9	5
	Moderado	3	1	0
	Fuerte	0	0	0
TOTAL		28	28	28

n		DELTA	DELTA	DELTA	Hospitalario	Comunitario
		Biológico	Psicológico	Social	Social	Social
ACEPTACIÓN	Fuerte	-1	-1	-1	0	1
	Moderado	0	-1	-1	0	1
	Leve	4	1	-8	13	21
RECHAZO	Leve	1	5	13	18	5
	Moderado	-1	-1	0	0	0
	Fuerte	0	0	0	0	0

Prueba Chi Cuadrado

Observado			
	Hospital.	Comunit.	
	Psicológico	Psicológico	
Aprobado	17	18	35
Reprobado	14	10	24
	31	28	59
Esperado			
	Hospital.	Comunit.	
	Psicológico	Psicológico	
Aprobado	18,39	16,61	35
Reprobado	12,61	11,39	24
	31	28	59
p valor = 0,46073748			
Conclusión: Por tener el p valor MAYOR a 0.05 se concluye que no hay diferencia entre los grupos			

Prueba Chi Cuadrado

Observado			
	Hospital.	Comunit.	
	biológico	biológico	
Aprobado	22	19	41
Reprobado	9	9	18
	31	28	59
Esperado			
	Hospital.	Comunit.	
	biológico	biológico	
Aprobado	21,54	19,46	41
Reprobado	9,46	8,54	18
	31	28	59
p valor = 0,79554229			
Conclusión: Por tener el p valor MAYOR a 0.05 se concluye que no hay diferencia entre los grupos			

Prueba Chi Cuadrado

Observado			
	Hospital.	Comunit.	
	Social	Social	
Aprobado	13	23	36
Reprobado	18	5	23
	31	28	59
Esperado			
	Hospital.	Comunit.	
	biológico	biológico	
Aprobado	18,92	17,08	36
Reprobado	12,08	10,92	23
	31	28	59
p valor = 0,00156633			
Conclusion: Por tener el p valor menor a 0.05 se concluye que en el grupo de comunitaria hay un mayor porcentaje de aprobación comparado con le grupo hospitalario.			